

# INGRESO A LAS UNIDADES DE PACIENTES CRITICOS: ASPECTOS ETICOS Y OPERACIONALES DEL TRIAGE.

*Dr. Albán Cortés, Dr. Víctor Vargas.*

*Unidad de Pacientes Críticos, Hospital Clínico Universidad de Chile.*

## ABSTRACT

In this article the author analyses the TRIAGE criteria for the classification of patients who must be treated in intensive Care Units in our Hospital.

## INTRODUCCION

La demanda por ingreso a Unidades de Pacientes Críticos, excede grandemente la oferta en la mayoría de los centros asistenciales. No obstante lo anterior, muy pocos centros poseen criterios definidos de «triage», debido a lo difícil que es establecer aquellos que permitan una adecuada toma de decisiones.

La demanda aumenta por la inclinación de los pacientes críticos y las familias a solicitar su ingreso, generalmente de acuerdo con sus tratantes y de los centros hospitalarios por ofrecer tales servicios. En este contexto las instituciones, y los médicos individualmente, deben tener un parámetro moral y técnico para la distribución de los recursos.

El término «triage» deriva del verbo francés «trier» que significa escoger o seleccionar, y es usado para describir la distribución de recursos y bienes limitados. En el ejército francés el «Hospital de triage» era una especie de estación para los soldados heridos. Se ha elegido el término «triage» por ser internacionalmente aceptado y encerrar el concepto de un proceso médico, que determina la mejor elección del paciente, basado en la evaluación de las patologías de los enfermos y su grado de urgencia.

Dependiendo de la localización del paciente, el triage puede clasificarse como:

- 1.- Prehospitalario
- 2.- Catastrófico
- 3.- Servicio de Urgencia
- 4.- Unidad de Tratamiento Intensivo (UTI)
- 5.- Campo de batalla
- 6.- Lista de espera para tratamientos necesarios para mantener la vida, tales como diálisis o trasplante de órganos.

El proceso que se refiere más específicamente a la UTI, debe estar basado en la evaluación pronóstica del paciente y sus expectativas de recuperación, la disponibilidad de recursos terapéuticos, el impacto de la terapia sobre el pronóstico, y una valoración de los beneficios y costos (efectos adversos y costos económicos de las terapias involucradas), para el paciente, la familia y la sociedad.

El «triage» que limita la elección médica y del paciente se justifica cuando:

- 1) Forma parte de una estrategia para aumentar los beneficios individuales de los pacientes, de la salud que binda la institución y de la sociedad.
- 2) La política es anunciada de antemano para público conocimiento.

## PRINCIPIOS GENERALES

Independiente de las presiones ejercidas sobre el equipo de salud, para limitar el consumo de recursos, durante condiciones de escasez reales o subjetivas, los médicos deberían mantener su principio de velar por el interés de los pacientes.

---

Médicos, enfermeras y administrativos deben colaborar en la elaboración de guías y recomendaciones para el prudente uso de los recursos escasos en sus propias instituciones.

La formulación y promulgación de políticas explícitas de «triage» deben ayudar a minimizar la necesidad de decisiones de «triage» ad hoc a casos individuales.

Prestadores de salud, pacientes, políticos y el público, deben reconocer que varios tratamientos, entre los que se incluye tratamientos para la prolongación de la vida, pueden ser negados.

Las instituciones de salud pueden en forma justificada, restringir la disponibilidad de ciertos servicios para usar recursos limitados más efectivamente o aumentar la equidad en su asignación.

Las prioridades para la selección de pacientes por «triage» se deberían reflejar en las políticas de UTI.

Las prioridades deben contemplar las prestaciones disponibles, criterios de inclusión y exclusión de pacientes y políticas institucionales. Se debe considerar el no comprometer los estándares de calidad de atención.

Cada hospital debe desarrollar una política para la ubicación de los pacientes críticos, toda vez que las camas de intensivo estén ocupadas. Si no hay camas suficientes de UTI disponibles, y un «triage» apropiado no resuelve el problema, se deberán hacer esfuerzos por brindar cuidados de nivel similar en otras dependencias.

Los hospitales deben aportar alternativas de solución para los pacientes necesitados de soporte vital, y monitorización que puedan ser razonablemente atendidos fuera de la UTI.

