

Proyecto Técnico de Gestión.

Sección de Medicina Intensiva.

Complejo Asistencial de Soria. CAS.

Gerencia Integrada de Soria. GIS.

Gerencia Regional de Salud.

Consejería de Sanidad, SACYL.

Junta de Castilla y León.

Proponente: Pedro Medina Santaolalla.

Índice:

- 1.- Introducción.
- 2.- Aspectos Asistenciales.
- 3.- Código ético de la Medicina Intensiva.
- 4.- Requisitos claves y criterios de organización de una UCI.
- 5.- Cartera de Servicios.
- 6.- Calidad y seguridad asistencial.
- 7.- Comunicación externa e Interna.
- 8.- Gestión administrativa.
- 9.- Memoria anual y pactos.
- 10.- Formación, docencia, investigación, cursos y congresos.
- 11.- Nuevos Proyectos.
- 12.- Alianzas.
- 13.- Mapa de procesos.
- 14.- Bibliografía.

1.- INTRODUCCIÓN.

Los principios rectores del Sistema Nacional de Salud son:

Universalidad. Equidad y Accesibilidad.

A partir de estos postulados deben tomarse las decisiones operativas que marcaran los diferentes planes y proyectos para conseguir el propósito contemplado en el Plan estratégico de la Gerencia Integrada de Soria (GIS).

En el plan estratégico 2015-2020 de la GIS se ponen las bases para mejorar y llevar la atención sanitaria, del Área de Salud de Soria, a niveles de calidad excelentes.

Es un modelo basado en la atención integral de la salud de las personas, sin fragmentaciones por enfermedades o niveles asistenciales, resolviendo las necesidades siempre en el lugar y con los medios más adecuados para conseguir una atención resolutive, eficiente, segura y de calidad evitando molestias al paciente, dentro de lo posible (esperas, desplazamientos, duplicidad de pruebas). Esto supone la integración y buena sincronización de todas las Unidades y recursos del sistema durante el proceso de atención de los enfermos.

La UCI del CAS se une y participará de esta estrategia.

Los principios incluidos en el Plan Estratégico 2015-2020 que se aplican son:

A.- Integración asistencial: modelo orientado a la persona enferma con cobertura de todas las necesidades asistenciales.

B.- Gestión por procesos: aplicando evidencia científica y disminuyendo la variabilidad.

C.- Descentralización de la gestión: basado en la Gestión Clínica.

D.- Mejora continua: buscando la excelencia con la metodología EFQM.

E.- Mejora del conocimiento: a través de la docencia, formación continuada y la investigación.

F.- Sostenibilidad y solvencia: conseguir la máxima eficiencia entre recursos financieros consumidos y los resultados obtenidos en la salud de las personas.

La acreditación EFQM 500+ que posee nuestra organización GIS, es motivo de orgullo y a la vez de responsabilidad para la Unidad de Cuidados Intensivos. La Unidad de Medicina Intensiva debe contribuir al mantenimiento de esta acreditación y este Proyecto técnico de Gestión así lo contempla.

ANÁLISIS DAFO.

DEBILIDADES:

- Condiciones socio-geográficas: despoblación, dispersión. Malas comunicaciones.
- Población muy envejecida y con una tasa de recambio negativa.
- Escasa población en situación laboral activa, gran carga de población jubilada.
- Inexistencia próxima de Unidades clínicas con las que establecer sinergias. Debiendo recurrir a Hospitales de Referencia lejanos, el más próximo el HU de Burgos está a 145 Km.
- Desmotivación profesional de muchos sanitarios y más después de estos años de recortes presupuestarios a pesar de tener la sanidad más "barata " de Europa.
- Desde el organismo que gestiona la Informática de SACYL no se aprecia ni respeto ni sensibilidad hacia nuestro Hospital ni hacia la UCI en particular, en un aspecto tan importante como la Informática.

FORTALEZAS:

-Excelente capital humano, Médicos y Enfermería: bien formado y con experiencia en Medicina Intensiva. Muchos de ellos formados en nuestro Hospital (UCI). Con buena disposición para nuevas tecnologías y la implantación de novedades.

-Excelente relación profesional y humana con todas las Unidades del CAS: Servicios y Secciones.

-Buena relación con la Dirección del GIS- CAS tanto a nivel profesional como humano, estando la Unidad implicada y comprometida en los Proyectos que están en marcha actualmente en la GIS.

-La Coordinación de Trasplantes del Hospital, gestionada por un Intensivista, con la colaboración de toda la Unidad, está acreditada por AENOR en gestión de la calidad conforme a la Norma UNE-EN ISO9001: 2008.

-Tener acreditada docencia postgrado (MIR) desde 1989, habiendo formado a unos 20 Intensivistas, que están en la actualidad trabajando en muchos hospitales españoles.

-Personal trabajador de la UCI muy responsabilizado y con gran implicación en el cuidado del paciente crítico.

-Suficiencia asistencial dada la buena coordinación con nuestros Hospitales y Unidades de Referencia. Aunque este es un aspecto siempre mejorable.

-Sistema de Transporte Sanitario que funciona en líneas generales bien, facilitando la atención en nuestros centros de referencia.

-Amplia experiencia en gestión de situaciones muy dolorosas y conflictivas, resolviendo estas situaciones con bien.

-Hospital en fase de renovación y mejora. La UCI es nueva con una dotación material adecuada, aunque algunos aparatos están entrando en obsolescencia.

-Planificación de objetivos a medio y largo plazo, con existencia de un Plan Estratégico de la GIS a 5 años.

-Posibilidad de disponer en UCI del sistema de gestión integral informatizada ICCA.

AMENAZAS:

- Disminución de la población con aumento de los costes de atención.
- Aumento de la demanda en base a población muy envejecida y con más necesidades sanitarias.
- Posible financiación sanitaria insuficiente a la vista de los indicadores económicos y de los cálculos de prestigiosos economistas de los últimos años en España y en Castilla y León.
- Población activa que no logra llegar a los 20 millones de trabajadores activos desde hace muchos años a pesar de planes laborales muy variados.
- Aparición de enfermedades que requerirán de atención y alto coste sanitario sobre todo en la última fase de la vida en una población con una esperanza de vida de unos 84 años.
- Nuevas tecnologías de alto coste.
- Posibles reducciones de plantilla en Centros sanitarios por amortización de plazas.

OPORTUNIDADES.

- Las crisis pueden facilitar la cultura del cambio.
- Ser la única UCI del CAS de nivel II de la provincia de Soria, con una buena dotación humana y tecnológica.
- Aplicación de nuevas formas de Gestión Sanitaria, pero siempre conservando lo bueno y lo que está probado que funciona.
- Existencia de muchos profesionales en la Sanidad excelentemente formados que ya trabajan en la Unidad y otros que podrían incorporarse.
- La percepción de la Sociedad atendida, en general, de la buena Sanidad y de la buena atención realizada por los profesionales de la Unidad de Medicina Intensiva, convierte a esta Unidad, en un icono que hay que conservar y mejorar.

2.- ASISTENCIAL.

2. a.- ENCUADRE DE LA UNIDAD.

La Unidad de Medicina Intensiva del CAS es la Organización Hospitalaria integrada en el Complejo Asistencial de Soria dependiente de la Gerencia Integrada de Soria (GIS). Organización a la que se adscribe todo el dispositivo sanitario del Área de Salud de Soria.

La Unidad de Medicina Intensiva, habitualmente denominada UCI (Unidad de Cuidados Intensivos), UVI (Unidad de Vigilancia Intensiva) o UMI (Unidad de Medicina Intensiva) es la Sección o Unidad hospitalaria del CAS que trata a los enfermos con alteraciones fisiopatológicas que hayan alcanzado un nivel de severidad que representen una amenaza actual o potencial para su vida y al mismo tiempo sean susceptibles de recuperación.

Así pues las Unidades de Medicina Intensiva son los dispositivos clínicos compuestos por profesionales Médicos especialistas en Medicina Intensiva y Enfermeras y otros trabajadores no sanitarios, localizados en un espacio arquitectónico concreto del Hospital y dotadas de medios tecnológicos para atender al paciente crítico.

Son unidades con características de Servicio o Sección central de carácter polivalente o especializado que funcionan en íntima conexión y colaboración con el resto de Unidades Hospitalarias.

La Sección de Medicina Intensiva se configura como una especialidad transversal al resto de especialidades hospitalarias y extrahospitalarias, proporcionando servicios al resto del hospital en la atención del paciente crítico.

En este momento hay que considerar la situación del CAS, es un Hospital de nivel II que completa sus servicios a través de las Unidades de los Hospitales de Referencia de la red SACYL:

Hospital Universitario de Burgos: UCI, Neurocirugía, Cirugía vascular, Radiología Intervencionista. UCI pediátrica.

Hospital Clínico Universitario de Valladolid: UCI, Cardiología: Unidad Coronaria, Unidad de Hemodinámica, Cirugía cardíaca, Trasplante cardíaco. Unidad de Electrofisiología, Marcapasos, DAI y Resincronización cardíaca. Cirugía Torácica.

Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid: UCI, Grandes Quemados, Cirugía hepática y Trasplante Hepático, Endoscopia y Ecoendoscopia.

La relación y la colaboración con los Hospitales y Servicios de Referencia del CAS a nivel de Medicina Intensiva debe de ser rápida y fluida. Debe de existir un clima de confianza mutua en todos los aspectos, entre las Unidades implicadas (La que envía y la que recibe al paciente) que beneficia a los pacientes.

Esta buena colaboración y conocimiento se ha logrado por la pertenencia a sociedades científicas regionales, la participación activa en las reuniones anuales de la Sociedad Castellano Leonesa de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias, presencia en las reuniones con el resto de Unidades de Medicina Intensiva donde se proyectan estrategias de mejora. El conocimiento personal entre sus miembros. La asistencia a reuniones científicas, de trabajo y congresos tanto locales como regionales. Está confianza mutua, prestigia y da valor al trabajo de ambas partes. Estando bien considerados profesionalmente a nivel autonómico

La existencia de un sistema de transporte sanitario medicalizado con dotación tecnológica (UCI MOVIL) eficaz y disponible 24/7/365 apoyado por el sistema de transporte en helicóptero.

2. b- SITUACIÓN DE PARTIDA

Es una Unidad incorporada al catálogo de Unidades integradas de la GIS configurada como Unidad Integrada de Asistencia en el Plan Estratégico 2015-2020 de la GIS.

El Complejo Asistencial de Soria, con 336 camas instaladas en los Hospitales Virgen del Mirón y Hospital Santa Bárbara, la UCI está situada físicamente en la tercera planta del Nuevo Edificio del Hospital Santa Bárbara, está dotada con 10 camas. El ratio camas totales/ camas UCI es de 2,976%, proporción que está dentro de la media de los hospitales españoles de nivel II.

