

Gaceta Médica de México

Volumen
Volume **140**

Número
Number **2**

Marzo-Abril
March-April **2004**

Artículo:

IV. Áreas críticas

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Academia Nacional de Medicina de México, A.C.

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

IV. Áreas críticas

Isauro Gutiérrez-Vázquez*

La creciente demanda de pacientes con patologías agudas que ponen en peligro inminente la vida, un órgano o su función y la necesidad de optimizar la atención oportuna y eficiente de este grupo de pacientes generó la necesidad de fortalecer la estructura orgánica del hospital mediante la creación de la Subdirección de Áreas Críticas en octubre de 1999 que coordina, supervisa y evalúa las actividades médica-quirúrgicas y administrativas que se llevan a cabo en cada uno de los departamentos que la integran que son: urgencias de adultos, urgencias en ginecoobstetricia, urgencias en pediatría y terapia respiratoria.

Los primeros documentos que se refieren al tratamiento de las heridas se remontan al antiguo Egipto, el papiro de Edwin Smith que copia otro del año 3000 AC. y el papiro de Ebers de 1500 a.C. Hipócrates (460 años AC.) describió la diferencia entre la curación o cierre primario y el secundario de las heridas, haciendo especial énfasis en el lavado de manos y uñas, así como el uso de agua pura o hervida. En el siglo XII los médicos que aportaron buenos métodos para el tratamiento de las heridas fueron Hugo de Lucka, su hijo y alumno Tedorico y Henri De Mondeville. Ambroise, Pare en el siglo XVI, renovó el uso de la ligadura hemostática que había sido utilizada por la escuela Alejandrina 1800 años antes. Fue hasta el siglo XIX cuando Semmelweis, Pasteur, Lister, Morton, Koch y Halsted con sus aportaciones sobre asepsia, antisepsia, uso de guantes quirúrgicos, uso de seda quirúrgica, instrumental más adecuado, uso de óxido nitroso y éter cloroformo, y conocimientos sobre bacteriología, dieron un vuelco histórico al tratamiento quirúrgico de las enfermedades y, por consiguiente, de las urgencias quirúrgicas.

El primer antecedente histórico en México relacionado con urgencias referido como hospital de sangre, fue la conversión del antiguo convento de San Pablo en hospital, para recibir a los heridos durante la guerra de intervención con los Estados Unidos de América en 1847, éste es ahora el Hospital Juárez del Centro y cuenta con 142 años de funcionamiento. La Cruz Roja Internacional funciona en la ciudad de México aproximadamente desde 1908, y en 1938 se crearon los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal. El Sanatorio Hospital "Dr. Manuel Gea González" fundado en 1947, transformado en Instituto Nacional de Neumología en 1952 y hace 30 años en hospital general, tuvo su primer cuarto de urgencias en 1976.

El Hospital General "Dr. Manuel Gea González" brinda atención médica fundamentalmente de segundo nivel y, en algunas áreas específicas, de tercer nivel a población abierta que la solicita, siendo el área de urgencias una de los de mayor demanda, pues representa un importante aporte de pacientes a todas las áreas de hospitalización y proporciona, por ello, la posibilidad de interrelación profesional con prácticamente todas las ramas médicas con que cuenta el hospital. Dadas éstas características generales, el área de urgencias proporciona un campo importante para el ejercicio profesional del personal médico y paramédico, además de brindar un espacio de docencia, situación que fue reforzada a partir de 2001 con el inicio de la Especialidad en Urgencias Médico-Quirúrgicas con el Instituto Politécnico Nacional.

En la figura 1 se muestra el número total de pacientes atendidos anualmente de 1993 a 2001. Como se puede observar existe un incremento constante de pacientes que son atendidos, lo que repercute en un aumento aproximado del 10% sobre la meta programada. En el área de observación de adultos se recibieron 6279 pacientes en el 2000, de los cuales 54% fue de mujeres, destaca que, debido a sobresaturación, 68% de los pacientes fue enviado a su domicilio, después de haber sido atendido, con indicaciones precisas para continuar su manejo en la consulta externa o en centros de salud. Aunque en 2001 se recibieron 5580 pacientes, aproximadamente 12% menos que en el 2000, la tasa de ocupación continuó elevada en 27%. Estos pacientes son atendidos en las 12 camas del área de urgencias médica quirúrgicas, las cuales son a todas luces insuficientes (Figura 2).

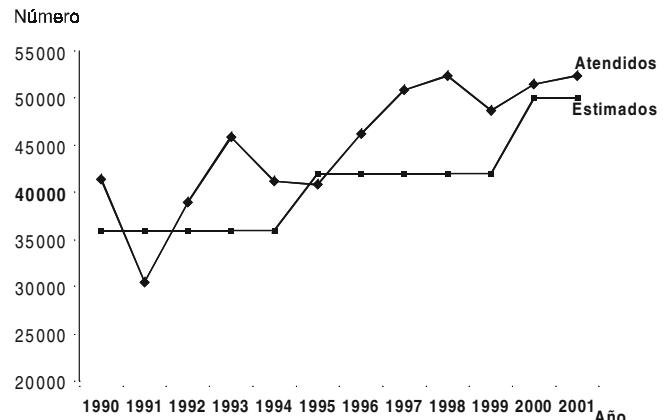


Figura 1. Pacientes atendidos en urgencias por año.