## **PRINCIPIOS ESPECIFICOS**

La principal consideración en el «triage» es el pronóstico del paciente en términos de sobrevivencia y fun-

ción, lo que se correlaciona con el estado médico del paciente. En general pacientes con buen pronóstico deben tener prioridad sobre los pacientes con pobre pronóstico.

Conocida que la incerteza en los pronósticos es un problema crucial en intensivo; el equipo de salud debe utilizar las metodologías de «triage» concientes de sus limitaciones.

La prioridad para la admisión en UTI debe correlacionarse en la convicción de que los cuidados de intensivo beneficiarán sustancialmente al paciente. Cuando haya 2 pacientes con pronósticos equivalentes se debe elegir al primero que lo solicite. Los pacientes con muy buen pronóstico, con o sin UTI no deberán ser admitidos.

Factores que deben ser considerados pese a su componente de subjetividad.

- a) Expectativas de un desenlace exitoso
- b) Expectativas de vida del paciente debido a la enfermedad
- c) Anticipada calidad de vida del paciente
- d) Solicitud del paciente o su apoderado
- e) Costos para los afectados incluidos económicos y psicológicos y oportunidades perdidas de atender otros pacientes
- f) Salud y otras necesidades de la comunidad
- g) Valores morales, individuales e institucionales.

Origen étnico, racial, sexo, creencias, status social, preferencia sexual y capacidad de pago, no deberán ser nunca factores para determinar decisiones de «triage».

Las decisiones de «triage» pueden ser hechas, sin el consentimiento de los pacientes o sus apoderados.

## **DESCARGA DE PACIENTES**

Puede haber circunstancias donde sea necesario descargar a un paciente de la UTI para admitir otro. En este caso sólo se debería sacar un paciente de la Unidad, si el perjuicio es dudoso o insignificante y el beneficio del ingreso es evidente.

Los pacientes que tienen orden de no resucitar pueden tener aún condiciones que justifiquen su permanencia o admisión a una UTI y no deberán ser automáticamente excluidos.

Los pacientes con poco o ningún beneficio producto de su tratamiento en UTI pueden ser transferidos a otra Unidad.

### **CRITERIOS ESPECIFICOS**

Cada unidad deberá confeccionar sus criterios específicos de ingreso los que deberían ser sometidos al escrutinio del Comité de Ética Clínico del centro hospitalario, y ampliamente difundidos.

### **FACTORES DETERMINANTES**

Existen factores que son determinantes para decidir el ingreso de un paciente crítico a una unidad de intensivo o de intermedio. Algunos dependerán del paciente y otros de la terapia propiamente tal. Dependerán del paciente: el tipo de enfermedad, la reserva fisiológica (dentro de la cual se considera la edad, tanto cronológica como fisiológica y el antecedente de enfermedades crónicas), la severidad del cuadro patológico y la probabilidad de responder al tratamiento instituido. Son factores dependientes de la terapia: el tipo, cantidad y forma de aplicación de ella, siendo necesario considerar la preparación y destreza en procedimientos invasivos, tanto del médico, como de su personal de colaboración, ya que puede determinar el aumento del índice de letalidad por iatrogenia.

### **DEL PACIENTE**

1) Edad: Cada Unidad de Intensivo deberá determinar sus límites de edad. El límite podrá ser diferente dependiendo del tipo de patologías. La edad fisiológica por ser de estimación subjetiva, será definida en conjunto con el médico tratante. Ante el consenso de que la edad fisiológica es menor, debería considerarse esta última. De ningún modo el criterio de edad es taxativo, debiendo considerarse como un factor más de exclusión. Ante la duda, la decisión de

ingreso debería ser tomada por el jefe de servicio.

2) Enfermedades Crónicas: Se deberá considerar excluir a todo paciente con enfermedad crónica cuyo deterioro obedezca a una evolución esperada de su enfermedad de base, y no a una descompensación por enfermedad intercurrente. Será misión de los distintos servicios clínicos del hospital y los encargados del control de pacientes crónicos, el establecer criterios de recuperabilidad, y órdenes de no someter a los pacientes a terapias de soporte agresivas cuando el equipo a cargo considere que ha llegado a una fase final e irreversible de su enfermedad. Esto es especialmente importante para enfermedades respiratorias, como la fibrosis pulmonar, o la L.C.F.A., y enfermedades cardiovasculares, como la Miocardiopatía dilatada que no ha respondido a tratamiento. Es recomendable que los pacientes crónicos en control, tengan una identificación en que se especifique, su condición basal y terapias indicadas y eventuales.