La UCI colabora con todas las unidades del CAS atendiendo en tiempo real 24/7/365, cualquier demanda de colaboración:

A) Urgente: Atención a los pacientes ingresados en UCI que sufran alteraciones que requieran actuación urgente. Atención a la parada

cardiorrespiratoria, implantación de vías venosas centrales, implantación de marcapasos urgentes temporales transvenosos o transcutáneos y todos los requerimientos de consulta, petición de valoración y de atención urgente demandados por parte de todas las Unidades del CAS.

B) Programada: Atención a los pacientes ingresados en la UCI, implantación de marcapasos definitivos derivados de cardiología o de otras unidades. La administración de cardioversión sincronizada programada, pericardiocentesis, ingreso en UCI de pacientes que en el curso de diversos tratamientos puedan tener reacciones adversas agudas. Atención de la consulta de marcapasos. Atención de cualquier paciente ó pacientes graves ó críticos en situaciones de catástrofes en cualquier área del Hospital.

La UCI del CAS tiene características de UCI polivalente, complementada con las diferentes Unidades de nuestros Centros de Referencia para complementar la asistencia sanitaria, que no podemos ofertar en el CAS, al ser un Hospital de nivel II.

Además y como característica propia, atiende la demanda de tratamiento de los pacientes con alteraciones del ritmo cardiaco susceptibles de tratamiento mediante la implantación de marcapasos y de dispositivos diagnósticos de arritmias cardiacas. Estas actividades llevan implícita la existencia y atención diaria de una Consulta Externa de Marcapasos situada en la propia UCI, funciona todos los días con sistema de citación propio, procurando hacer coincidentes todas las consultas que pueda tener el paciente esa fecha. También la UCI atiende las consultas sobre marcapasos y dispositivos implantados: DAI y resincronizadores , realizadas por los pacientes a través de la Unidad de Urgencias en periodo de atención continuada.

También actúa como Unidad intermedia con la Unidad de Electrofisiología y Marcapasos del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, tras la valoración inicial de los pacientes que tienen implantados dispositivos de Resincronización y Dispositivos de desfibrilación que acuden al Hospital Santa Bárbara con problemas relacionados con estos dispositivos.

La UCI del CAS como Unidad Docente.

Suministra servicios de formación especializada de Médicos Especialistas en Medicina Intensiva vía MIR desde 1990, habiendo

formado 20 especialistas en Medicina Intensiva. También da sus servicios a MIR de Medicina Interna y Urología, especialidades ambas con programas de formación especializada en el CAS.

Formación pregrado de Enfermería prestando sus servicios de docencia al Grado de Enfermería de la Facultad de Enfermería del Campus de Soria dependiente de la Universidad de Valladolid.

Formación Pregrado de Fisioterapia, prestando sus servicios de docencia al Grado de Fisioterapia de la Facultad de Fisioterapia del Campus de Soria dependiente de la Universidad de Valladolid.

Colabora a nivel formativo con la FP ciclo Técnico Auxiliar de Enfermería.

Sus profesionales colaboran con la GIS en cursos de Formación continuada. También son docentes en otras esferas como en algunos de los cursos de Donación y Trasplante de Castilla y León.

2 .c- AMBITO DE EJERCICIO: ÁREA DE SALUD DE SORIA.

Entorno socio demográfico.

La población de la provincia de Soria según datos oficiales de 1-1-2015, ascendía a 91.780 personas con una distribución de 42,68 % residentes en la ciudad de Soria y 57,32 % residentes en la Provincia, la superficie de la Provincia de Soria es de 10.287 km² lo cual da una densidad de población de 9,06 habitante por Km².

El porcentaje de personas mayores de 65 años suponen el 24,93% del total frente al 17,3% y del 23% de las medias española y regional respectivamente. La proyección del INE para 2029 en mayores de 65 años ofrece un dato del 30,40% para Soria, 31,19% para Castilla y León y de un 24,90% para el conjunto de España.

La pirámide de población refleja una población bastante envejecida. Con una edad media de 46,78 años en 2015.

El crecimiento vegetativo en el periodo 1980 -2015 es negativo con una tasa absoluta en 2014 de menos 501, (-501).

La esperanza de vida al nacimiento proyectada para 2015 en Soria es de 81,57 años en hombres y de 87,12 años en mujeres.

La proyección para 2020 de la esperanza de vida es de un aumento de un 1,21 años para hombres y de 0,95 años para mujeres.

Los pacientes crónicos y pluripatológicos por encima de los 65 años son los que demandan más y mayores atenciones lo cual unido a la dispersión poblacional hace más complicada la atención, derivado de los problemas logísticos, aunque en la actualidad un sistema de transporte bien optimizado hace que sólo puntual y excepcionalmente se planteen problemas de este tipo.

Todos estos datos reflejan la evolución demográfica de nuestro ámbito de trabajo que se refleja en un aumento de los pacientes de más edad que son atendidos en nuestra Unidad y el previsible aumento de pacientes más ancianos que atenderemos en los próximos años.

Esta situación presente y que aumentará en el futuro próximo, plantea la necesidad de una planificación médica concreta en la atención del paciente crítico anciano y un cumplimiento exquisito del Código Ético.

VISIÓN, MISIÓN Y VALORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA DEL CAS.

VISIÓN.

La UCI del CAS deber aspirar a ser reconocida como una Unidad del SACYL, modelo de responsabilidad social y referencia a nivel regional y nacional por su calidad asistencial, tecnológica, docente y en materia de Gestión, comprometida con los criterios y proyectos de la Gerencia Integrada de Soria

MISIÓN.

La UCI del CAS integrada en un hospital de nivel II en la organización sanitaria de Castilla y León tiene la misión de proveer cuidados sanitarios al paciente crítico del Área de salud de Soria con la máxima calidad y seguridad.

Nuestra prioridad a de ser: la responsabilidad y el estímulo de todos los profesionales que trabajan en la UCI, fomentando el cumplimiento de nuestra misión que es conseguir la mayor y mejor calidad en el tratamiento del enfermo crítico, actuando con los principios de la Bioética. La formación continua especializada y la participación en estudios como instrumento clave de la asistencia y la docencia.

VALORES.

Los valores son nuestro compromiso con las líneas estratégicas de la GIS.

Orientación hacia la persona enferma y sus familiares: respeto, empatía y adaptación a las circunstancias personales de cada usuario.

Profesionalidad: Mostrar nuestra capacidad de desarrollar el trabajo encomendado acorde con nuestra formación altamente especializada.

Orientación hacia resultados: eficiencia en el uso de recursos, sin escatimar, pero sin incurrir en el despilfarro.

Compromiso: Cumplimiento de las tareas definidas en la cartera de servicios, cumplimiento de los objetivos anuales definidos en los pactos con la Dirección del Hospital. Y todo ello bajo el prisma de las normas éticas, jurídicas y laborales.

Actitud innovadora: tener la capacidad para generar ideas, nuevas propuestas de mejora continua, fomentando la participación de los trabajadores en Benchmarking, formación continuada y autoevaluación.

3.- CODIGO ÉTICO de la UCI del CAS.

SE ACEPTA COMO REFERENCIA EL CÓDIGO ÉTICO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTENSIVA Y UNIDADES CORONARIAS. SEMICYUC.

DERECHOS DE LOS ENFERMOS.

1. a. Seguridad general

El Centro Sanitario y el SMI deben responsabilizarse de la integridad y seguridad de las personas que tiene albergadas frente a cualquier riesgo de carácter personal.

1. b. Derecho a la información

Debe ser verdadera, comprensible y adecuada a las necesidades de cada paciente, de forma que le permita participar en la toma de decisiones referentes a todo el proceso diagnóstico y terapéutico. El titular del derecho es el propio paciente y el médico responsable garantizará el cumplimiento de este derecho. Cuando la capacidad del paciente esté comprometida, o se cuestione para la información y toma de decisiones, se contará con la familia y sus representantes o allegados.

1. c. Intimidad

La institución y su personal deben ser especialmente cuidadosos con el respeto a la intimidad de sus pacientes.

1. d. Confidencialidad

La gran cantidad de datos personales imprescindibles para una buena asistencia sanitaria, la informatización y, en general, los medios técnicos disponibles actualmente, hacen especialmente accesibles los datos privados del enfermo. Tanto los socios de la SEMICYUC como las instituciones donde desarrollan su labor deben comprometerse a la custodia y buen uso de los datos personales de los pacientes y/o relativos a la salud de los mismos.

AUTONOMÍA DEL PACIENTE.

2. a. Consentimiento informado

Representa la expresión del derecho a aceptar o rechazar libremente un procedimiento diagnóstico o terapéutico tras haber sido informado de las ventajas e inconvenientes del mismo, teniendo en cuenta los límites establecidos por la Ley. Incluye el derecho a rechazar la participación en estudios, investigaciones o ensayos clínicos. En caso de incompetencia se obtendrá el consentimiento por representación. La SEMICYUC ha elaborado y publicado la recomendación del consentimiento informado en los Servicios de Medicina Intensiva y Crítica (SMIC)¹.

2. b. Instrucciones previas (o voluntades anticipadas)

Supone respetar los deseos y voluntades manifestados de forma anticipada, en un documento firmado por el enfermo, sobre los cuidados y el tratamiento de su proceso asistencial cuando no sea capaz de expresarlos por sí mismo debido al estado de su enfermedad. Y así mismo, si el enfermo ha designado un representante, éste será el interlocutor válido en la toma de decisiones².

2. c. Derecho a morir con dignidad

El SMIC prestará especial atención al tratamiento y cuidados del final de la vida, disponiendo de protocolos o guías de práctica clínica, respetando los deseos del paciente siempre que sea posible. La SEMICYUC y los SMIC promoverán la formación continuada de los médicos intensivistas en los problemas derivados del final de la vida.

2. d. Participación de la familia

Si es voluntad del paciente, el representante o las personas vinculadas al enfermo, por razones familiares o de hecho, pueden participar en el proceso asistencial. En los SMIC esta participación es frecuentemente decisiva.

2. e. Derecho a mantener sus relaciones sociales

El ingreso en un SMIC es de por sí traumático y no debe implicar la ruptura con el entorno del paciente. En la medida de lo posible, y siempre que así lo desee el enfermo, los SMIC deben facilitar al máximo la relación con la familia, amigos y entorno en general, asegurando un régimen de visitas que lo permita.

2. f. Derecho a la libre elección

Se respetará el derecho del enfermo para elegir médico, hospital, etc. La Institución debe facilitar los mecanismos que permitan al enfermo ejercer este derecho siempre que sea posible.

