

**PLAN PROYECTADO  
QUINQUENIO  
2016 – 2021**

## Introducción

Hay dos puntos importantes a expresar como inicio. En primer lugar, nuestro Plan para el próximo quinquenio está en línea con los planes establecidos desde el principio, es decir desde que los planifiqué al principio de mi Go 5 académico, pero al mismo tiempo, será una continuación con lo realizado en estos últimos 3 años

En segundo lugar, vivimos justamente un momento especial de la historia de nuestro Hospital ya que la Dirección, el Cuerpo Docente y los Trabajadores del Hospital han convenido en un Proyecto de Refuncionalización del mismo, que lo reposicione en el sitio protagónico y de excelencia en la asistencia, docencia e investigación en nuestro país. Este Proyecto que por otra parte, ha sido ratificado por las máximas autoridades de la UDELAR, genera naturalmente incertidumbres futuras; desde su financiación así como el tiempo que demorará hacerlo realidad.

A pesar que soy ferviente defensor de este Proyecto que modernizará al hospital y lo pondrá a tono con el mundo actual y sus necesidades, ello no deberá distraernos que hay mucho por hacer y mejorar desde nuestro lugar, y el empeño, la dedicación y el esfuerzo por un Nuevo Hospital futuro, no debería ni paralizar ni menoscabar nuestra acción, hoy y aquí. Soy consciente del riesgo que se corre. Al luchar por un sueño, a veces puede quedar sin sentido la lucha del presente. No es admisible, y seré celoso vigilante que ese "sentir" no aparezca en nuestro servicio y en ninguno de sus integrantes.

Como siempre la Planificación se hace en las 5 áreas: Docente-Académico, Asistencial, Investigación –Tecnológicas, Gestión y Extensión.

## PLAN DOCENTE – ACADEMICO



El esquema superior señala las 3 áreas principales en que desarrollamos nuestro plan docente-académico.

Respecto al Posgrado se ha avanzado mucho en este último quinquenio en la evaluación y seguimiento del posgrado. (Ver material de Actividades y Apendix). Teniendo en cuenta nuestra población objetivo (Ver cuadro abajo) nos planteamos en este próximo quinquenio las siguientes metas a alcanzar:

### Población Objetivo

- 142 posgrados  
(Residentes:58, posgrados no-residentes:34, rezagados:50)
- 12 centros receptores
  - Clínicas
  - CTI Paysandú
  - CTI Tacuarembó
  - Americano
  - Policial
  - Militar
  - SMI-IMPASA
  - Casa de Galicia
  - Española
  - Maciel
  - Pasteur
  - Español
- Reunión bianual con los “coaches”

**1. Restrucción General del Curso de Posgrado Incluyendo su duración.** Hay 3 razones principales que nos han llevado al planteo de re-estructura profunda: 1) La experiencia recogida por mí, y ratificada por otros miembros del staff de la cátedra durante las pruebas finales de los posgrados. Allí se ha repetido con mucha frecuencia un déficit claro en la formación que nos debe hacer replantear nuestro método de enseñanza. 2) La temática de la Medicina Intensiva se ha ido expandiendo año a año. Cuando empezó hace más de 40 años era solo una medicina cardiorrespiratoria, pero con los avances en las especialidades, en las técnicas invasivas y semi-invasivas, los progresos en hematología, la trasplantología, cualquier cirugía de riesgo, las enfermedades autoinmunes, la inmunodepresión, etc., puede decirse que hoy su área es prácticamente toda la medicina en la medida que haya riesgos de vida. Cada semestre, la regla es tener que agregar más y más temas al programa. 3) Es bastante frustrante para nuestros posgrados diplomados ver que su título no tiene validez ni siquiera en la región y mucho menos a nivel internacional y en especial por la simple duración del curso.

Tomando en cuenta estas motivaciones pensamos que una re-estructura profunda se impone que incluya: 1) una enseñanza no solo basado en programas

## **Re-Estructuración del Posgrado**

- **Meta:** complementación de modelos

Basado en  
**Programas**



Basado en  
**Competencia**

# Competencia

Una habilidad observable del profesional de la salud que integra múltiples componentes tales como conocimientos, habilidades, valores y actitudes

La habilidad de hacer algo de forma exitosa y satisfactoria

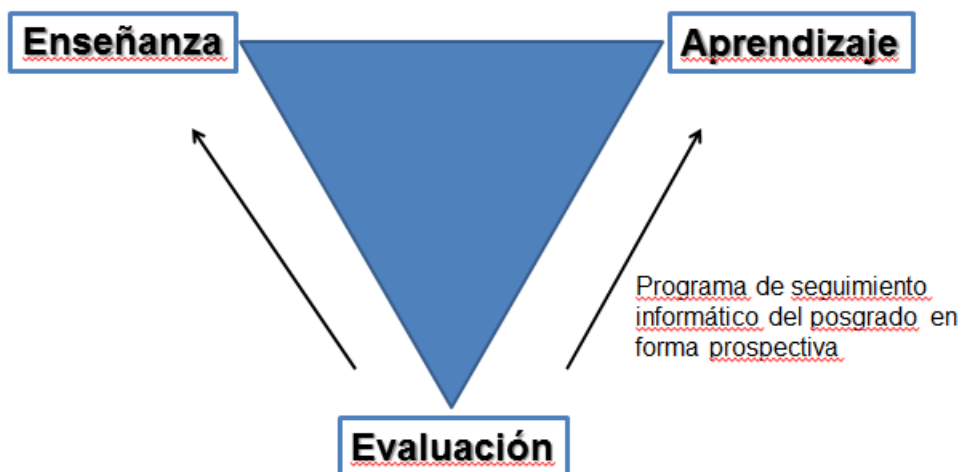
sino en competencias como muestra el diagrama. A modo de ejemplo competencias en Medicina Intensiva serian: a) Reposición del Shock Hemorrágico, b) Instalación de la ventilación mecánica c) Como tratar un shock séptico y cuando éste se hace refractario? d) cómo se maneja en la práctica una drenaje ventricular externo e) como se coloca un paciente en ventilación no invasiva? Etc. Es decir hace referencia más que nada a la aplicación práctica directa del conocimiento en una acción específica. Estas competencias podrían ser conferidas en el último semestre como remate final de la formación o podrían ser incluidas en los semestres correspondientes. Podrían también ser el objetivo de talleres interactivos. Todo ello sería materia de discusión. 2) un plan que dure 4 años que sirva para desconcentrar la temática y "alinear" nuestro posgrado a nivel internacional, y 3) una mayor presencia de la catedra "fiscalizando" la formación de los posgrados en el último año antes de la prueba final, y en especial en su formación práctica.