3) Una situación especial se presenta en los enfermos con SIDA, ya que hasta el momento, no está claro bajo que condiciones se puede admitir el ingreso de uno de estos pacientes para ser sometido a ventilación mecánica, como consecuencia de neumonía por *Neumocystis Carinii*. Dadas las carencias de nuestro medio, parece recomendable que el ingreso de estos pacientes, sea avalada por un especialista inmunólogo o en su defecto por el médico encargado del programa. En este mismo contexto se sugiere que los encargados de programa señalen que pacientes no se benefician con medidas de soporte vital avanzado.

4) La Falla Orgánica Multisistémica (FOM), está definida por la existencia simultánea durante un período superior a 24 hrs. de falla de dos o más sistemas. De esta manera cuando se analiza la mortalidad en relación al número de días con FOM, se encuentra que con 3 o más sistemas comprometidos la mortalidad ya al quinto día es de un 100%. Por otro lado los criterios de FOM se están ajustando con cierta frecuencia. Esto obliga a una redefinición periódica, ya que éticamente se deben hacer todos los esfuerzos posibles para que la toma de decisiones sea

---

lo más objetiva y fundamentada posible. En base a estos criterios actualizados, si un paciente es considerado irrecuperable, dejaría de justificar su permanencia en la Unidad.

5) **Pacientes Neoplásicos:** se recomienda admitir sólo a pacientes cuya patología neoplásica sea susceptible de tratamiento. Es decir, se excluye a enfermos terminales.

6) **Pacientes con compromiso neurológico:** en el caso de un paciente en coma en el que se presupone compromiso orgánico cerebral severo, en lo posible, el paciente debería ser evaluado previo al ingreso por un especialista en neurología, el que debería formular una hipótesis pronóstica fundamentada, que establezca esperanzas de recuperabilidad. Esta recomendación es válida para centros de alto desarrollo y bien organizado, ya que la gestión no debe diferir el ingreso.

En el caso de patología neuroquirúrgica, si el centro ha desarrollado la neurocirugía, el paciente deberá ingresar con un plan terapéutico. No se aconseja aceptar pacientes fuera de alcance médico y/o neuroquirúrgico. Si el hospital no cuenta con neurocirujano el paciente debería ser trasladado.

7) **Pacientes politraumatizados:** en el caso específico de los pacientes politraumatizados, éstos deberían estar a cargo de un equipo multidisciplinario, que debería estar claramente identificado y consignado en la historia clínica en el momento del ingreso. No obstante lo anterior, uno de los miembros del equipo debería hacer de médico tratante, con la finalidad de brindarle un mejor respaldo al paciente y facilitar las labores de coordinación.

8) **No cumplen con los criterios de admisión** pacientes con muerte cerebral (a no ser que cumplan con la condición de donantes de órganos); pacientes que concientemente hayan rechazado medidas de soporte extraordinarias. (En este caso su voluntad debería estar consignada en la ficha clínica), o pacientes en estado vegetativo persistente.

9) **Ingreso de pacientes no recuperables:** el ingreso a Intensivo de pacientes que son portadores de una patología no susceptible de recuperar constituye un serio error, ya que la permanencia de dichos enfermos, restará posibilidades de ingreso a otros pacientes que pueden beneficiarse con el manejo que se les presta en Intensivo, y al mismo tiempo significa malgastar recursos humanos y tecnológicos.

## REQUISITOS PARA EL INGRESO

1) La solicitud de ingreso podrá ser hecha en una hoja de interconsulta clínica u otro documento interno con fines de constancia, la que consignará día y hora de solicitud.

Es conveniente que el residente de la Unidad u otro responsable la timbre y archive en carpeta ad-hoc donde figure un listado priorizado de las solicitudes de cama. Deberá ser responsabilidad del residente entregar estos antecedentes en el momento del cambio de turno.