2. g. Custodia de la historia clínica

La necesidad de que toda la información del paciente sea registrada y esté a disposición del enfermo y su equipo asistencial obliga a las instituciones, y a todos sus profesionales, a custodiar la historia clínica del paciente. Así mismo, aseguran el derecho al acceso a los contenidos objetivos de la misma al paciente o representantes.

2. h. Derecho a recibir asistencia religiosa

Conforme a sus creencias, si así lo desea.

2. i. Derecho a la no discriminación

Se velará para que la atención de los enfermos no se vea condicionada por circunstancias de orden económico, ideológico, social, confesional, de género o étnico.

CALIDAD DE LA ASISTENCIA SANITARIA

Los SMIC deben garantizar la asistencia sanitaria adecuada al proceso, de acuerdo con los conocimientos del momento. Para ello deberán cuidar de los siguientes aspectos.

3. a. Promoción de la bioética entre sus profesionales

Tanto a través del propio Grupo de Trabajo de Bioética de la SEMICYUC como de los Comités de Ética Asistencial abiertos tanto a los profesionales, como a los enfermos y a sus familiares.

3. b. Instalaciones y equipamiento

Serán del nivel adecuado para la prestación de un servicio en condiciones, atendiendo a su mantenimiento y actualización en el tiempo. La SEMICYUC tiene a disposición de todos los SMIC de España un programa de acreditación asistencial.

3. c. Organización

Orientada a resolver los problemas del paciente y a facilitar el trabajo asistencial. El conocimiento de los médicos intensivistas no se ha de restringir al interior de las paredes de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), siendo una dimensión ética importante el ofrecer sus conocimientos, capacidades y habilidades allí donde se encuentre el enfermo crítico, como puede ser en urgencias, plantas de hospitalización, zonas de reanimación posquirúrgicas o de despertar, catástrofes, accidentes, etc.

3. d. Capacitación y competencia del personal

La SEMICYUC garantizará la capacitación y competencia del personal de los SMIC, tanto a nivel de conocimientos teóricos y prácticos necesarios para el desempeño de la asistencia de los pacientes críticos. Esta formación está garantizada mediante un programa de Medicina Intensiva de cinco años³.

3. e. Estándares profesionales

A implementar como sistema de normalización y definición previa de unos objetivos y/o resultados que disminuyan la variabilidad asistencial entre los SMIC. La SEMICYUC impulsará la elaboración de protocolos, guías de

práctica, establecer procedimientos para enfermería y normas de funcionamiento, complementándolo con conferencias de consenso, elaboración de indicadores de calidad, etc., adaptadas a nuestro medio e idiosincrasia.

3. f. Límites de la asistencia

El SMIC debe autolimitarse en la atención de aquellos procesos para los que no esté convenientemente preparado, advertir de ello al paciente y a la institución y facilitar la solución del problema, indicando las alternativas posibles.

3. g. Gestión de recursos

Los SMIC velarán por la gestión eficiente de los recursos disponibles en las decisiones clínicas, como principio ético de justicia distributiva.

3. h. Futilidad

Entendida como la aplicación de tratamientos que se han demostrado inútiles. La SEMICYUC entiende que el debate sobre la futilidad debe hacerse teniendo en cuenta criterios profesionales basados en la mejor evidencia disponible y en los principios de la bioética. El médico no tiene ninguna obligación de iniciar o continuar con un tratamiento

fútil. En este sentido la SEMICYUC tiene publicadas las recomendaciones sobre la limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV)⁴.

La SEMICYUC ampara, bajo el punto de vista científico y ético, la práctica de LTSV siempre y cuando se ajuste a los requisitos expuestos en dicha publicación y al conocimiento científico actual.

En la medida de lo posible, se considera conveniente que los procedimientos de LTSV se protocolicen de forma consensuada dentro del SMI y con el apoyo del Comité de Ética del centro o del área sanitaria.

3. i. Eutanasia

De acuerdo con nuestras leyes, la SEMICYUC ha de considerar la eutanasia como un procedimiento ilegal y apoya firmemente el desarrollo en nuestra práctica profesional de procedimientos paliativos de probada efectividad. Así mismo, la SEMICYUC y fundamentalmente a través de su Grupo de Trabajo de Bioética informará y formará a sus miembros en el sentido de diferenciar de forma clara y taxativa la eutanasia con la limitación terapéutica, considerada esta última como una buena práctica clínica.

EQUIPO ASISTENCIAL.

4. a. Respetar la libertad de actuación del médico y los profesionales

Respetar la libertad de actuación del médico y los profesionales en el marco de los estándares fijados por la comunidad científica y con los medios disponibles; con acotación de la capacidad de actuación de los profesionales a la competencia demostrada, convenientemente acreditada y como autolimitación supervisada por sus pares.

4. b. Favorecer el trabajo en equipo

Como elemento indispensable de la Medicina moderna la SEMICYUC favorecerá, en todo momento, las relaciones entre profesionales y diferentes especialistas. Procurará el trabajo en equipos multidisciplinares dirigidos por un profesional médico especialista en Medicina Intensiva, quién tendrá la responsabilidad de coordinar a todo el equipo. Interés especial en este tema es la buena relación con la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC).

4. c. Favorecer la fidelidad del equipo al paciente y viceversa

Respetar y favorecer la relación médico-enfermo.

4. d. Velar por los intereses de sus profesionales asociados

Así como por su proyección y desarrollo profesional.

4. e. Horarios de trabajo.

4.- REQUISITOS CLAVES Y CRITERIOS DE ORGANIZACIÓN DE UNA UCI PARA GARANTIZAR LA CORRECTA ASISTENCIA.

4.1.- Existencia de un Director de la UCI.

4.2.-Existencia de un número adecuado de Especialistas en Medicina Intensiva para conformar una plantilla capaz de afrontar la carga laboral: asistencial y docente

4.3.- La existencia de un Médico Intensivista, responsable de la UCI de presencia física las 24 h del día.

4.4.- La existencia de una responsable de enfermería de la UCI.

4.5.- La asignación de una enfermera responsable de la atención al paciente, por turno. La relación paciente enfermera dependerá del "mix" de complejidad de los pacientes atendidos en la UCI.

4.6.- Existencia de un sistema formalizado de intercambio de información, entre los profesionales implicados en la atención de cada paciente.

4.7.- Criterios explícitos de admisión y alta.

4.8.-Protocolización de la actividad médica y de enfermería de los procesos más frecuentes atendidos.

4.9.-Cumplimiento de los estándares de seguridad del paciente y atención a los derechos de los pacientes.

4.10.- Existencia de protocolos para asegurar el cumplimiento sistemático de los siguientes estándares.

- Adopción de sistemas seguros de prescripción y administración de medicamentos.
- Evaluación diaria de objetivos.
- Higiene de manos.
- Identificación del paciente.
- Instrucciones previas, órdenes de no resucitación.

- Prevención de caídas.
- Prevención de efectos adversos derivados del tratamiento con anticoagulantes.
- Prevención de errores en la localización del sitio quirúrgico, en el tipo de procedimiento o en la identificación del paciente.
- Prevención de la infección de la herida quirúrgica.
- Prevención de la infección asociada a catéter venoso central.
- Prevención de la infección asociada a sonda urinaria.
- Prevención de las úlceras por presión.
- Prevención del tromboembolismo venoso.
- Prevención de los efectos adversos asociados a ventilación mecánica.
- Checklist para todas las técnicas invasivas realizadas en la Unidad.
- Conciliación de la medicación a través de la continuidad de los cuidados.

4.11.- Existencia de un sistema de pase de visita ó sesión de pase de guardia conjunto entre médicos y enfermeras. Y si procede de todo el personal implicado en la atención del paciente.

4.12.- Disponer de servicios de apoyo que garanticen la calidad y continuidad de la atención.

4. 1.A.- RECURSOS HUMANOS.

1. a.- Médicos.

La Unidad de Medicina Intensiva del CAS, está integrada en el catálogo del Hospital como Sección, está dotada de 6 médicos especialistas en Medicina Intensiva, uno de ellos con categoría de Jefe de Sección y responsable de la UCI y cinco Médicos especialistas.

Como es una Unidad docente acreditada tiene asignados a cinco Médicos MIR, en periodo de formación, un médico residente por año, sin coincidir todos simultáneamente en la UCI.

1. b.- Enfermería:

La plantilla de Enfermería consta de 23 enfermeras/os, siendo una de ellas Supervisora de Enfermería.

La plantilla de Auxiliares de Enfermería está dotada de doce Auxiliares.

1 c.- Plantilla administrativa: formada por un auxiliar administrativo.

1. d.- Plantilla de celadores: un celador asignado a UCI en horario de mañana y tarde, por la noche del pool común de celadores.

1. e.- Plantilla de limpieza: Una persona específicamente asignada en horario de mañana, resto del tiempo del pool común del Hospital.

Director o Responsable de la UCI.

Será un especialista de Medicina Intensiva desarrollando las siguientes funciones:

- Desarrollo e implantación de las políticas de admisión y alta de los pacientes, protocolos asistenciales y relaciones con los familiares.
- Administración de la UCI, incluyendo conocimiento de presupuesto, sistema de información y de evaluación de la calidad.
- Participación en investigación y docencia.

- Gestión de turnos, guardias, vacaciones y libranzas asegurando la atención de los pacientes.
- Responsable de la comunicación con otros Responsables de Servicios y con la Dirección del CAS. Adecuación de la UCI a las políticas y estrategias de la GIS.
- Enlace con los responsables de velar por los aspectos éticos y sociales relacionados con la medicina intensiva.

Responsable de Enfermería.

Es la responsable de la coordinación de los profesionales de enfermería asignados a la UCI, teniendo entre otras las siguientes funciones:

- Organización de la operativa diaria para garantizar los cuidados de enfermería.
- Organización de toda la logística: Fármacos, dispositivos y suministros necesarios para mantener la operatividad adecuada de la UCI.
- Gestión de Turnos e incidencias.
- Asegura la formación del personal de nueva incorporación y formación continuada.
- Promueve el estudio y la investigación de enfermería.
- Participa en la confección de protocolos, guías clínicas y protocolos.
- Evalúa la calidad de los cuidados y realiza seguimiento de los incidentes críticos.
- Colabora con la Dirección de enfermería en decisiones de planificación, y cobertura de personal.
- Colaboración en la organización de las prácticas del Grado de Enfermería.

Médicos Especialistas en Medicina Intensiva.

Definidos por ser unos médicos especialistas, formados según los planes especialización vigentes en España que diagnostican, manejan, monitorizan, intervienen, arbitran e individualizan la asistencia a pacientes en riesgo de padecer, o que padecen o que se recuperan de una enfermedad aguda grave y en el momento actual también se atienden agudizaciones de enfermedades crónicas. Tienen entrenamiento y competencias para atender a pacientes con múltiples problemas de salud graves, derivados de causas múltiples. Y formación en todos los campos de la Medicina Intensiva. Como característica propia los Facultativos Especialistas en Medicina Intensiva de la UCI del GIS deben de tener formación en implantación y seguimiento de marcapasos así como en diagnóstico y primera atención de pacientes que consultan problemas de DAI y Resincronizadores cardiacos.