Un grupo de posgrados problema han sido frecuentemente los que no pasan por nuestro centro y que muchas veces recién conocemos durante la prueba final. A ese grupo podríamos objetivar y en este plan futuro considerar su pasantía transitoria por nuestra unidad en el último año.

Todo esto que presentamos acá en una versión muy esquemática y sucinta que debe ser sometido a una profunda discusión interna en nuestro servicio en una jornada donde discutamos abiertamente con todos los integrantes del staff. Habra que hacer una o dos jornadas de discusión interna antes de establecer el nuevo curso de posgrados. En una 2ª instancia y ya con un programa elaborado una presentación frente al resto de los actores involucrados.

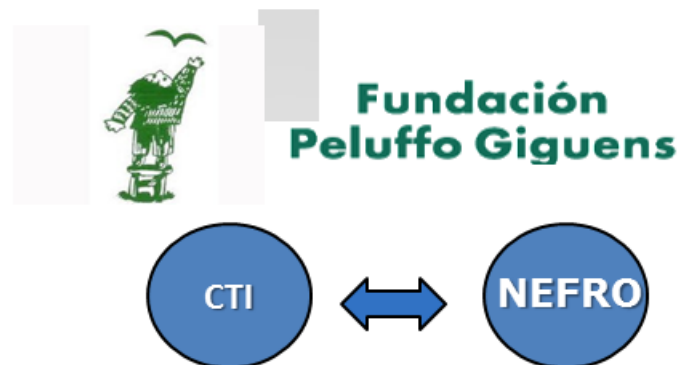
Hemos contactado ya con la escuela de Posgrados y sus principales autoridades a efectos de interiorizarnos de los pasos a dar en ese sentido.

**2 Evaluación en ambos sentidos, como muestra el esquema debajo.** La evaluación docente es también un aspecto importante que debemos encarar en el quinquenio.



3. **Profundizar el curso de Medicina Intensiva de Pregrado** después de hacer las primeras experiencias de este año 2016
4. **Apoyar en forma docente la Especialidad en Enfermería desde la misma Catedra de Medicina Intensiva .**
5. **Avanzar junto con el CMU en el proceso de recertificación de los especialistas.** Apoyar directamente desde el punto de vistas docente el proceso de recertificación en sus diferentes instancias.
6. **Creación de un Portal Docente en nuestra página web, ya en rápido desarrollo actual.**
7. **Desarrollo del centro de Teleconferencia del Piso 14.** En Conjunto con la Cátedra de Nefrología y la Fundación Peluffo-Giguens replicar y modernizar el Centro de Piso 6. Las aplicaciones de un centro con estas características son innumerables ; desde llevar nuestras actividades a varios puntos del interior , asi como realizar teleconferencias desde el extranjero así como interconsultas. Nuestro Proyecto ha sido presentado a la Fundación Manuel Quintela a efectos de obtener donaciones para su ejecución.

## ■ Centro de Telemedicina del Piso 14



- ❖ Transmisión de actividad docente a varios centros del país
- ❖ Recepción desde cualquier parte del mundo.

- Jornadas de Actualización Anuales.** Aparte de ser instancias de actualización para los especialistas, y posgrados son instancias para que docentes jóvenes de Cátedra adquieran experiencia en la presentación con ayuda audiovisual lo que es de enorme importancia en el futuro de ellos.
- Cursos Online Anuales o Bienales** de acuerdo al resultado y evaluación que hagamos del Curso Update del Paciente Crítico actual , organizado con Evimed. Estamos explorando estas nuevas formas de Enseñanza que pueden ser modelos a seguir y desarrollar en el futuro. La idea inicial que vamos a ensayar a la brevedad es comenzar con la Jornada de Actualización Presencial, en cual filmamos un par de presentaciones que servirán como puntapié inicial del curso online que durará varias semanas.
- Fomentar y continuar con las pasantías personalizadas de integrantes de nuestro servicio por centros del extranjero,** a efectos de adquirir experiencia en técnicas avanzadas que pueden tener impacto docente y asistencial.
- Esfuerzo Editorial planificado para el Próximo quinquenio;**
  - Libro de Bioética (en proceso)
  - Libro de Maniobras Técnicas y Procedimientos (en proceso)
  - Nueva edición del Libro de Protocolos

- d) Libro de Semiología del Paciente Critico
- e) Libro de Medicina NeuroIntensiva