Las interconsultas solicitadas a la Unidad, debieran tener como única finalidad lo anteriormente señalado, no siendo responsabilidad de ésta, prestar asesoría como interconsultores en el manejo de pacientes que permanecen fuera de ella. Esto se fundamenta en que la Unidad queda desprotegida en cada salida del residente y que tiende a descuidarse la atención de los enfermos.

2) Es fundamental para ingresar un paciente a UTI, que sea previamente evaluado por el médico residente de la Unidad, en lo posible en su lugar de origen, o en su defecto a través de una conversación personal, y excepcionalmente telefónica con el médico tratante, cuando el paciente se encuentre fuera del recinto hospitalario. Esto con el fin de determinar con exactitud si cumple con los requisitos de ingreso que se enumeran más adelante.

De lo anterior se concluye que solamente el médico residente está facultado para decidir el ingreso de un paciente a la Unidad, constituyendo la única excepción los ingresos que son autorizados por el jefe de

la unidad y que deben ser analizados con el residente de la UTI.

3) Todo paciente que provenga de su domicilio o de otro centro asistencial, deberá ingresar a través del servicio de urgencia o de admisión, donde será evaluado previamente por el residente de UTI, si las condiciones de gravedad lo permiten, o de lo contrario será trasladado directamente a la Unidad. Se da por supuesto que el paciente debe tener una historia clínica completa, y que existe un plan de trabajo y una orientación pronóstica.

4) La Unidad de Intensivo debería disponer de formatos de Consentimiento Informado, en donde se expliciten los riesgos a que estará expuesto el paciente y en donde se consigne que acepta ser sometido a técnicas diagnósticas y de soporte invasivo, y a la inevitable pérdida de autonomía, que dichos procedimientos involucran. Estos formatos deberán ajustarse a las recomendaciones internacionales para la confección de consentimientos informados. En el caso que el paciente se encuentre incapacitado, la autorización deberá hacerla el familiar más directo.

5) Se sugiere que en el caso de los pacientes médico quirúrgicos, el cirujano que solicita el ingreso de un paciente, debiera firmar una solicitud de ingreso, en la que asume la responsabilidad del control diario del enfermo y de su evolución, con constancia en ficha clínica. Esto tiene por fin cautelar la supervisión quirúrgica de los pacientes, evitando la tardanza en la toma de decisiones.

El solicitante debería consignar su planteamiento y formular un plan de manejo quirúrgico.

6) La entrega de los pacientes a la Unidad por parte del servicio que solicita el traslado, debiera ser hecha personalmente por el médico tratante o en su defecto, por el médico que se hace responsable de la solicitud de ingreso.

7) El paciente trasladado internamente, debiera llegar con historia clínica, exámenes de laboratorio e imágenes, protocolo quirúrgico, y breve resumen de

traslado. En hoja adjunta deberían figurar las indicaciones médicas que el paciente está recibiendo en el momento de su ingreso.

8) A la llegada del paciente, se debería entrevistar a un familiar u otro encargado responsable, solicitándole antecedentes previsionales, dirección y teléfono del paciente y/o familiares directos, o en su defecto teléfono de algún vecino. Se aconseja además entregar un folleto informativo, que informe a la familia sobre los aspectos de la unidad que le son atinentes, y que contenga instrucciones para solicitar información, régimen de visitas, necesidad de útiles personales, disposición de las pertenencias del enfermo y otras.

## **PRIORIDADES DE ADMISION**

1.- Pacientes críticos inestables, (infarto agudo del miocardio cardioquirúrgicos, shock séptico, shock de diversas etiologías, etc), que necesitan terapia intensiva, (ventilación mecánica, monitoreo hemodinámico, infusión continua de drogas vasoactivas, etc.)

2.- Pacientes que al momento de su admisión, no se encuentran en situación crítica, pero que requieren los servicios de monitoreo de UTI (enfermos cardíacos, nefróticos, respiratorios o enfermos que hayan sido sometidos a cirugía de alto riesgo, y que se encuentran con riesgo de necesitar en el corto plazo tratamiento intensivo).

3.- Pacientes críticos inestables cuyo estado previo de salud, enfermedad de base en estudio no terminal, cuya complicación aguda ya sea sola o en combinación pone en grave riesgo su posibilidad de recuperación (neoplasias o infección, taponamiento pericárdico, obstrucción de la vía aérea), o pacientes portadores de cardiopatías o enfermedades pulmonares avanzadas complicadas por enfermedades agudas. Sin embargo, los esfuerzos terapéuticos no deben ir más allá de las reales posibilidades que ofrezca la enfermedad de base.