Enfermeras de Medicina Intensiva.

La función de la Enfermera de Medicina Intensiva es valorar, planificar y proporcionar los cuidados de enfermería a los pacientes ingresados en UCI, para lo cual deben tener la formación adecuada que requiere la atención de pacientes críticos. La atención al paciente crítico se complementa con la colaboración de la Auxiliar de enfermería.

Otro Personal.

Dependiente de UCI: administrativo, celador y limpieza.

Otro personal imprescindible en la atención del paciente crítico: fisioterapeuta, Asistente social. Informático.

Personal del Hospital: Electricistas, fontaneros, calefactores, mecánicos y electro-medicina.

4. 2 B.- RECURSOS FISICOS Y MATERIALES

El espacio físico asignado a UCI del CAS está situado en la 3ª planta del Edificio Nuevo. Bien conectado por vía horizontal con plantas de

hospitalización, y verticalmente con Urgencias, Quirófanos, Reanimación Anestésica, Paritorios y Radiodiagnóstico y otras plantas de hospitalización.

Dispone de diez habitaciones individuales separadas físicamente unas de otras, dotadas con sistemas de monitorización multiparamétrica avanzada, conectado a una central de alarmas con múltiples posibilidades funcionales. Video vigilancia de cada habitación, con transferencia de imágenes a unidad central. Y un respirador en cada habitación y sistemas de infusión.

Existe un quirófano dentro de la propia UCI dotado de presión positiva, donde se efectúan procedimientos quirúrgicos tipo implantación de marcapasos y registradores de arritmias implantables. También se utiliza en la implantación de marcapasos transitorios y vías venosas centrales, está dotado de mesa-camilla de quirófano, monitorización cardiorespiratoria, respirador volumétrico y aparato de fluoroscopia. Dispone de un ante quirófano para transferencia de pacientes, almacén dotado de armarios y zona de lavado quirúrgico.

Dentro de la propia UCI hay zonas de transferencia de pacientes, circulación de familiares, Oficio limpio, oficio sucio, almacenes, zonas de reunión y de trabajo, despachos de supervisión, administrativo y de jefatura, zona de estar, zona de consulta de marcapasos.

4. 3 C.- OTROS RECURSOS MATERIALES.

- Diez camas automatizadas, multifunción.
- Monitorización de las diez camas con ECG, módulo de arritmias, módulo de presiones, PANI, PAI, SpO2, PCP, PVC, temperatura, módulos para monitorización Picco.
- Carro de Reanimación cardiorrespiratoria.
- Carro de vía aérea difícil: Mascarilla laríngea, Froba, Combitubo, Fastrac, Airtrac.
- Dos aparatos de Electrocardiografía.
- Dos unidades de Desfibrilador, monitor y marcapasos transcutáneo.
- Tres unidades de marcapasos transvenosos.

- Un monitor multiparamétrico de traslado.
- Dos respiradores de transporte.
- Ecodoppler transcraneal.
- Nueve unidades Respiradores Servo i para ventilación invasiva y no invasiva.
- Tres unidades de respirador Draggër Evita que se utilizan en la cama nº 10, quirófono de UCI y asistencia respiratoria a pacientes durante pruebas en RX, diagnósticas o en otras situaciones.
- Equipo de radiología portátil.
- Equipo intensificador de imagen.
- Dos máquinas para efectuar terapias continuas de depuración extrarenal. y en una de las habitaciones hay una estación individual de tratamiento de agua para terapias de diálisis convencional.
- Ecocardiografo-Doppler.
- Grúa para movilización de pacientes.
- Sistema de videolaringoscopia y videobroncoscopio Store.
- En depósito: analizadores de marcapasos: Medtronic, Boston, S. Jude, Sorin y Biotronik.
- Pequeño material de todo tipo.

4. 4. D.-INSTALACIONES:

Sistemas generales. Todos los sistemas cumplirán requisitos legales constructivos de mantenimiento contemplados en las leyes y normativas específicas:

- . Electricidad conectada a sistemas de suministro regular y de emergencia.
- . Sistema eléctrico dotado de todas las medidas de seguridad.

- . Presión positiva, es conveniente en la propia UCI. Obligatoria en quirófano.
- . Agua, caliente sanitaria y fría con nº adecuado de grifos y piletas.
- . Gases medicinales: tomas de vacío, O2 y aire comprimido.
- . Iluminación.
- . Sistemas de control ambiental: temperatura, ventilación.
- . Sistemas de comunicación.
- . Sistemas de transporte.

Sistemas de esterilización.

Los disponibles en el sistema del Hospital con aplicación a elementos, instrumental y dispositivos propios de la UCI.

4.5. E.- LIMPIEZA.

- Protocolos de limpieza.
- Considerando: Limpieza, descontaminación, desinfección y esterilización.
- Del espacio físico.
- Del equipamiento médico.
- Del mobiliario.
- Puertas y herrajes.
- Superficies horizontales y verticales.
- Suelo.
- Rejillas de ventilación aparatos de climatización.
- Limpieza del textil.
- Gestión de residuos sanitarios.

5.- CARTERA DE SERVICIOS DE LA UCI DEL CAS.

5.1.- Técnicas de acceso vascular:

-Venoso: cateterización de vena yugular externa e interna, subclavia y femoral.

-Arterial: cateterización arterial radial y femoral.

5.2.- Reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. RCP:

-Manejo de vía aérea en situaciones urgentes.

-Masaje cardiaco.

-Cardioversión.

-Desfibrilación.

-Empleo de drogas antiarrítmicas y vasoactivas.

-Colocación de marcapasos transcutáneo.

-Implantación de marcapasos temporal transvenoso.

5.3.- Transporte intrahospitalario asistido:

-Monitorización hemodinámica.

-Asistencia ventilatoria.

5.4.- Monitorización cardiaca y hemodinámica:

-Monitorización continua de ECG.

-Monitorización de presiones:

-Presión arterial invasiva y no invasiva.

- Presión venosa central.
- Presiones pulmonares y PCP por método de Swan-Ganz.
- Monitorización Picco.
- Gasto cardiaco.
- Saturación venosa mixta.
- Temperatura.
- Electrocardiografía.
- Ecocardiografía.

5.5.- Unidad coronaria:

- Manejo de cardiopatía isquémica: antiagregación, anticoagulación y trombolisis. CODIGO INFARTO
- Tratamiento de shock cardiogénico.
- Control y tratamiento de las arritmias.
- Insuficiencia cardiaca.
- Colocación de marcapasos temporal, transvenoso y transcutáneo.
- Implantación de marcapasos definitivo, monocamerales y bicamerales con cables de fijación pasiva y activa.
- Implantación de dispositivos diagnósticos de registradores de alteraciones del ritmo cardiaco.
- Seguimiento en consulta de marcapasos definitivo y de dispositivos registradores de arritmias
- Ecocardiografía.
- Seguimiento de DAI de Urgencia.
- Cardioversión programada.
- Pericardiocentesis.

5.6.- Manejo del paciente séptico:

- Incluye múltiples técnicas.

5.7.-Atención a la insuficiencia respiratoria:

- Manejo y control de la vía aérea.

- Manejo de vía aérea difícil.

- Ventilación mecánica invasiva y sus múltiples variantes.

- Ventilación mecánica no invasiva y sus variantes.

- Traqueostomía y cuidado de la misma: quirúrgica y percutánea.

- Drenajes torácicos: implante y control.

- Fibrinolisis intrapleural.

- Atención al tromboembolismo pulmonar: Trombolisis.

5.8.-Nutricción y metabolismo:

- Nutrición enteral por SNG y sonda duodenal-yeyunal.

- Nutrición parenteral: en sus diferentes variedades.

- Medición y monitorización de la presión intraabdominal, PIA.

5.9.-tratamiento de la Insuficiencia renal, sobrecarga de volumen y otras aplicaciones de las técnicas de depuración extrarenal:

- Hemodialisis convencional, administrada por la Unidad de Nefrología.

- Técnicas continuas de reemplazo renal:

 - HFC: Hemofiltración continua.

 - SCUF: Ultrafiltración lenta continua.

 - HDC: Hemodiálisis continua.

 - HDFC: Hemodiafiltración continua.

 - CHFD: Diálisis continua de alto flujo.

5.10.-Atención a la enfermedad traumática.

-Asistencia continua al traumatizado de riesgo o crítico.

-toracocentesis diagnóstica y terapéutica.

-Pericardiocentesis.

-Paracentesis .

-Ecofast.

-Ecodoppler transcraneal.

5.11.-Asistencia preoperatoria y postoperatoria del paciente con alto riesgo quirúrgico o con riesgo sobrevenido, en colaboración con las Unidades de Anestesia y Especialidades Quirúrgicas.

5.12.-Asistencia al paciente intoxicado en cualquier modalidad.

5.13.-Sedación y analgesia del paciente crítico y control de la misma:

-BIS: Índice biespectral.

-Tren de cuatro.

-Ventana de sedación.

5.14.-Atención al paciente neurológico.

-Pacientes en coma de cualquier origen.

-Atención y tratamiento del status epiléptico.

-En colaboración con neurología atención del paciente con accidente cerebrovascular agudo de tipo embólico: Trombolisis. CODIGO ICTUS.

- Cualquier patología neurológica que comprometa la vida del paciente.

5.15.- Coordinación de trasplante:

- Detección del potencial donante.
- Diagnóstico de muerte encefálica.
- Mantenimiento del donante.
- Organización logística.
- Aspectos administrativos.

5.16.- Apoyo a otras Unidades del CAS para efectuar exploraciones y técnicas que por sus características o bien por el estado del paciente requieran vigilancia y monitorización en UCI:

- Algunas exploraciones de Ecocardiografía transesofágica.
- Endoscopias digestivas en pacientes inestables.
- Endoscopias respiratorias en pacientes de riesgo.
- Cardioversión eléctrica programada.
- Pericardiocentesis programada.
- Cateterización de vías venosas para todo el CAS.
- Atención a la Parada Cardíaca y Respiratoria en todo el hospital.
- Despertar anestésico a partir de las 22h.

5.17.- En general colaboración, tratamiento y asistencia de cualquier paciente con enfermedad que genere un riesgo vital por el que la Unidad de Medicina Intensiva sea consultada en cualquier zona del Hospital.

5.18.-Aplicación a todos los pacientes atendidos en UCI o consultados por otras unidades, de los principios de la bioética y de la legislación vigente.

Aplicación del Protocolo de Limitación del Tratamiento de Soporte Vital (LTSV), si está indicado, de acuerdo con los principios de la bioética y del Documento de Últimas Voluntades.