## **12. Subespecialidades y Diplomaturas en el seno de la Medicina Intensiva**

A desarrollar en el futuro



# PLAN ASISTENCIAL

El CTI de Piso 14 es el área asistencial de la Cátedra de Medicina Intensiva

## Asistenciales

### Ampliación del Servicio

- Unidad de Descarga → Sala 4
- CTI extramuros

### Informatización total

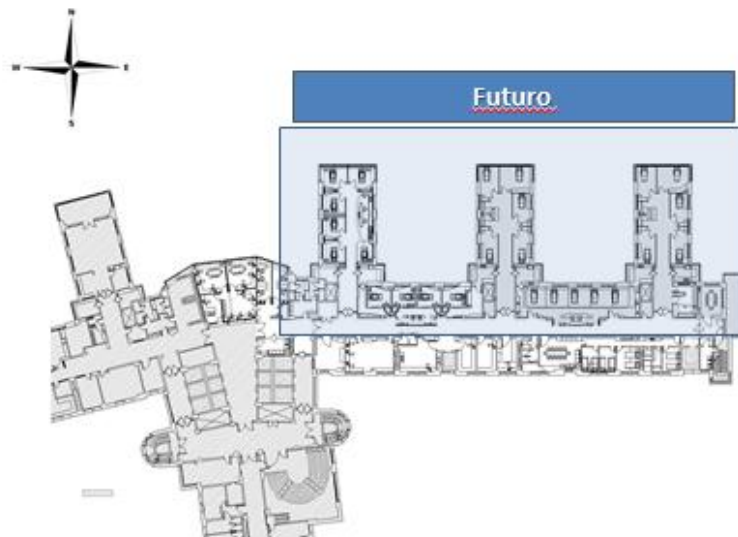
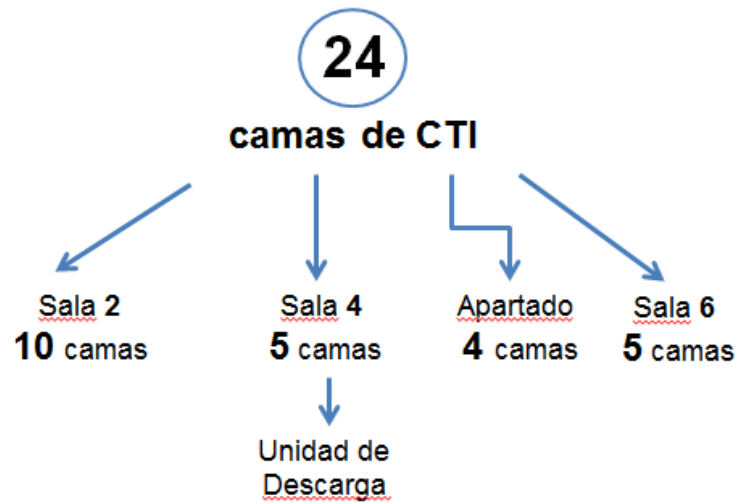
- Informatización de la información
- Informatización de las indicaciones

### Otras mejoras

- Potenciar la reunión Clínica del Mediodía
- Posta de Laboratorio en Piso 14
- Terapia Física

**1. Ampliación del Servicio.** Independiente del Proyecto de Refuncionalización del Hospital resulta imperioso la ampliación del número de camas de Medicina Intensiva y Cuidados Intermedios . Esto no puede esperar la concreción e implementación de dicho proyecto y debería ponerse en marcha sin demoras. Sin embargo debo reconocer que de todos los objetivos puestos como meta en el quinquenio pasado ha sido el único en que no se ha podido avanzar un ápice. Como queda referido en la sección de actividades es cierto que varios intentos fueron hechos en este período pero todos ellos han sido frustrados.

## ■ Ampliación del Servicio



De todos estos intentos fallidos de ampliación hemos reconocido con claridad que de los varios obstáculos que se oponen a esta decisión y el que torna definitivamente en el factor limitante absoluto es la adquisición de personal de enfermería en especial de auxiliares de enfermería necesarios. Desde hace años el CTI del Clínicas es una unidad formadora de recursos humanos de enfermería, pero que una vez formados suelen irse a otros centros

atraídos por mejores retribución económica, por lo que la sangría es constante y atenta directamente contra cualquier intento que se haga para crecer en el área asistencial.

**Cuáles serían las vías de solución?** En primer lugar tratar de conservar al máximo el personal formado y en esto habría dos acciones posibles: a) hacer más atrayente el régimen de guardias del CTI del Clínicas para el personal de enfermería por ej.; con horarios más extendidos con mayor número de libres, el pasaje a este régimen podría ser voluntario incluso, (se podría contar con personal en distinto régimen horario, lo que también puede ser ventajoso al mantener la continuidad y comunicación de la asistencia) y b) mejorar la retribución personal de algún modo y alinearla con las retribuciones a nivel nacional y mutual. Por otra parte hay un problema nacional: que es la carencia nacional de personal de enfermería probablemente por varios motivos pero principalmente por la noción divulgada de su mala retribución, su labor muy sacrificada, su régimen laboral de guardias que no respetan fines de semana y su pobre reconocimiento social. Es un problema nacional que desborda ampliamente nuestras posibilidades, pero el diagnóstico está hecho y es claro que sin solucionar esto no podremos crecer. Hay otros factores también que juegan pero serían todas solucionables en especial si el crecimiento planificado se hace progresivo.