* Subdirector de Áreas Críticas. Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

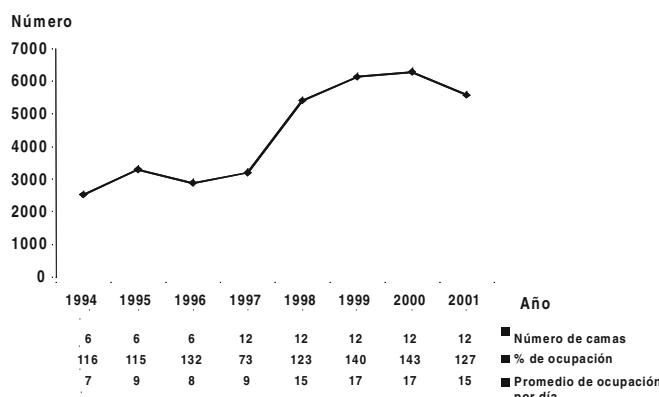


Figura 2. Ingresos al área de observación de urgencias adultos por año

El servicio de inhaloterapia inició sus labores en 1987, a partir de 1989 se reciben pasantes en servicio social y desde entonces se han formado varias generaciones. Ante la creciente demanda de pacientes con problemas pulmonares que ameritan de atención oportuna, en el 2000 se creó el Departamento de Terapia Respiratoria lográndose una mejoría en el servicio al contar con siete técnicos en inhaloterapia y 11 pasantes, lo que permite una cobertura, en los tres turnos, los 365 días del año. En el 2001 se dieron 23,092 tratamientos en las diferentes modalidades, lo que representó en promedio 66 tratamientos por día (Cuadro I).

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) inició sus labores en 1980, siendo Director General el doctor Fernando Ortiz Monasterio. La finalidad más importante

de esta unidad es atender a pacientes en extrema gravedad que tengan posibilidad de recuperación, así como la atención de pacientes con cirugía de alto riesgo. En un inicio la UCI contaba con cuatro camas y desde su inauguración se establecieron rotaciones de médicos residentes de la especialidad de Medicina Interna. En 1991 se colocó el primer catéter de Swan-Ganz para el monitoreo del gasto cardíaco y otras constantes hemodinámicas, lo cual permitió una vigilancia hemodinámica más estrecha, favoreciendo la elaboración de protocolos de estudio en pancreatitis y toxemia del embarazo. En 1996 fue inaugurada la nueva UCI con capacidad para atender a seis pacientes en estado crítico, recibiendo en el año de 1999 un apoyo sin precedentes al lograrse el equipamiento total con tecnología de punta.

La figura 3 muestra el ingreso de pacientes a la UCI representando un porcentaje de ocupación en los dos últimos años por arriba de 85%, con promedio de hospitalización por día de uno a dos pacientes, contando actualmente con seis camas.

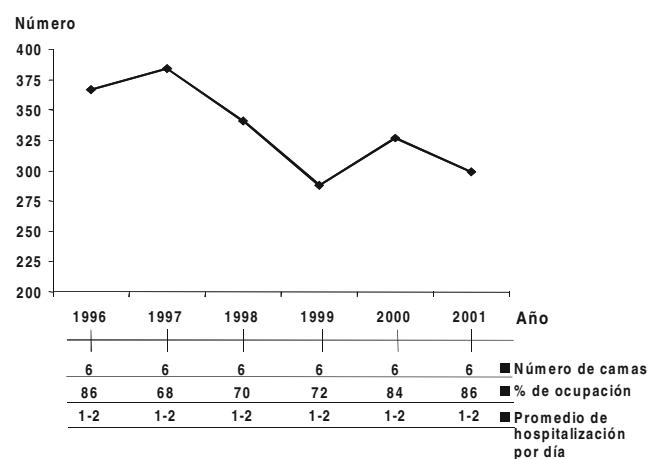


Figura 3. Ingresos al área de terapia intensiva por año

Cuadro I. Tratamientos de terapia respiratoria en el 2001

Tratamiento	Pacientes	Procedimientos
Apoyo ventilatorio		
Ventilación Volumétrica	450	464
Ventilación de Presión	253	265
Subtotal	703	729
Humedad y terapia de aerosoles		
Nebulizaciones	856	11353
Micronebulizaciones	125	575
Humedad ultrasónica	976	9599
Subtotal	1957	21527
Rehabilitación pulmonar		
RPPI	87	261
Inspirometria Insertiva	179	575
Subtotal	266	836
Total	2926	23092

Las principales causas de morbilidad motivo de ingreso en la UCI están representadas por: toxemia del embarazo, cetoadicosis diabética, estados postoperatorios, pancreatitis aguda, infarto agudo de miocardio, choque hipovolémico y choque séptico. Las infecciones son de gran importancia en la UCI, las neumonías son la principal causa de sepsis con microorganismos como *Acinetobacter*, *Staphylococcus aureus* y *Pseudomonas aeruginosa*.

Finalmente es importante destacar la labor realizada por cada uno de los integrantes de nuestra subdirección cuyo empeño y dedicación ha hecho posible cumplir con un objetivo de nuestra institución, la atención oportuna del paciente en estado crítico.