4.- Pacientes con trastornos de conducción AV secundarias a trastornos degenerativos en el sistema

---

éxito conductor que requieren marcapaso transitorio, ingresarán sólo si no hay posibilidades de monitorización en unidades de intermedio.

5.- Pacientes en oxígeno terapia domiciliaria: Es recomendable que los encargados de programa entreguen en forma periódica a la Unidad de Intensivo, un listado con los pacientes que estando incluidos en el programa, se consideran no terminales, y por lo tanto deberían ser sometidos a ventilación mecánica en caso de falla respiratoria.

### **LIMITANTES DEL INGRESO**

Se consideran como factores limitantes del ingreso a UTI, condiciones tales como la irreversibilidad del proceso de base, (hepatitis B o SIDA en condición terminal), enfermedades psiquiátricas que coloquen en serio riesgo a otros enfermos de la Unidad o incluso al personal que labora en ella.

Dentro de las limitantes de ingreso deberá figurar además, la carencia de instalaciones y/o equipos adecuados para la atención de determinadas patologías, ejemplo, atención del gran quemado, o shock cardiogénico refractario.

### **TRASLADO DE PACIENTES**

El traslado de un paciente fuera de la Unidad, para ser sometido a un determinado procedimiento o para efectuar un exámen dentro o fuera del recinto hospitalario, debe contar con la aprobación del residente de la unidad, el que determinará la necesidad de que sea acompañado por un médico, una enfermera o por personal calificado que esté en condiciones de enfrentar y resolver cualquier emergencia que se presente durante el traslado.

Además determinará la necesidad de que el paciente concorra debidamente monitorizado, intubado o con un respirador portátil o ambú de acuerdo con su patología.

### **REQUISITOS PARA EL EGRESO**

Se considerará el egreso de la Unidad:

1.- Cuando el paciente ya no precise de alguna técnica o procedimiento, que haya motivado su ingreso a la unidad. (monitorización ECG, ventilación mecánica, monitoreo hemodinámico, otros).

2.- Mejoría del cuadro patológico y/o desaparición de las condiciones que motivaron vigilancia continua o terapia intensiva.

3.- Necesidad urgente de ingresar a otro paciente, cuya patología sea de mayor gravedad que la de algún paciente de la Unidad y que obviamente cumpla con los requisitos de ingreso enunciados anteriormente, para lo cual se procederá a egresar al paciente que a juicio del médico de turno se encuentre en las condiciones más estables, o en su defecto, aquel en el cual el retiro de determinadas técnicas de vigilancia, no tengan una repercusión negativa en la evolución.

En lo posible el egreso deberá ser hacia una Unidad de Cuidado Intermedio y sólo excepcionalmente a una sala de atención básica.

Todo paciente que egresa de la Unidad de Intensivo debiera hacerlo preferentemente a la unidad de intermedio de medicina o de cirugía, o a la correspondiente a la especialidad (nefrología, neurología-neurocirugía, urología, u obstetricia y ginecología), para lo cual se deberá evaluar conjuntamente con el residente de dicha Unidad.

4.- Pacientes no recuperables: cada Unidad de Intensivo debería definir criterios de irrecuperabilidad, en consideración a los medios tecnológicos y al grado de avance en el conocimiento de las patologías y de los recursos terapéuticos. Estos criterios deberían ser revisados periódicamente en atención al explosivo desarrollo de los conocimientos médicos. Esto permite una mejoría progresiva del grado de certeza en la toma de decisiones. Es aconsejable que estos cri-

terios estén disponibles por escrito y hayan sido debidamente discutidos en el Comité de Ética local. Cuando los pacientes hayan llegado a esta condición, a pesar de haberles dado todo el apoyo que requieran, se considerarán como irrecuperables y por lo tanto candidatos a egresar de la Unidad.