**2. Unidad de Descarga.** Uno de los problemas fundamentales que tenemos con los pacientes del CTI es la dificultad de su descarga cuando han mejorado pero aún requieren cuidados, ya que la unidad de Cuidados Intermedios del Piso 8 tiene sólo 8 camas. Esto se ha ido agravando con el tiempo lo que actualmente explicaría la merma actual de asistidos en lo que va en los primeros 6 meses de este año 2016: 144 pacientes. Una posibilidad rápida de aumentar la disponibilidad de cama en Medicina Intensiva del Hospital sería contar con una Unidad de Descarga propia en nuestra Sala 4. La factibilidad de una unidad con estas características es más alta, pues los requisitos de personal serían menores y habría disponibilidad actual de equipamiento. Por otra parte esta Unidad se podría abrir con 2 o 3 camas en una primera instancia.

Creemos que la Unidad de Descarga es la vía más rápida para empezar a crecer y podría tener un efecto dinamizador del servicio.

### **3. Medicina Intensiva fuera del CTI. (Extramuros)**

Esta iniciativa que ya hemos iniciado este año es independiente conceptualmente del concepto de ampliación del servicio. Tiene que ver más con el continuum asistencial que debe asegurarse a los pacientes ingresados a un centro\*. Su fundamento es que el

número de camas "intensivas" de las Unidades son constantes y entonces cuando se producen "oleadas" de enfermos críticos como suele ocurrir en la temporada invernal (pero puede ocurrir en cualquier momento en forma esporádica) puede estar bloqueado su acceso a la unidad intensiva por lo que puede ser necesario asistir estos enfermos fuera de las Unidades por un tiempo variable. El involucramiento del intensivista como consultante y planificando la estrategia terapéutica de estos enfermos tiene impacto directo en el resultado. Hay experiencia en este sentido a nivel internacional, incluso en países de altos ingresos como Inglaterra e Italia\*

Por otra parte no hay responsabilidad del punto de vista médico-legal al intensivista actuante sin los medios ni el personal adecuado, ya que la responsabilidad en esta situación recae sobre el sistema que muestra sus déficits. Precisamente, lo contrario sí, podría ocurrir, es decir, podría haber responsabilidad en caso de que el intensivista se niegue a concurrir a esas áreas fuera de su unidad.

Dado que ASSE tiene 1.200.000 usuarios la demanda de cama intensiva es permanente y el recurso limitado y como nuestro hospital no tiene una población a asistir bien delimitada la situación de pacientes críticos fuera del CTI es una situación prácticamente crónica por lo que esta función será necesaria permanente en el tiempo.

La función recae sobre todo el servicio, pero será ejecutada por los Go 3 del servicio, lo cual será rotativo entre ellos.

Es función del Cargo Extramuros:

- a) Seguir la evolución de los pacientes dados de alta del CTI durante la semana previa.
- b) Efectuar el triage de los enfermos graves o potencialmente graves que están en el Servicio de Emergencia, Cuidados Intermedios y Unidad de Recuperación Pos-anestésica

---

\*Izhakian S, Buchs AE.Characterization of Patients who were Mechanically Ventilated in General Medicine Wards. Isr Med Assoc J. 2015 Aug;17(8):496-9. Cabrini L, Landoni G, Antonelli M, Bellomo R, Colombo S, Negro A, Pelosi P, Zangrillo A Critical care in the near future: patient-centered, beyond space and time boundaries. Minerva Anestesiol. 2015 Oct 16. Hillman K, Chen J, Aneman A.Continuum of hospital care: the role of intensive care. Curr Opin Crit Care. 2010 Oct;16(5):505-9.

c) En coordinación con los colegas que dirigen estas áreas, deberá establecer las principales medidas terapéuticas a seguir mientras los pacientes aguardan ingreso a unidades de medicina intensiva, cuando dicho ingreso se considera indicado. La ejecución de esta tarea por los Go 3 puede ser realizada acompañados de residentes o posgrados de la especialidad a efectos de impartir docencia directa sobre una población de pacientes que en su conjunto puede ser bastante diferente a los pacientes ya ingresados en unidades de cuidado crítico.

Creemos interesante: a) llevar un registro de estos pacientes y de esta actividad b) generar con el tiempo y el número de pacientes asistidos un protocolo de acción para esta situación c) ya que es una área nueva dentro de la Medicina Intensiva también podría ser pasible de estudios epidemiológicos y de investigación que nos ayuden a conocer mejor este escenario.

### ■ Ampliación del Servicio



**4. Recurso humano médico y de enfermería.** Como ya ha sido señalado previamente el recurso humano es el factor limitante de todo crecimiento planificado. El recurso humano de enfermería de licenciadas y en especial de auxiliares es el cuello de botella que limita y limitará la expansión del servicio. Las tácticas que se

han empleado hasta el momento no han logrado detener la "sangría" constante en este rubro. Creemos que es tiempo de re-estudiar conjuntamente nuevas estrategias al mismo tiempo de seguir bregando por lo menos igualar los salarios con los de ASSE (igual función, igual salario).

Debe agregarse problemas que han empezado también y van in crescendo en el recurso humano médico con mucha dificultad para la cobertura de guardias. Este punto ha sido detectado en los últimos años y un análisis inicial arroja que los bajos salarios y la alta carga laboral son los factores que la subyacen. La igualación de salarios y la petición de mayor número de residentes asignados al servicio son metas bien establecidas a conquistar en el futuro

**5. Informatización y digitalización del servicio.** Mucho es lo que se ha avanzado en esta área desde que comenzó a trabajar el Dr Leandro Moraes con el Ing Carrau del DPI. Sin embargo hay todavía puntos para alcanzar como se señaló en la sección actividades

