

Estancia formativa en Cuidados Intensivos Pediátricos en el Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez de Buenos Aires: mi experiencia

*Pediatrariako Zainketa
Berezietako prestakuntza-
egonaldia Buenos Aireseko
Dr. Ricardo Gutiérrez
Haurren Ospitalean: nire
esperientzia*

A. Fernandez Uria

Hospital Universitario Galdakao

INTRODUCCIÓN

Mi nombre es Amaia Fernandez Uria, soy médico adjunta de primer año. Dedicué mi último año de residencia a especializarme en Cuidados Intensivos Pediátricos en el Hospital Universitario Cruces y gracias a la Beca Inocencio Elola, pude realizar una estancia en el Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez, en de Buenos Aires, Argentina, para completar mi formación.

El Hospital de Niños es el hospital pediátrico más antiguo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y fue fundado el 30 de abril del año 1875 en el barrio de Recoleta, en el centro de la ciudad, gracias la financiación de una sociedad benéfica y bajo la dirección del prestigioso Dr. Ricardo Gutiérrez, de quien toma hoy su nombre. Se trata de un hospital público de tercer nivel que cuenta con más de 50 especialidades pediátricas repartidas en los distintos pabellones rodeados de jardines que lo conforman. Al tratarse de un hospital de referencia para muchas patologías, ofrece una atención pediátrica gratuita no solo a niños de Buenos Aires, sino también a niños de otras provincias de Argentina.

Realicé la estancia formativa en los meses de enero y febrero de 2023 y compartí la experiencia con mi compañera Amaia Elorza Elena, quien también se estaba especializando en Cuidados Intensivos. Los dos meses de rotación transcurrieron de la siguiente manera.

PRIMER MES: UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

La Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) se trata de una UCIP de patología general y se encontraba dividida en dos pabellones:

- La "terapia vieja", el área más antigua. Contaba con 2 secciones o tiras, la A y la B, divididas por un mostrador central y formadas por 6 boxes abiertos. Contaba además con 1 box cerrado de aislamiento.
- La "terapia nueva", que había sido construida hacía pocos años por necesidad de aumentar el número de camas. Esta última

estaba formada por una única sección con 13 boxes cerrados, más modernos.

En la UTIP, el horario de trabajo era aproximadamente de 8 am a 6 pm, aunque dependía de la carga de trabajo de cada día. La jornada laboral comenzaba con el pase de guardia y posteriormente se realizaba el pase de visita a pie de cama, que tenía una duración de aproximadamente 2 horas. Durante el mismo, se exploraba a los pacientes, se repasaban las órdenes médicas y se elaboraba el plan diagnóstico-terapéutico para el día. Al final de la jornada, una vez realizadas las exploraciones complementarias y ajustados los tratamientos en función de los hallazgos y la evolución, se realizaba de nuevo un pase de guardia.

El equipo médico de cada tira o sección estaba formado por:

- Un médico de Planta, que era un adjunto con mayor experiencia y que trabaja de lunes a viernes en horario de mañana.
- Un médico de guardia, que cambiaba según el día de la semana y eran adjuntos más jóvenes que trabajan con contratos de guardias de 24 horas en distintas UCIP de Buenos Aires.
- Dos residentes de "postbásica", que eran residentes de pediatría que realizaban 2 años adicionales de especialidad en Cuidados Intensivos. Éstos se encargaban de elaborar el plan médico y de coordinar el trabajo de los residentes de pediatría, así como de realizar los procedimientos específicos de UCIP. Nuestra labor como rotantes externas era similar a ésta.
- 4 residentes de pediatría de tercer año.

Un aspecto que me pareció muy interesante era que en cada sección había un fisioterapeuta respiratorio especializado en ventilación mecánica, que participaba en los pases de visita y era quien se encargaba del manejo respiratorio de los pacientes. En el pase de visita participaba también la farmacéutica responsable de la UTIP, que revisaba las órdenes médicas y aconsejaba acerca de las opciones terapéuticas más adecuadas. Por otra parte, además de otros especialistas a los que hubiera que se consultase en cada caso, las infectólogas acudían de forma diaria a la UTIP a interesarse por la situación de los pacientes ingresados. Gracias

a todo ello, se manejaba a los pacientes desde un enfoque multidisciplinar que resultaba muy interesante. En cambio, había mucho menos personal de enfermería y el reparto de tareas era bastante diferente a nuestras unidades. Las enfermeras se encargaban de administrar y preparar las medicaciones, así como de los cuidados generales de los pacientes ingresados, pero eran los residentes de pediatría quienes canalizaban las vías periféricas y extraían las analíticas y gasometrías.

A nivel de infraestructura, en Argentina existe una diferencia notable entre los hospitales privados y públicos, en los que los recursos económicos son más limitados. Por ello, el equipamiento no suele ser muy moderno y existe menor disponibilidad de material fungible. Además, muchos hospitales públicos como el nuestro no estaban completamente informatizados y no existía una historia clínica electrónica como tal, lo que suponía un importante aumento de la carga de trabajo.