6.- CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD ASISTENCIAL.

Calidad asistencial de asistencia sanitaria es definida como aquella que es segura, adecuada, efectiva, eficiente, accesible, sigue los principios de la bioética y de la justicia y está centrada en el enfermo.

Aunque la concreción de lo anteriormente definido a veces hay que compatibilizarlo con las expectativas de familiares y allegados, de otros profesionales, de las instituciones y de la sociedad en general.

La calidad asistencial se plantea desde tres puntos de actuación:

A.- Aplicación de los INDICADORES DE CALIDAD en el enfermo crítico definidos y aprobados por la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias. Se definió en 2005 y se han actualizado siendo la última versión de 2011.

Relación de INDICADORES: de efectividad; de riesgo; de adecuación; de eficiencia; de continuidad asistencial; de satisfacción; de accesibilidad y combinados. Se consideran 20 de ellos RELEVANTES y muchos de ellos se aplican y otros serían de aplicación progresiva con control de los indicadores.

6.- 1. INDICADORES SEMICYUC 2011.

CUIDADOS CARDIOLÓGICOS Y RCP.

1.- Administración precoz de ácido acetil salicílico en el síndrome coronario agudo. De efectividad y riesgo.

2.- Administración precoz de beta bloqueantes en el infarto agudo de miocardio. De efectividad y riesgo.

3.- Realización de cateterismo cardiaco en el síndrome coronario agudo sin elevación del ST de alto riesgo. De efectividad.

- 4.- Estratificación del riesgo en el síndrome coronario agudo sin elevación del ST. SCASEST. De efectividad y riesgo.
- 5.- Tiempo puerta-aguja en el síndrome coronario agudo con elevación del ST. De efectividad y riesgo.
- 6.- Técnicas de repercusión precoz en el síndrome coronario agudo con elevación del ST. De efectividad, riesgo y adecuación.
- 7.- Mortalidad hospitalaria en el síndrome coronario agudo con elevación del ST. De riesgo.
- 8.- Tratamiento precoz de la disfunción cardiovascular. De efectividad y riesgo.
- 9.- Hipotermia terapéutica en la parada cardíaca. De efectividad y riesgo. RELEVANTE.
- 10.- Utilización del Utstein. De adecuación.
- 11.- Infarto de miocardio perioperatorio en cirugía cardíaca. De riesgo.

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA.

- 12.- Incidencia de complicaciones precoces en la implantación de marcapasos definitivo. De riesgo.
- 13.- Incidencia de barotrauma. De riesgo.
- 14.- Cambio de circuitos del respirador a los 7 días. De riesgo y eficiencia.
- 15.- Complicaciones graves durante el decubito prono en el síndrome de disstres respiratorio del adulto. De riesgo.
- 16.- Prueba de tolerancia a la respiración espontánea. De riesgo y eficiencia.
- 17.- Descontaminación digestiva selectiva DDS en pacientes de riesgo. De riesgo y eficiencia.
- 18.- Límite de presión alveolar, presión meseta, en ventilación mecánica invasiva. De riesgo y efectividad.

- 19.- Límite de presión inspiratoria, presión pico, en ventilación mecánica invasiva. De riesgo y efectividad.
- 20.- Posición semiincorporada en pacientes con ventilación mecánica invasiva. De riesgo y efectividad. RELEVANTE
- 21.- Sustitución de Nariz artificial. De riesgo y efectividad.
- 22.- Prevención de nla enfermedad tromboembólica. De riesgo. RELEVANTE.
- 23.- Extubación no programada. De riesgo.
- 24.- Reintubación. De riesgo y efectividad.
- 25.- Instauración precoz de ventilación no invasiva en la agudización de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. De efectividad y de eficiencia. RELEVANTE
- 26.- Volumen corriente durante la ventilación mecánica invasiva en lesión aguda pulmonar. Ventilación protectora. De riesgo. RELEVANTE

NEUROINTENSIVISMO Y TRAUMATOLOGÍA.

- 27.-Trauma potencialmente grave atendidos en los servicios de medicina intensiva. De efectividad y riesgo.
- 28.- Intubaciones traqueales en el traumatismo craneoencefalico grave con GCS menor de 9 durante las primeras 24h. De efectividad.
- 29.- Intervención quirúrgica en el TCE con hematoma epidural y/ o subdural. De riesgo y efectividad. RELEVANTE.
- 30.- Utilización de corticoides en el traumatismo craneoencefálico. De riesgo.
- 31.- Incidencia de síndrome de distres respiratorio del adulto en el traumatismo grave. De efectividad y riesgo.
- 32.- Monitorización de la presión intracraneal en el TCE grave con TAC patológico. De riesgo y efectividad. RELEVANTE.
- 33.- Mortalidad en el traumatismo craneoencefálico grave. De riesgo.

- 34.- Osteosíntesis precoz en fracturas diafisarias de fémur. De riesgo, continuidad asistencial y efectividad.
- 35.- Fijación quirúrgica precoz de las fracturas abiertas. De riesgo.
- 36.- Arteriografía cerebral precoz en la hemorragia subaracnoidea. De efectividad y riesgo.
- 37.- Administración de Nimodipino en la hemorragia subaracnoidea. De efectividad y riesgo.
- 38.- Polineuropatía del enfermo crítico. De riesgo.
- 39.- TAC inmediato en el ictus isquémico. De efectividad y adecuación.
- 40.- Fibrinólisis IV en el ictus isquémico agudo. De efectividad.
- 41.- Uso de los potenciales evocados somatosensoriales en la encefalopatía postanóxica. De adecuación.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS.

- 42.- Bacteriemia relacionada con catéter venoso central. De riesgo y efectividad. RELEVANTE
- 43.- Infección del tracto urinario relacionada con sonda uretral. De riesgo y efectividad.
- 44.- Neumonía asociada a ventilación mecánica. De riesgo y efectividad. RELEVANTE.
- 45.- Manejo precoz de la sepsis grave/ shock séptico. De efectividad. RELEVANTE.
- 46.- Tratamiento antibiótico empírico inadecuado en la infección atendida en las UVIS. De riesgo y efectividad.
- 47.- Infecciones por *Staphylococcus aureus* resistente a Meticilina. De riesgo y efectividad.
- 48.- Indicación de aislamientos. De riesgo y adecuación.
- 49.- Administración de corticoides en el shock séptico. De efectividad y riesgo.

50.- Inicio precoz de antibioterapia en la sepsis grave. De efectividad y riesgo. RELEVANTE.

METABOLISMO Y NUTRICCIÓN.

51.- Complicaciones de la nutrición parenteral total: Hiperglucemia, disfunción hepática. De riesgo.

52.- Mantenimiento de niveles apropiados de glucemia. De efectividad.

53.- Hipoglucemia grave. De riesgo.

54.- Identificación de enfermos en riesgo nutricional. De efectividad y riesgo.

55.- Valoración del estado nutricional. De efectividad.

56.- Nutrición enteral precoz. De efectividad y riesgo. RELEVANTE.

57.- Monitorización de la nutrición enteral. De efectividad.

58.- Requerimientos calórico proteicos. De adecuación y riesgo.

59.- Profilaxis de la hemorragia gastrointestinal en enfermos con ventilación mecánica invasiva. De riesgo y efectividad. RELEVANTE.

NEFROLÓGICOS.

60.- Indicación de depuración extracorpórea continua. De efectividad.

61.- Uso de dopamina en el fallo renal agudo. De riesgo y efectividad.

62.- Incidencia de fallo renal agudo en enfermos críticos no coronarios. De riesgo y eficiencia.

63.- Incidencia del fallo renal agudo en enfermos coronarios. De riesgo y eficiencia.

64.- Prevención de la nefrotoxicidad inducida por contraste en la coronariografía. De riesgo.

65.- Valoración del fallo renal agudo en enfermos críticos. De adecuación.

SEDACIÓN Y ANALGESIA.

66.- Monitorización de la sedación. De riesgo y efectividad.

67.- Sedación adecuada. De riesgo y efectividad. RELEVANTE.

68.- Interrupción diaria de la sedación. De efectividad y eficiencia.

69.- Manejo de la analgesia en el enfermo no sedado. De efectividad y riesgo. RELEVANTE.

70.- Manejo de la analgesia en el paciente ventilado. De efectividad.

71.- Uso inadecuado de la relajación muscular. De riesgo.

72.- Monitorización del bloqueo neuromuscular. De efectividad y riesgo.

73.- Identificación del delirio. De efectividad.

HEMODERIVADOS.

74.- Consentimiento informado en la transfusión de componentes sanguíneos. De satisfacción y adecuación.

75.- Transfusión inadecuada de plasma fresco congelado. De efectividad y riesgo.

76.- Transfusión inadecuada de concentrado de plaquetas. De efectividad y riesgo.

77.- Transfusión inadecuada de concentrado de hematíes. De efectividad y riesgo. RELEVANTE.

TOXICOLOGÍA.

78.- Descontaminación digestiva adecuada en intoxicaciones por vía oral. De efectividad y riesgo.

79.- Botiquín mínimo de antidotos en el hospital. De adecuación.

80.- Hemodiálisis precoz en la intoxicación aguda. De efectividad.

TRASPLANTES.

81.- Donantes reales. De efectividad. RELEVANTE

82.- Valoración de trasplante hepático en la insuficiencia hepática aguda grave. De efectividad.

83.- Monitorización de los potenciales donantes de órganos. De adecuación.

84.- Diagnóstico de muerte encefálica. De efectividad.

ENFERMERÍA.

85.- Retirada de sonda nasogástrica por obstrucción. De riesgo.

86.- Aspiraciones bronquiales adecuadas. De riesgo.

87.- Información de enfermería a los familiares. De satisfacción y adecuación.

88.- Traslado intrahospitalario asistido. De riesgo, efectividad.

89.- Presión del balón de neumotaponamiento. De riesgo.

90.- Manejo de las alarmas de monitorización. De riesgo y efectividad.

91.- Caídas accidentales. De riesgo y satisfacción.

92.- Cumplimentación de los registros de enfermería en el servicio de Medicina Intensiva. De continuidad asistencial.

93.- Errores de medicación en el servicio de medicina intensiva. De riesgo.

94.- Cumplimentación del protocolo de lavado de manos. De riesgo y efectividad. RELEVANTE.

95.- Retirada accidental de catéteres vasculares. De riesgo y efectividad.

96.- revisión del carro de paradas. De riesgo y adecuación.

BIOÉTICA.

97.- Adecuación de los cuidados al final de la vida. De efectividad y satisfacción.

98.- Información a los familiares de los enfermos en el servicio de medicina intensiva. De satisfacción. RELEVANTE.