**6. Mejoría en la Comunicación.** Muchos de los errores que ocurren durante la asistencia diaria de los enfermos críticos tiene su origen en disgregación de la información con pérdida de datos esenciales. Actualmente 10 pacientes críticos generan una gran cantidad de información que en una proporción determinada se pierde o se distorsiona en el tiempo. La informatización progresiva del servicio , la instalación de puestos de enfermería informatizados , la presencia de la licenciada Jefa de Enfermería Subrogante Bettina Lopez (o quien la sustituya) en forma constante y sistemática en la reunión clínica del mediodía van en línea de paliar los problemas de comunicación. Hay 3 elementos más que consideramos pueden ser útiles para mejorar los problemas de comunicación y hacer más efectiva y ejecutiva la asistencia:

- a) Estandarización de la Reunión Clínica del mediodía. La reunión clínica del mediodía es sin dudas el pivóte asistencial del servicio. Una formalización tendiente a hacerla sistemática en su funcionamiento y regulada por tiempo podría hacerla más corta y efectiva.
- b) Estandarización del Pase de Guardia de Mañana. Información informatizada bien procesada y precisa podría sistematizar el pase de guardia y hacerlo ágil y corto. Esta acción ya ha empezado a testarse actualmente.

c) La presencia de los Go 3 del servicio, con visión longitudinal en estas dos instancias señaladas y siguiendo de cerca los tratamientos de los enfermos cumplen un rol importante en mantener la comunicación.

**7. Terapia Física.** Una carencia muy importante de nuestro servicio es la escasez de terapia física y por consiguiente de fisioterapeutas en el quehacer clínico diario. El reposo es causa per se de enfermedad, máxime en los enfermos críticos donde se ha probado que opera multiplicando la acción negativa de la enfermedad crítica. Se acepta en la Medicina Intensiva de nuestros días que igual número de fisioterapeutas o terapistas físicos debe haber por turno y por número de pacientes que de personal médico en una unidad. En el último quinquenio hemos tenido reuniones con el Lic Panel encargado de esta licenciatura y el nos ha planteado como salida de esta situación que reconoce muy desprovista, la Diplomatura de Fisioterapia en Medicina Intensiva a desarrollarse en nuestro centro de Piso 14. De esta manera estos fisioterapeutas a la vez que hacen la diplomatura cumplen la función faltante. Se planteó que intensivistas y fisiatras deberían sentar las bases y el programa a desarrollar en esta diplomatura. Comenzaron reuniones entre el Dr Pracca (Go 3 del servicio) y el Dr Amilivia (Go 3 de Fisiatría que además es intensivista diplomado) para diseñar el programa a presentar al Licenciado. Creemos que es esencial en el próximo quinquenio dar los pasos necesarios para concretar esta adquisición que a esta altura se ha vuelto prácticamente una omisión.

**8. Constitución de Equipos o Teams especializados en distintos tópicos de la Medicina Intensiva.** Estos grupos pueden tener un beneficio directo en la asistencia pero tienen además un efecto importante en docencia e investigación. A saber, en Enfermería: a) Equipo de Heridas, úlceras de presión y ostomías. Impulsaremos la creación en el hospital del grupo de cuidados de Úlcera Por Presión (UPP) y Ostomías, en el entendido de que el punto representa un aspecto que es puntuable para la valoración de la calidad de los servicios, al mismo tiempo que representa un rubro de enorme impacto en el gasto. Dentro de los Intensivistas al Grupo Respiratorio de larga trayectoria en el servicio y con un laboratorio con personal docente específico sin compromiso asistencial se le puede sumar: b) Grupo de monitoreo hemodinámico, con equipamiento moderno ya adquirido y otro a adquirir, c) Grupo de vía de aire e intubación difícil y traqueotomía con la utilización de un sinnúmero de técnicas disponibles algunas con la que contamos y

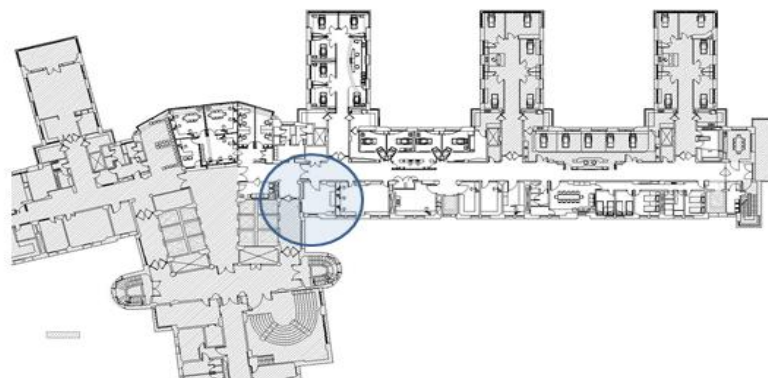
otras que pueden ser obtenidas mediante diversos recursos., d) Grupo de Neuromonitoreo , ya constituido y e) una vieja aspiración de nuestro Servicio ha sido la Unidad de Nutrición del Hospital, de acuerdo al proyecto realizado por el Dr William Manzanares, cuyas bases fueron elevadas por escrito a las autoridades correspondientes pero hasta ahora frustrada.

### 9. Posta de laboratorio en Piso 14

Se planea en el área frente a Sala 2 donde hoy está el gasómetro multiperfil equipar en conjunto con Laboratorio Central y el Cenaque dicha área con equipamiento Point of Care. Constituye el Proyecto de la Agregatura de la Prof Anna Barindelli. Actualmente hay problemas administrativos para llevarlo adelante pero creemos que podrían sortearse. Tener una posta en esa ubicación traería enormes ventajas para el CTI , pero también para los servicios adyacentes: Recuperacion, Ci de Piso 8 y Cenaque. Hay posibilidades que el Instituto Pasteur filial Uruguay pudiera apoyar esta posta fundamentalmente con las técnicas biomoleculares de diagnostico.