El siguiente listado constituye un ejemplo de pacientes que no se benefician permaneciendo hospitalizados en una Unidad de Intensivo:

a) Pacientes de edad avanzada con compromiso de tres o más sistemas y que no han respondido después de 72 horas de terapia intensiva. Esto obliga a revisar en forma periódica los criterios de F.O.M.

b) Pacientes que están en muerte cerebral o en coma no traumático, y en que la opinión de al menos dos equipos de especialistas es de que el paciente está evolucionando a un estado vegetativo persistente, y tienen una muy escasa probabilidad de recuperación.

c) Pacientes con falla respiratoria que no respondan a terapia agresiva y que además son portadores de una patología hematológica maligna. Este criterio también debe ser revisado periódicamente.

d) Pacientes con una variedad de otros diagnósticos tales como: EBOC, (enfermedad bronquial obstructiva crónica, síndrome de distress respiratorio del adulto en etapa irreversible), cardiópatas terminales, carcinoma metastásico, en los que ha fracasado la terapia intensiva y en los cuales el pronóstico a corto plazo es malo y no hay otra terapia que pueda alterar ese pronóstico.

Debería estar dentro de las políticas de la Unidad, el que estos enfermos sean evacuados a otra de menor complejidad apenas configuradas con certeza las entidades clínicas anteriormente descritas.

#### **FACTORES QUE PUEDEN DETERMINAR UN MAL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD:**

a) Utilización de UTI como sala de recuperación de post-anestesia o como sustitutos de los servicios de urgencia.

b) Ingresar pacientes crónicamente limitados en situación invalidante.

c) Existencia de un número de reingresos dentro de la misma hospitalización, lo que puede estar reflejando altas precipitadas debido a una gran presión asistencial.

d) Ingresar pacientes que por su bajo nivel de gravedad, necesitan de una monitorización convencional, que puede realizarse en otras áreas del hospital, menos complejas y menos costosas.

Debería hacerse todos los esfuerzos que sean posibles para evitar las condiciones anteriormente mencionadas.

#### **REFERENCIAS**

- 1.- Task force on guidelines Society of Critical Care Medicine. Recommendations for intensive care unit admission and discharge criteria. *Crit Care Med*. 1988, 16:807.
- 2.- Task force on guidelines Society of Critical Care Medicine Recommendations for critical care unit design *Crit Care Med* 1988; 16:796
- 3.- Teres D. Steingrub J: Can intermediate care substitute for intensive care? *Crit Care Med* 1987; 15:280.
- 4.- Task force on guidelines Society of Critical Care Medicine. Recommendations for services and personnel for delivery of care in a critical care setting. *Crit Care Med* 1988; 16:809.
- 5.- LeGall JR, Brun-Bruissson C, Trunet P, et al: influence of age, previous health status and severity of illness on outcome from intensive care. *Crit Care Med* 1982; 10:575.
- 6.- Cerda M, Abizanda R. Optimización de la Medicina Intensiva. Comentarios y sugerencias sobre las posibilidades del futuro y análisis de la especialidad. *Med Intensiva* 1986; 10:17

- 
- 7.- Lemeshow S, Teres D, Avruin JS, et al: A comparison of methods to predict mortality of intensive care unit patients. Crit Care Med 1987; 15:715.
  - 8.- Stover DE: Intensive care for AIDS victims: A new dilemma J. Intens Care Med 1986; 1:4
  - 9.- Vargas V., Castro J., Del Solar F.: Criterios de Ingreso a Unidades de Paciente. Revista Hospital Clínico Universidad de Chile Vol 2, N° 3 1991.
  - 10.- Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, et al: Prognosis in acute organ-system failure. Ann Surg 1985; 202:685.
  - 11.- Thibault GE, Mulley AG, Barnett GO, et al: Medical Intensiva Care: indications, interventions, and outcomes N Engl J Med 1980; 302:938.
  - 12.- Knaus WA, Wagner DP, Draper EA, et al: The range of intensive care services today. JAMA 1981; 246:2711.
  - 13.- Zimmerman JE, Knaus WA, Sharpe SM, et al: The use and implications of do not resuscitate orders in intensive care units. JAMA 1986; 255:351.
  - 14.- Horwitz RA, Feinstein AR: Improved observational method for studying therapeutic efficacy. JAMA 1981; 246:2455.
  - 15.- Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. JAMA 1994; 20:271.
  - 16.- David K.P. Lee, MD; Andrew J. Swinburne, MD; Anthony J. Fedullo, MD; Gary W. Wahl, MD. JAMA 1994; 271:17.