99.- Incorporación de las instrucciones previas en la toma de decisiones. De adecuación y satisfacción.

100.- Cumplimentación del documento de consentimiento informado. De satisfacción.

101.- Limitación del tratamiento de soporte vital. De adecuación y satisfacción. RELEVANTE.

102.- Uso de medidas de contención. De riesgo y adecuación.

PLANIFICACIÓN, ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN.

103.- Existencia de un equipo de emergencias médicas en el servicio de medicina intensiva. De adecuación y eficiencia.

104.- Suspensión de cirugía programada. De eficiencia.

105.- Encuesta de calidad percibida al alta del servicio de medicina intensiva. De satisfacción. RELEVANTE.

106.- Alta precoz o inadecuada del servicio de medicina intensiva. De riesgo y adecuación.

107.- Codificación al alta del servicio de medicina intensiva. De efectividad.

108.- Retraso al alta del servicio de medicina intensiva. De eficiencia, accesibilidad y adecuación.

109.- Demora de ingreso en el servicio de medicina intensiva. De accesibilidad, eficiencia y riesgo.

110.- Razón mortalidad estandarizada. De riesgo, efectividad y eficiencia.

111.- Tasa de Necropsias. De efectividad.

112.- Plan de acogida al profesional del servicio de medicina intensiva.. De adecuación.

113.- Presencia del intensivista en el servicio las 24 h del día. De adecuación, riesgo y eficiencia. RELEVANTE

114.- Registro de efectos adversos. De riesgo. RELEVANTE.

115.- Reingresos no programados en el servicio de medicina intensiva. De riesgo y eficiencia.

INTERNET.

116.- Acceso a fuentes médicas relevantes en formato electrónico. De adecuación.

FORMACIÓN CONTINUADA, DOCENCIA e INVESTIGACIÓN.

117.- Existencia de protocolos básicos. De adecuación.

118.- Actividad de investigación. De adecuación.

119.- Publicaciones científicas del servicio de medicina intensiva. De adecuación.

120.- Formación continuada. De adecuación.

6. 2.- DERECHOS Y GARANTIAS DEL PACIENTE.

El paciente o sus representantes, tienen derecho a información clara, precisa y suficiente, se debe facilitar información ordenada sobre las condiciones que rodean la estancia del paciente en la UCI. La realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos así como la administración de tratamientos que impliquen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente, requerirán, siempre que la situación lo permita, su consentimiento informado por escrito.

6. 3.- CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA DEL CAS.

- 1.- De transfusión de hemoderivados.
- 2.- De cateterismo cardiaco diagnóstico.
- 3.- De cateterismo cardiaco terapéutico.
- 4.- De pericardiocentesis.
- 5.- De traqueostomía y/o cricotidoidostomía.
- 6.- De cardioversión eléctrica.
- 7.- De implantación de registrador electrocardiografico continuo implantable.
- 8.- De cateterización de vía venosa central.
- 9.- De primoimplante de marcapasos definitivo.

- 10.- De recambio de generador de marcapasos definitivo.
- 11.- De fibrobroncoscopia.
- 12.- De gastroscopia.
- 13.- De colonoscopia.
- 14.- De test de Flecainida.
- 15.- De trombolisis del infarto cerebral agudo.
- 16.- De alta voluntaria.
- 17.- De explantación de órganos para donación.
- 18.- De examen postmortem.

6.4.- CONTROL DE PRÁCTICAS SEGURAS Y CONTROL DE COMPLICACIONES INFECCIOSAS.

De fuente propia y con colaboración con Medicina Preventiva.

Aislamientos preventivos o/y confirmados.

Pacientes colonizados al ingreso por bacterias multirresistentes.
PROYECTO RESISTENCIA ZERO (PRZ)

Pacientes infectados al ingreso en UCI.

Pacientes que se colonizan con bacterias multirresistentes durante su estancia en UCI. (BRZ)

Pacientes que adquieren una infección por bacteria multirresistente o no multiresistente en UCI.

Bacteriemias por catéter. PROYECTO BACTERIEMIA ZERO (PBZ). Se aplican sus conclusiones en base a los resultados de la fase de proyecto y se continúa con la aplicación de las medidas de buena práctica.

Neumonías asociadas a ventilación mecánica. PROYECTO NEUMONÍA ZERO (PNZ). Se aplican sus conclusiones en base a los resultados de

la fase de proyecto y se continua con la aplicación de las medidas de buena práctica.

Infecciones del tracto urinario asociadas a dispositivos.

Estudio ENVIN.

Informe de Medicina Preventiva: trimestrales y anuales.

En base a estos controles y su análisis continuo se toman medidas correctoras oportunas , si procede hacerlo. Los informes mensuales están expuestos para conocimiento de todo el personal de UCI.

6.5.- UTILIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD Y CALIDAD:

Utilización como parte de la actividad diaria de la UCI del CAS de los sistemas de seguridad derivados de los Proyectos:

Bacteriemia Zero (BZ).

Neumonía Zero (NZ).

Resistencia Zero (RZ).

Los tres sistemas están incorporados al catálogo- protocolos de buenas y seguras prácticas de la UCI.

Vigilancia epidemiológica consensuada con Microbiología y Medicina Preventiva.

Participación en el Proyecto ENVIN. Participación anual.

Participación en el programa Edusépsis y de ello se deriva la atención precoz y protocolizada de la sépsis, sépsis grave y shock séptico. Vigente y en uso.

Aplicación del concepto desescalado antibiótico por medio de la discusión diaria en Sesión Clínica de la microbiología de los pacientes.

Participación activa y directa en los Protocolos Autonómicos:

Código Infarto.

Código Ictus.

SISNOT: Comunicación de incidentes sin daño.

Rondas de seguridad intra UCI propiciadas por la implantación de BZ, NZ y RZ.

Intercomunicación inmediata entre las Unidades de Microbiología, Medicina Preventiva y UCI de posibles alarmas bacteriológicas.

7.- COMUNICACIÓN.

7.1.- HACIA EL EXTERIOR. INFORMACIÓN A PACIENTES, FAMILIARES, REPRESENTANTES LEGALES Y ALLEGADOS.

Hay establecido un protocolo en la UCI del CAS respecto a la faceta de comunicación e información del estado de los pacientes. Esta información se lleva a cabo de las siguientes maneras:

1.- En Urgencias y en Planta de hospitalización: Cuando el grado de Urgencia de la interconsulta lo permita y siempre que se considere la necesidad de aclarar cuestiones de estado previo de salud, voluntades anticipadas, comunicar sobre su estado, su gravedad y efectuar toma de decisiones, se habla con el paciente y el familiar presente, si el paciente no estuviera en situación de entender o tomar decisiones se hablará con su representante, la entrevista se efectúa en un despacho privado con asistencia de la familia o allegados del paciente, con el médico de Urgencias o de la especialidad que consulta el paciente y el Intensivista consultado. Si lo anterior no fuera posible se adopta la decisión considerada más favorable para el paciente según los principios de la bioética.

2.- En UCI, al ingreso de un paciente, siempre se establece un contacto corto pero de identificación por parte del familiar del médico intensivista. Una vez atendido el paciente, el intensivista procede a informar en un lugar privado, despacho de información de UCI, de forma más completa y exhaustiva. Se entrega un documento tipo con la información sobre visitas, horarios, información y otros detalles relevantes.

3.- En UCI, información diaria a las 13h30´ todos los días del año, entrevista entre médico que informa y familia receptora de la información, en despacho de información de UCI. Sin tiempo

prefijado y a demanda contemplando todos los aspectos sobre la enfermedad del paciente exponiendo: estado, pronóstico y posible evolución, alternativas terapéuticas, y dando cobertura a todos los aspectos humanos, éticos y médicos.

La información telefónica se da en virtud de acuerdo bilateral entre los médicos de la UCI y los familiares del paciente, por motivos de seguridad y confidencialidad.

Se personaliza la información en base a necesidades de la familia como por ejemplo el horario, se flexibiliza. Se pone a disposición de los familiares todos los servicios hospitalarios: Atención al paciente, Asistencia Social y en general se facilita toda la información que ayude a enfermos y familias.

Siempre, cuando se da el alta a un paciente de la UCI, el médico encargado del paciente ó en su defecto el médico de guardia de UCI, comunica con un médico de la Unidad de destino al que se da el alta.

Enfermería de UCI, acompaña al paciente y también comunica con la Unidad de enfermería de destino del paciente para comunicar el estado del mismo.

Siempre se entrega un Informe Clínico al paciente o a la familia.

Siempre se avisa telefónicamente a los familiares del paciente dado de alta de la UCI, de la salida del paciente a planta.

Siempre que exista una situación clínica en un paciente ingresado en UCI que el Médico responsable del paciente ó el Médico de Guardia, considere que tiene que comunicar a sus familia o allegados se hace por teléfono o de la manera acordada de comunicación.

Se colabora con todas las Instituciones del Estado: Justicia, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Instituciones Sanitarias y en general con todos los organismos que requieran nuestra colaboración.

Se colabora también con medios informativos: prensa, radio, televisión a través de Dirección de Procesos, Subdirección Médica y de la Oficina de Prensa de la Delegación de la Junta de Castilla y León en Soria.

7.2.- MODOS Y SISTEMAS DE COMUNICACIÓN INTERIOR. INTRAUCI.

La comunicación dentro de la Unidad de Medicina Intensiva se efectúa de diversas formas:

Comunicación humana: diaria e informal, sin distorsiones ni problemas importantes existiendo buena disponibilidad por parte de todos los médicos de la UCI para hablar y solucionar los problemas que puedan aparecer entre personas, con Enfermería la comunicación será directa e inmediata.

Comunicación formal, profesional y asistencial: se efectuarán dos sesiones clínicas todos los días del año incluidos festivos y fines de semana en los cuales sólo hay atención continuada. La primera sesión de días laborables se efectuará a las 8h 15´ comunicando detalladamente, el /los médicos de guardia, al resto de personal médico y de enfermería de la UCI, los ingresos nuevos de la guardia y la situación clínica y evolutiva de los enfermos ingresados. Se discutirá diagnóstico, plan de trabajo y plan terapéutico. También puede participar enfermería.

La segunda sesión se efectuará a las 13h y en ella los médicos ponen en común la visita realizada a los pacientes ingresados en la UCI para conocer y debatir, si procede, cada paciente y que el médico que hará la atención continuada esté perfectamente informado de la situación clínica de todos los pacientes ingresados en UCI.

Comunicación Científica: se efectuarán 2-3 sesiones semanales: Clínicas, bibliográficas, de actualización de casos problema o casos interesantes y todos los días debates médicos que surgen en relación con los pacientes ingresados.

8.- GESTIÓN ADMINISTRATIVA.

8.1.- DISTRIBUCIÓN DE TURNOS, GUARDIAS, VACACIONES Y DÍAS LIBRES. ORGANIZACIÓN.