## Posta de Laboratorio Central en Piso 14

- ❑ **Proyecto conjunto** de Integración de Lab Central con Lab del CENAQUE
- ❑ **Concepto de Point of Care (POCT)** llevar los test diagnosticos espacial y temporalmente junto al enfermo
- ❑ **Control de calidad** desde Lab central vía la red informática del hospital
- ❑ **Apoyo** a los servicios adyacentes
- ❑ **Venta** de Servicios (?)





# PLAN EN INVESTIGACION

## **Lineamientos Generales**

Es interés personal de apoyar en todo lo que esté en nuestro alcance los 6 grupos de investigación constituidos y presentes en el seno de nuestra Cátedra como fue señalado en la sección de Actividades. Las iniciativas personales de nuestros integrantes también serán apoyadas en la medida que el proyecto corresponda y esté bien fundamentado.

Es preocupación del servicio estimular el interés por la investigación promocionando los investigadores jóvenes, incentivando y facilitando su participación en Cursos sobre diseño de la Investigación y Bioestadística.

Exhortaremos a los líderes de estos grupos a participar en todos los llamados de las dos organizaciones principales financiadoras de proyectos; ANII y CSIC.

Exhortaremos a integrar en la investigación a otros centros de Medicina Intensiva del país en especial los integrados al círculo docente a efectos de mejorar el número de enrolamientos. También es de interés participar en los estudios multicéntricos internacionales.

Estimularemos a generar en cada uno de estos grupos de investigación bancos-incubadores de proyectos, en donde los proyectos no-financiados permanezcan en actividad ya que los proyectos en el banco van sufriendo un proceso de maduración y perfeccionamiento con el tiempo, que se alcanza por 2 vías: a) por intermedio de las comisiones de estas organizaciones que los juzgan y emiten sus juicios respecto al proyecto en los casos de ser rechazados, lo cual debe ser aprehendido por los autores en futuras presentaciones y b) por el avance en el conocimiento médico que va ocurriendo aceleradamente y que irá generando naturalmente ajustes o re-direccionamientos de estos proyectos. De esta manera quedan en condiciones muy buenas para ser nuevamente presentados a un nuevo llamado.

Co-lidero el grupo de Neuroreanimación junto con la Prof Corina Puppo ex Prof Adj del Servicio y actual Prof Agda del Servicio de Emergencia. Próximo a cesar por edad trataremos de conservarla en nuestro servicio como Docente Honoraria dado que se encuentra en el apogeo de su producción científica y que contamos con varios Proyectos de

investigación en curso (Indopet, PPC optima, Presión Crítica de Cierre, etc) que superan largamente su fecha de cese.

### **Laboratorio de Experimentación en Medicina Intensiva**

Creo que un CTI Universitario debería tener un laboratorio de experimentación que abarque las subespecialidades más importantes : 1) Respiratorio 2) Hemodinamico 3) Neurologico 4) Nutricion y Medio Interno.

Desde hace muchos años contamos en el seno de nuestro servicio con el Laboratorio Respiratorio que compartimos con Neumología del Hospital. Tiene personal docente :Go 4 en el nombre de la Prof Agda Dra Criistina Santos , Go 3 Prof Adj Dr Pedro Alzugaray y un Go2 en este momento vacante. Él equipo ejerce funciones docentes internas participando en prácticamente todas las instancias docentes del servicio y externas (Curso anual de Ventilación Mecánica, Apoyo a la Diplomatura de Emergencia) de investigación y apoyo a la asistencia. Tiene también una vertiente experimental que se ha desarrollado en forma intermitente.

Sobre esta base del Laboratorio Respiratorio se plantea armar un Laboratorio Multiorgánico en Medicina Intensiva donde los distintos grupos de investigación clínicos puedan desarrollar trabajos de experimentación ,lo que es muy importante pues muchas veces esto puede funcionar como etapa preclínica de proyectos clínicos posteriores.

### **Proyectos de Investigación**

En la sección de actividades se enumeran los Proyectos del Grupo Neuro que se llevaran a cabo durante este período y en los que participo directamente.

### **Desarrollo e Investigación Tecnológicos**

Los avances tecnológicos que se desarrollan a gran velocidad deben ser evaluados por el medico clínico con buena formación y ecuánime pudiendo formar parte de proyectos de investigación. En una fase posterior pueden formar parte de los recursos técnicos disponibles y como tal, también ser insumos docentes importantes.

Existe la intención de desarrollar proyectos de investigación tecnológicos . Empresas como Biogenesis y Gunther Schaff y eventualmente otras, tienen disposición a desarrollar

emprendimientos tecnológicos que nuestro servicio plantee. Así como desarrollamos conjuntamente la doble vía central (Duocath), la sonda con balón de aspiración subglótica, tenemos ahora

Así tenemos entre otras cosas:

1. Sensor Electrónico de Presión Intracraneana (nacional, a efectos de reducir costos)
2. Sistema de Enfriamiento rápido de tubuladuras de suero para tratamiento de la fiebre e inducción de hipotermia
3. Válvula Suivel para mantener hermético el sistema respiratorio durante la succión de vía aérea
4. Cánula de traqueotomía con aspiración subglótica
5. Sonda de aspiración del árbol bronquial izquierdo
6. El estudio del biofilm y "expeditez" de las sondas y cánulas intratraqueales.
7. Impregnación argéntica de catéteres intracerebrales
8. Otros (que pueden surgir)

Haremos esfuerzos para conseguir un Ingeniero para consulta por lo menos dos veces por semana y nos asesore en informática, investigación y naturalmente en los aspectos tecnológicos. La vía más factible para conseguir esta figura pensamos sea el pase a comisión desde Antel ya que hay funcionarios de Hospital en pase a comisión en el ente. Trataremos de gestionarlo con la anuencia de la Dirección.