En lo que respecta a la patología, al tratarse de meses de verano, durante nuestra estancia en la UTIP la ocupación no era máxima y la carga de patología respiratoria tampoco era muy elevada. Era muy prevalente, en cambio, la patología infecciosa: cuadros avanzados de sepsis, síndrome hemolítico urémico, tuberculosis... Los protocolos de manejo de que empleaban eran muy similares a los nuestros, aunque sí señalaría dos diferencias:

- La patología respiratoria se manejaba prácticamente en todos los casos con ventilación mecánica invasiva y no era habitual el uso de no invasiva, tanto por la menor disponibilidad de material específico y de enfermería, como por menor el entrenamiento del personal en esta modalidad ventilatoria.
- Las infecciones nosocomiales eran más frecuentes y las tasas de resistencia antibiótica eran muy elevadas, a causa de un uso menos restrictivo de antibioterapia empírica de amplio espectro, de una mayor invasividad (mayor porcentaje de pacientes intubados, con vías centrales) y de un falta de protocolos bien establecidos de "bacte-

riemia cero", "neumonía cero" o "infección urinaria cero".

SEGUNDO MES: UNIDAD DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

La Unidad de Cirugía Cardiovascular (UCCV) se encontraba junto a la "terapia nueva" y el área quirúrgica. Disponía de un quirófano en el que todos los días se opera al menos un paciente pediátrico con cardiopatía. Para el postoperatorio, contaba con una sala con 6 boxes abiertos de UCIP cardiovascular, en los que existe también posibilidad de hacer ECMO. Junto a estos, se encontraban otras 4 camas para Cuidados Medios, 2 de ellas en boxes cerrados y otros 2 abiertas. Además, existían otras 3 salas de hospitalización en las que ingresan tanto los pacientes postoperados que han sido dados de alta de la zona de UCI y Cuidados Medios, como otros niños con cardiopatía que han precisado ingreso por reagudizaciones de su patología de base.

Esta Unidad estaba integrada por cirujanos cardiovasculares pediátricos (que en Argentina es una especialidad diferente a la Cirugía Cardiovascular de adultos), por cardiólogos infantiles y por pediatras intensivistas. La comunicación dentro del equipo era muy buena y esto ofrecía un enfoque muy interesante, ya que permitía comprender mejor la fisiopatología de cada caso, integrando los datos anatómicos y funcionales aportados por las ecocardiografías con los hallazgos quirúrgicos y las peculiaridades de la corrección quirúrgica realizada. Así, se lleva a cabo un manejo más individualizado, que permitía anticiparse a posibles complicaciones.

La jornada laboral transcurría también aproximadamente de 8 am a 6 pm, aunque el residente de primer año de cirugía debía acudir a las 7 am para realizar las curas de las heridas quirúrgicas, extraer los controles analíticos y solicitar las radiografías. Se realizaba posteriormente el pase de guardia conjunto y el equipo se dividía para la jornada laboral: los cirujanos adjuntos y los residentes de

cirugía más mayores iban a quirófano y los cardiólogos y pediatras se encargaban del pase de visita con el residente pequeño de cirugía. Nosotras nos dividíamos para acudir unos días a quirófano y otros días permanecer en la sala. A última hora de la mañana se realizaba el transfer y la acogida del paciente que llegase de quirófano y, una vez estabilizado, se realizaba el pase de guardia. Cada día se quedaban de guardia un residente o adjunto de cirugía y un residente o adjunto de cardiología o un pediatra intensivista.

La UCCV del Hospital de Niños es un centro de referencia y, por ello, se tratan y reparan todo tipo de cardiopatías congénitas pediátricas. Como excepción, no realizan trasplante cardíaco. Señalar que esta unidad es pionera en la cirugía de ventrículo único. Así, la técnica conocida como Fontan-Kreutzer, que permite derivar el retorno venoso de la VCI a la arteria pulmonar y cuyas variantes empleamos hoy en día como tercer paso en la cirugía paliativa de estas cardiopatías, fue descrita por Francis Fontan y por Guillermo Kreutzer en el año 1971, siendo este último el fundador de la UCCV del Hospital de Niños. El Hospital sigue siendo referencia en estas intervenciones y durante nuestra estancia tuvimos la suerte de poder asistir a una cirugía de Fontan, así como tratar al paciente durante el postoperatorio.

CONCLUSIONES

Para concluir, quisiera comentar que esta rotación ha sido una experiencia muy enriquecedora, no solo por los nuevos conocimientos médicos adquiridos, si no por la oportunidad que supuso poder conocer otras formas totalmente diferentes de trabajar. Esto me hizo replantearme muchos aspectos del manejo de los pacientes: ¿qué podemos hacer mejor? ¿qué estamos haciendo bien? Por ello, pienso que la lección más importante que me llevo de Argentina es esta: tener siempre un punto de vista crítico, no dar nada por sentado y estar abierta a otras opciones.