Todos los aspectos organizativos a los que se refiere este punto están perfectamente determinados y deben ser asumidos por todos los médicos de la UCI. En base a ser un procedimiento justo, igualitario y consensuado desde hace mucho tiempo que ha sido y es eficaz sin crear distorsiones ni conflictos.

La distribución de guardias se efectúa en una reunión de unos 15´ de duración durante la cual se sé distribuyen las guardias del mes siguiente consensuadamente e igualitariamente. Se lleva control de Festivos, fines de semana, vísperas de fiesta, "puentes" y laborables, de forma que a final de año haya un equilibrio de las cargas laborales de atención continuada entre todos los médicos de la UCI.

Con respecto a la organización de los turnos de vacaciones se lleva a cabo en base a una lista rotatoria acordada y asumida por todos los médicos que han trabajado en el pasado y también por los de nueva incorporación en base a ser un sistema justo, proporcional e igualitario en este sistema entra también el responsables de la UCI. De modo práctico se efectúa una reunión anual de los médicos de la UCI en las fechas pre vacacionales acordándose de cómo se distribuirán los periodos vacacionales, simultáneamente se planifica la cobertura de la UCI en estos periodos.

Planificación de actividad diaria: asistencial, quirófano, consulta externa de marcapasos.

Participación en Comisiones hospitalarias.

8.2.- CONTROL ESTADÍSTICO DE LA UCI.

Se efectuará según los datos considerados de relevancia: diariamente, mensualmente, trimestralmente y anualmente, con el siguiente formato y valorando los siguientes parámetros.

Sistemas de Información.

- Saturno
- Sistema interno UCI de control de actividad asistencial.
- Unidad de Documentación clínica y codificación del CAS.
- SIGGIS: Sistema de información para la gestión de la GIS que proporciona datos de estrategia, estructura, información general y control de gestión.
- CONCILIA: sistema de Información de Farmacia.
- SISNOT.
- IDIGIS.
- SIAE: Sistema de información de atención especializada.
- GESCOT: Contabilidad analítica.
- JIMENA.
- GACELA.
- MEDORA.
- CMBD-GRD.
- MERCURIO.
- CATIA.

8.3.- ESTADISTICA.

Se efectúa mensualmente y anualmente. En base a los siguientes parámetros:

ACTIVIDAD ASISTENCIAL.

RESUMEN ESTADISTICO:

Nº CAMAS UCI:

Nº DE DÍAS:

ESTANCIAS POSIBLES:

DATOS DE HOSPITALIZACION:

Nº de ingresos:

Estancias totales:

Nº de altas:

Nº altas curación/mejoría:

-Total de exitus:

-Exitus de más de 48 horas:

-Exitus de menos de 48 horas:

-Exitus con menos de 24 horas y que no generan estancia:

-Paciente con ingreso y alta en el día:

- Pacientes trasladados a otro Hospital para continuar tratamiento:
- Pacientes trasladados a Servicio de Referencia para efectuar técnica diagnóstica con regreso en el día.
- Pacientes trasladados a Hospitales de Referencia para continuar tratamiento y que cursan alta de nuestra UCI.

INDICADORES DE RENDIMIENTO:

- Índice de ocupación:
- Estancias totales:
- Estancia media:
- Nº de ingresos día:
- Índice de mortalidad:
- Donantes de órganos:
- Nº de necropsias (clínicas y judiciales):
- Interconsultas:
- Vías centrales:
- Consulta de marcapasos (horas totales)
- Primera consulta de PM:
- Consultas sucesivas:
- Cardioversiones programadas y urgentes.

INDICE DE GRAVEDAD: Sistema APACHE II.

DATOS GENERALES DE PACIENTES:

Procedencia:

Urgencias medicina interna:

Medicina interna hospitalización:

Cirugía:

Traumatología:

Ginecología:

Urología:

Urgencias traumatología:

Otros orígenes:

DATOS DEMOGRAFICOS Y DE GRAVEDAD.

Edad media

Pacientes mayores de 70 años:

Pacientes menores de 70 años:

Nº de hombres:

Nº de mujeres:

Apache II medio (generan índice de gravedad todos los

Pacientes ingresados más de 24 horas):

CODIFICACIÓN DE DIÁGNOSTICOS AL INGRESO:

A.- Insuficiencia respiratoria aguda:

A2.- EPOC.

A4.- Parada respiratoria.

A5.- Inhalación de tóxicos.

A6.- Embolismo pulmonar.

A7.- Infección pulmonar.

A8.- Cancer .

B.- Fallo circulatorio:

B9.- Hipertensión.

B10.- Arritmias.

B11.- Insuficiencia cardiaca congestiva.

B12.- Shock hemorrágico/hipovolémico.

B13.- Síndrome coronario agudo.

B14.- Sepsis.

B15.- Parada cardiaca.

B16.- Shock cardiogénico.

B17.- Disección aórtica.

C.- Trauma:

C18.- Politraumatismo.

C19.- Traumatismo craneal.

D.- Neurológico:

D20.- Trastornos convulsivos.

D21.- Hipertensión intracraneal/SIADH

E.- Otros:

E22.- Intoxicación medicamentosa/sobredosis.

E23.- Cetoacidosis diabética.

E24.- Hemorragia digestiva.

F.- Otra afección orgánica.

F25.- Metabólica/renal.

F26.- Respiratoria.

F27.- Neurológica.

F28.- Cardiovascular.

F29.- Gastrointestinal.

Postoperatorio:

30.- trauma múltiple.

35.-Enf. Cardiovascular crónica

32.- Vascular periférico.

33.- Cirugía cardiaca.

34.- Neurocirugía por cáncer.

35.- Cirugía renal por cáncer.

36.- Trasplante renal.

37.- Traumatismo craneal.

38.- Cirugía torácica por cáncer.

39.- Neurocirugía por hipertensión craneal.

40.- Laminectomía/ Cirugía espinal.

41.- Shock hemorrágico.

42.- Hemorragia digestiva.

43.- Insuficiencia respiratoria.

44.- Perforación/ Obstrucción intestinal.

45.- perforación/obstrucción intestinal.

Postoperatorio con otra afección orgánica.

46.- Neurológico.

47.- Cardiovascular.

48.- Postoperatorio con otra afección orgánica.

49.- Postoperatorio con otra afectación orgánica:

Gastrointestinal / Trasplante hepático.

50.- Metabólico / Renal.

CODIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS AL ALTA.

En la actualidad se efectúa con los códigos históricos de la UCI del CAS, que no se modificaran hasta que la nueva codificación de la OMS CIE 10 y la consideración de la UCI como generador de altas, no solamente en el caso de exitus y algún otro caso muy concreto se establezca como sistema de codificación unificado.

1.-CODIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS.

2.-CODIFICACIÓN DE TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS.

CARDIOCIRCULATORIO.

- Monitorización hemodinámica PICCO.
- Catéter periférico por ES
- Cateterización vena subclavía
- Cateterización yugular
- Cateterización venosa femoral
- Cateterización arterial incluye arteria radial y femoral
- Angiografía coronaria y/o angioplastia
- Otras arteriografías
- Flebografía

- Ecografía venosa de extremidades
- Pericardiocentesis
- Marcapasos transitorios
- Marcapasos definitivos primoimplantes
- Marcapasos definitivos recambio de generador
- Recambio de electrocatéter
- Cardioversión eléctrica
- Reanimación cardiopulmonar
- Ecocardiograma
- Otras técnicas cardiocirculatorias

RESPIRATORIO

- Intubación.
- Traqueostomía y/o cricoostomía.
- Ventilación mecánica más de 24 horas.
- Ventilación mecánica no invasiva.
- Drenajes pleurales.
- Broncoscopias.

PROCEDIMIENTOS EN NEUROLOGÍA.

- EEG
- Punción lumbar
- Eco Doppler transcraneal.

DONACIÓN Y TRASPLANTE.

-Extracción de órganos para transplantes

PROCEDIMIENTOS UROLÓGICOS y NEFROLOGICOS.

-Drenajes urológicos.

-Hemodiafiltración y sus distintas variantes.

-Hemodiálisis convencional.

PROCEDIMIENTOS DIGESTIVOS.

-Lavado gástrico.

-Endoscopia digestiva.

-Esclerosis endoscopia.

-Otras terapéutica endoscópica.

-Ecografía abdominal.

-Punción lavado peritoneal.

-Drenaje abdominal.

ESTUDIOS POSTMORTEN.

-Necropsias

.Clínicas.

.Judiciales.

PROCEDIMIENTOS RADIOIÓGICOS.

-TAC y RNM

-Radiología simple de tórax

PROCEDIMIENTOS DE NUTRICIÓN.

-Días de nutrición parenteral y enteral.

PROCEDIMIENTOS HEMATOLOGICOS.

- Transfusión (nº de pacientes trasfundidos).
- Transfusión concentrado de hematíes.
- Transfusión pool de Plaquetas (nº de unidades).
- Transfusión de plasma fresco congelado (nº de unidades trasfundidas).
- Politransfusión (pacientes que han recibido más de 4 unidades).
- Fibrinólisis coronaria, arteria pulmonar y arteria cerebral y pleural.

OTRAS CODIFICACIONES.

- Traslados a Hospitales de Referencia. Número y motivo
- Traslados a otros hospitales. Número y motivo.

OTROS CONTROLES. Diariamente se codifican:

- Número total de pacientes ingresados.
- Pacientes nuevos.
- Pacientes con tratamiento antibiótico.
- Pacientes portadores de Bacterias Multiresistentes
- Pacientes aislados: preventivamente en base a checklist al ingreso ó con aislamiento confirmado.
- Pacientes portadores de vía aérea artificial.
- Pacientes con sondaje urinario.
- Pacientes con catéter arterial.
- Pacientes con catéter venosos central.

-Nuevas interconsultas.

8.4.- CONTROL ECONÓMICO.

CONTROL DE CONSUMOS. Consumo de servicios suministrados por otras unidades del CAS:

INFORMES SOLICITADOS A OTRAS UNIDADES HOSPITALARIAS. Con objeto de conocer consumos, conocer posibles desviaciones y analizarlas con el fin de poder efectuar correcciones y ajustes. Se solicitan informes anuales a las siguientes unidades:

-Unidad de Radiodiagnóstico. Control del nº de estudios: RMN, TAC, Rx simple: tórax y abdomen, ecografías en sus múltiples posibilidades, estudios Doppler, otras técnicas radiológicas: Análisis comparativo de situación, de tendencia. Análisis de los estudios mas frecuentemente solicitados y de mayor coste.

-Unidad de Análisis y Bioquímica: control de nº de analíticas solicitadas con carácter urgente y ordinario, Análisis comparativo de situación, de tendencia. Análisis de los marcadores bioquímicos mas frecuentemente solicitados y de mayor coste.