# PLAN DE GESTION

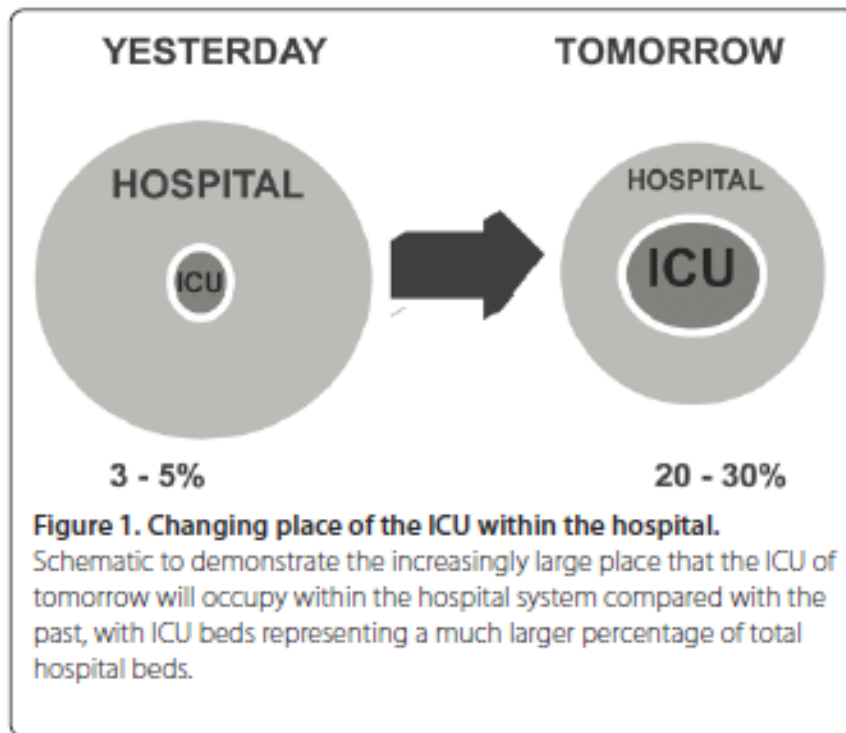
## Generalidades

Es una falacia repetida muchas veces que los hospitales deben ser de una o dos plantas. Muchos de los mejores hospitales del mundo tienen más de 10 pisos y muchos como en Japón y el resto de Asia más de 20 y son modelos a seguir. El Hospital Manuel Quintela es un símbolo del Uruguay y de Montevideo florecientes de la mitad del siglo pasado. En los últimos 30 a 40 años ha entrado en una profunda crisis principalmente por falta de mantenimiento y desfuncionalización progresivas. En esa línea es que apoyamos fervientemente el Proyecto de Refuncionalización del Hospital Manuel Quintela que ya ha sido aprobado por el CDC y todos los colectivos de la UDELAR. En este Proyecto el área de Medicina Intensiva ha sido contemplada especialmente, en un porcentaje de camas intensivas y de cuidados intermedios en importante proporción como demanda hoy día el mundo (Fig 1 , tomada de JI Vincent: ) En una visión moderna el área de la Medicina Intensiva se encuentra rodeada de sus principales proveedores (radiología, sala de operaciones, emergencia, cuidados intermedios) constituyendo todo un núcleo crítico que puede facilitar el funcionamiento. Como ha sido expresado desde el principio, mientras discurre el tiempo y luchamos por este proyecto y su ejecución debemos seguir adelante con nuestros planes.

En varios de los ítems anteriores están implícitas tareas de Gestión Académica, Docente, Asistencial e Investigación. Es función de la dirección disponer de los recursos humanos correspondientes para llevar adelante los planes en las distintas áreas. Es también función de la Dirección distribuir las funciones organizadamente entre los Go3 y Go4 del servicio.

La Gestión Administrativa la superviso con mis dos secretarias: Yoselin Damestoy y desde el 2014 se incorporó la funcionaria Inés Sequeira , que junto con la mensajería

**Fig 1**



Vincent Critical Care 2013, 17(Suppl 1):S2

<http://ccforum.com/content/17/S1/S1>

desempeñada por la funcionaria Martha Olivera llevan adelante la tarea diaria. Hay separación de funciones: mientras Yoselin Damestoy se encarga de los docentes, posgrados, clases, pruebas, cursos, concursos etc, la funcionaria Inés Sequeira se dedica fundamentalmente a la función asistencial, con cobertura de las guardia y su registro en planillas, de asistentes, residentes, posgrados retenes , control de asistencia, licencia reglamentaria y por congresos nacionales y en el exterior.

La interrelación con Enfermería y su staff forma parte de la gestión del Servicio. Reuniones frecuentes con el equipo directriz de Enfermería integrado por la Supervisora del Piso Lic Enf Ana Díaz, Jefa del Sector Lic Enf Verónica Casanova y Jefa Subrogante Bettina Lopez son importantes para coordinar la gestión asistencial de ambos equipos de médicos y enfermería. Siempre surgen detalles para ajustar entre ambos equipos y a partir de esta reuniones se establecen normas y disposiciones dirigidas a la mejora del funcionamiento.

Por otro lado con la Lic de Enf María José Pastrana se gestionan todas las provisiones de fungibles, la compra de nuevos materiales fungibles y de nuevo equipamiento y sus reparaciones encargándose de todos los trámites correspondientes .

## Otras gestiones para mejoras del Servicio

### **Obtención de recursos económicos.**

Uno de las inquietudes que nos ha movido apenas alcanzamos la dirección es la escasez de recursos económicos que nos ahoga trabando las mejoras que necesitamos permanentemente en nuestro accionar tanto en el área asistencial como docente. De esta manera creemos esencial desarrollar un plan para mejorar nuestros recursos económicos. El material docente editado, las jornadas docentes presenciales y offline, la propaganda de la industria dentro de límites aceptables, el estímulo a la industria médica farmacéutica, de equipos y de reactivos a realizar donaciones acogiéndose a la Ley de Fundaciones a través de la Fundación Manuel Quintela con la apoyatura de proyectos son algunas de las fuentes de donde obtener recursos económicos. La participación en proyectos de investigación internacionales puede ser una fuente extra muy importante de obtención de recursos económicos. Para esto debemos: 1) tener los contactos científicos internacionales necesarios , elemento con la que contamos en varias áreas de la medicina intensiva, y 2) aprobar antes , frente a las autoridades internacionales del trial correspondiente, la habilitación del servicio para el trial. Esto nos obligaría a superarnos ya que para obtener esta habilitación hay que mejorar la calidad general del servicio en todos los órdenes. Tenemos experiencia de haberlo hecho en el pasado cuando nuestro servicio y el de Neurocirugía del Hospital se integraron al STASH trial dirigido por un servicio de Cambridge (UK) que investigaba el uso de estatinas como prevención del déficit neurológico diferido en la hemorragia subaracnoidea aneurismática. El Stash redundó en ingresos que fueron usados por el Grupo de Neuromonitoreo para la adquisición de tecnología.

### **Mantenimiento y Reforma Edilicia**

Se considera prioritario el mantenimiento de las Salas 4 y 6 ante una eventual apertura. Están cerradas pero mantenemos visitas regladas con el staff de enfermería y el servicio de mantenimiento en el nombre del Ing Burghetto con la idea de salvaguardar el estado general de su mobiliario y conservar su higiene.

Al mismo tiempo deseamos recuperar la sala de reuniones antigua en el extremo Este del piso que estaba hasta hace poco siendo usada como depósito. Además de desocuparla y

realizar su reparación (cosa que me consta ha empezado) también deberíamos retirar los contenedores de basura que están siendo apostados enfrente y ubicarlos en la pieza donde estaba el calefactor central que fue retirado. Para hacer esto es necesario una pequeña modificación edilicia que ya ha sido hablada con mantenimiento y el Ing Burghetto.

Mantenimiento y mejoras del Anfiteatro de Piso 14, que compartimos con la catedra de Nefrología. Planteamos cañon fijo, instalado, aire acondicionado y otras mejoras.

### **Intendencia**

Hemos creado la función de "intendente" encomendándole la función de supervisión de los cuartos médicos y del ateneo medico donde hacemos la reunión clínica de los mediodías. Esta función ha recaído actualmente en el Go 3 Dr Leandro Moraes. Es de sumo interés de la dirección del servicio conservar y mejorar el área de estar médico.

### **Seguridad del Servicio**

Planteamos dos acciones dirigidas en este sentido: 1) Aumentar las horas de portería. Actualmente contamos con dos porterías que cubren e 8 a 20 hs. La Sra Beatriz Roldan portera de la mañana ejerce su cargo en forma pro-activa, importantísima para el servicio, de interrelación y comunicación con los familiares , distribuyéndoles el folleto de información especialmente diseñado y conteniendo los familiares en los momentos más difíciles. Apreciamos muchísimo su acción y valoramos su adhesión y su calidez humana. Nuestra intención es extender el horario hasta la medianoche, y 2) Instalación de Cámaras de Seguridad en las áreas de pasaje y de asistencia. . Hemos hecho un proyecto con el Departamento de Vigilancia del Hospital que contempla la instalación de 14 cámaras. Si bien el mismo fue aprobado, no cuenta con rubros para su financiación (aprox 4600 dólares). Hay un lapso "ciego" del servicio que habitualmente son las horas de la noche con mayor riesgo de inseguridad. Por otra parte la filmación en áreas de asistencia puede ser un complemento importante a efectos de integrar la información completa de los pacientes diariamente.

Durante este próximo periodo buscaremos fondos para llevar adelante este cometido.

## **Consentimiento global**

A efectos de obtener un escudo jurídico la idea, que compartimos con las autoridades del Colegio Médico del Uruguay en la persona del Dr Nestor Campos es avanzar hacia el consentimiento global del enfermo o sus familiares al momento de ingresar a la unidad de terapia intensiva. Como paso previo hacia esa meta se propone que nuestro folleto informativo hacerlo mas completo y dirgido a este fin, agregándole una tira craquelada que pueda retirarse y que incluya la firma del familiar como comprobante de haber recibido dicha información.



# PLAN DE EXTENSION

Se entiende actividad de extensión aquellas acciones en donde la academia se conecta y relaciona directamente con la sociedad. Independiente de la discusión conceptual de su pertinencia, sobre la que hay mucho escrito, debemos reconocer que desde el ámbito de la Medicina Intensiva no es fácil implementar actividades de extensión que sirvan a la sociedad. Hay 3 puntos que podemos actuar y sin descartar otras circunstancias que pueden aparecer:

1. La sepsis como un problema de salud pública requiere un mejor conocimiento por parte de la población general. Se requiere una más y mejor divulgación
2. Uso indebido y abusivo de antibióticos en la comunidad, con sus graves consecuencias.
3. Docencia publica de técnicas de reanimación básica y uso de los defibriladores públicos.
4. Soporte en caso de brotes epidémicos : denque, influenza, cólera etc.