-Microbiología y Serología: control de nº de cultivos y serologías y otras pruebas. Evolución y tendencia.

-Unidad de Patología: Nº de biopsias y citologías.

-Unidad de Hematología y Hemoterapia: Nº de peticiones analíticas solicitadas con carácter urgente y ordinario. Nº de terapias con derivados hematológicos y las cantidades utilizadas.

-Consultas a Rehabilitación.

CONTROL DE CONSUMOS (Programa SATURNO).

Se monitorizan, comparan tanto en cantidad como en valor económico los artículos y dispositivos que se utilizan en la UCI, en base a la información suministrada trimestralmente por la Unidad de Control de Gestión.

- Marcapasos definitivos, cables e introductores.
- Equipos de monitorización.
- Dispositivos de hemofiltración, diálisis y líquidos.
- Dispositivos de atención respiratoria.
- Equipos de perfusión, sondas y bombas.
- Todos los dispositivos usados en las técnicas analíticas.
- Consumos generales y otros.

CONTROL DE CONSUMOS DE FARMACIA.

Se monitorizan y comparan los consumos y valor de los mismos de los fármacos más costosos que se utilizan en la UCI:

- Consumos en nutrición parenteral.
- Consumos en nutrición enteral.
- Antibióticos: seguimiento especial a los de alto coste y antifúngicos.
- Sueros.
- Antisépticos y desinfectantes.
- Fármacos con actividad en SNC.
- Fármacos de uso infrecuente pero con alto peso económico.
- Fármacos dirigidos a enfermedades hematológicas,
- Fármacos con acción cardiovascular y Trombolíticos. Seguimiento especial a los de alto coste: Trombolíticos.

-Fármacos con acción sobre sistema respiratorio.

9.- MEMORIA ANUAL y PACTOS.

Elaboración de una memoria anual en la que se reflejen todas las actividades de la Unidad de Medicina Intensiva, con análisis comparativo de los datos anuales con los resultados de otros años.

Se contemplan los siguientes parámetros:

- Asistenciales.
- De Gestión.
- De Organización.
- Conocimiento y Control de Consumos: Suministros generales, fármacos y servicios solicitados a otras Unidades Hospitalarias.
- Formativos, docentes, publicaciones, investigación.
- De posibles innovaciones.
- Otros.

ARCHIVO Y TRATAMIENTO DE DATOS.

Historia clínica general JIMENA.

Archivos convencionales en papel de todos los pacientes que ingresan en UCI. Con control múltiple.

Historia-documento interno de UCI de pacientes con marcapasos, Holter y Dais para paso de consulta.

Archivo digital de Marcapasos.

Archivos digitales en HC electrónica Jimena.

Archivo General del Hospital.

Ordenadores propios de la Unidad de Cuidados Intensivos.

10.- FORMACIÓN, DOCENCIA, INVESTIGACIÓN, CURSOS Y CONGRESOS.

10.1.- DOCENCIA MIR en MEDICINA INTENSIVA: OBJETIVOS FORMATIVOS MIR de MEDICINA INTENSIVA.

La Unidad de Medicina Intensiva del CAS tiene reconocida la Docencia Postgraduada desde 1989. Desde esa fecha se han formado unos 20 médicos con todas las garantías de calidad exigidas por la Comisión Nacional de la Especialidad, se han superado varias auditorías y controles de calidad pertinentes.

Por tratarse de un proceso definido por la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Intensiva y dependiente de la Comisión de Docencia de del CAS, se definen los puntos clave de la misma sin entrar en detalle.

Para la consecución de los objetivos formativos es exigible:

- Permanencia en horario laboral completo en la UCI con responsabilidad progresiva en las tareas y supervisada por la plantilla.
- Visita clínica a los pacientes al menos una vez al día.
- Evaluación sistemática de prioridades diagnósticas y de procedimientos terapéuticos coordinada en un sistema integral de manejo del enfermo.
- Participación activa en sesiones clínicas, anatomopatológicas, bibliográficas, etc.
- Interconsultas con otros servicios.
- Asistencia a cursos teóricos de las instituciones sanitarias y docentes.

- Participación activa en seminarios, simposios y congresos, tanto nacionales como internacionales.
- Participación en la investigación clínica que se desarrolle en su unidad
- Práctica de la docencia a enfermería y otro personal sanitario
- Utilización de la biblioteca, acceso a las bases de datos informáticos etc.

Objetivos de la formación:

Al final del periodo formativo (5 años), el médico intensivista deberá alcanzar al menos:

- Conocimiento teórico global del campo de la Medicina Intensiva.
- Experiencia en una amplia variedad de problemas clínicos y enfermedades habitualmente tratadas en UCI.
- Capacidad para aplicar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos más apropiados en el paciente crítico.
- Dominio de procedimientos médicos y técnicos aplicados en UCI
- Capacidad para cumplir los estándares éticos.
- Capacidad para asumir la responsabilidad completa que implica la asistencia a enfermos críticos.
- Capacidad de integración en el trabajo de equipo.

Este Proyecto Técnico de Gestión de la Unidad de Medicina Intensiva de él CAS, considera de la mayor importancia el mantenimiento de la Docencia y su mejora, de la formación de especialistas en Medicina Intensiva.

10.2.- INVESTIGACIÓN.

-Participación en estudios multicéntricos, de investigación y en proyectos que mejoren la calidad asistencial: ARIAN, ENVIN, RESISTENCIA ZERO y todos los proyectos que aporten conocimiento

y propicien acciones de mejora.

10.3.-PARTICIPACIÓN EN CONGRESOS, REUNIONES. CURSOS.

-Ponencias.

-Moderando mesas redondas.

-Aportación de comunicaciones a congresos.

-Publicación de casos, cartas al director en Revistas de la Especialidad.

-Realización de Cursos que contribuyan a mejorar y estar al día en Medicina Intensiva.

-Colaboración con la GIS en los planes de formación continua.

11.- NUEVOS PROYECTOS.

1º.- UCI extendida o la UCI fuera de la UCI.

La detección precoz de pacientes, en todas las áreas del hospital, que puedan beneficiarse de un control más estrecho en planta convencional del hospital, tomando las medidas oportunas antes de que la situación clínica del paciente alcance un deterioro que impida ó dificulte la recuperación.

Ingreso precoz en Cuidados Intensivos de pacientes con el fin de abordar precozmente las alteraciones fisiopatológicas que puedan ser tratadas en UCI con el fin de disminuir o paliar la morbimortalidad.

2º.- Aplicación de la interconexión informática entre laboratorio y las distintas Unidades y concretamente con la UCI, de programas de

detección de pacientes con alteraciones analíticas predictoras de fallos orgánicos graves, que facilitarían la detección precoz de pacientes que se beneficiarían de una intervención precoz de la Unidad de críticos.

3º.- La aparición de nuevos dispositivos implantables, para el tratamiento de arritmias cardíacas y que con nuestro equipamiento y la preparación de los profesionales, posibilitan que nuestra Unidad aborde en el futuro estas terapias.

4ª.- Posibilidad de implantar dispositivos de Resincronización cardíaca.

4º.- La instalación de un programa informático ICCA, previsto desde hace 2 años y aún pendiente posibilitaría una gestión mucho más eficaz de la ingente información registrada de nuestros pacientes para mejorar en calidad y seguridad.

5º.- La entrada en vigor del sistema de Codificación de diagnósticos CIE 10, que considera por 1ª vez a las UCIS como Unidad integral de atención a pacientes, y no como Unidad intermedia, mejoraría la calidad de la información que genera la atención del paciente crítico en la UCI.

12.- ALIANZAS Y POSIBLES COLABORACIONES.

Dentro del marco legal y ético que regula las relaciones entre las Unidades y profesionales médicos del SACYL, se establecerán todas las colaboraciones que aporten valor y progreso a la Unidad de Medicina Intensiva del CAS con las instituciones, empresas y organismos.

13.- MAPA DE PROCESOS:

1º.- HOSPITALIZACIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS.

2º.- FLUJOGRAMA DEL PROCESO.

14.- BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Medicina Crítica Práctica. Gestión Estratégica en Medicina Intensiva. J. Roca Guiseris y J. Ruiz Moreno. Ed. Edikamet.
- 2.- Código Ético. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias.
- 3.- Indicadores de Calidad en el Enfermo Crítico. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Fundación Avedis Donabedian.
- 4.- Medicina Intensiva Práctica. La UCI como centro de Responsabilidad, Planificación y Control. R. Abizanda Campos. Ed. Idepsa, Semiuc 1998.
- 5.- Incidentes y eventos adversos en Medicina Intensiva, seguridad y riesgo en el enfermo crítico. Syrec 2007, informe mayo 2009. Publicado por Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- 6.- GIS. Memoria 2013-2014-2015.
- 7.- Plan Estratégico 2015-2020 de la GIS.
- 8.- Memoria de la Unidad de Medicina Intensiva 2014 del CAS.
- 9.- Estándares de acreditación. Servicios de Medicina Intensiva. Fundación Avedis Donabedian. Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears. 1997. Ed. Viena Serveis Editorials, SL.
- 10.- Especialidades Médicas. Medicina Intensiva, nº 21. Organización Médica Colegial. Editado por el Consejo General de Colegios Médicos de España.
- 11.- Guía para la coordinación, evaluación y gestión de los servicios de Medicina Intensiva. Insalud, Servicio de Documentación y Publicaciones. 1997.

- 12.- la Medicina Intensiva en España. Origen y Desarrollo. Pablo Torrabadella de Reynoso y Jordi Klamburg Pujol. SEMICICYUC. 2011. Ed. Edikamed
- 13.- Tratado de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. Shoemaker, Thompson, Holbrook. Ed. Panamericana.1985.
- 14.- Cuidados Intensivos. P. Lawin. Ed. Salvat. 1979.
- 15.- The ICU Book. Third edition. Paul Marino. Ed. Lippincott Williams and Wilkins.
- 16.- Libro de texto de Cuidados Intensivos. R.J. Ginestal. Ed. ELA-ARAN.
- 17.- Tratado de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. 4ª edición. Shoemaker. Ed. Panamericana.
- 18.- Procedimientos técnicos en Urgencias, medicina crítica y pacientes de riesgo. A. Quesada, J.M. Rabanal. Ed. ERirgon.
- 19.- El paciente agudo grave. Instrumentos diagnósticos y terapéuticos. Manuel Tejeda Adell. Ed. Masson.
- 20.- Medicina Intensiva. Irwin and Rippe. Ed. Ed. Marban.
- 21.- Libro de Cuidados Intensivos. José Eugenio Guerrero sanz. Hospital General universitario Gregorio Marañón.
- 22.- Terapia Intensiva. 5ª edición. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva.