Normas de Admisión y Egreso de UTI

DR. VICTOR VARGAS KLAPP *
DR. JOSE CASTRO ORMAZABAL **
DR. FERNANDO DEL SOLAR HANSEN ***

Resumen

El gran avance tecnológico de la medicina en los ultimos años, especialmente en lo referente al manejo de pacientes críticos, ha determinado que los costos para recuperar este tipo de enfermos sean extraordinariamente elevados, por lo que es muy importante conocer cuales son los candidatos que realmente se benefician con la aplicación de las medidas de vigilancia y procedimientos que se utilizan en estas unidades. Además es interesante precisar los requisitos para el ingreso que se deben exigir a este tipo de pacientes, las prioridades de admisión, los factores limitantes del ingreso y por último saber cuales son los condicionantes para el egreso, con el fin de decidir qué pacientes no reciben mayores beneficios, por permanecer hospitalizados en una Unidad de Tratamiento Intensivo.

Introducción

Es fundamental antes de analizar estas normas definir al paciente crítico, como a aquel enfermo cuya condición patológica afecta uno o más sistema, que colocan en serio riesgo su vida y que presenta condiciones de reversibilidad, que hacen aconsejable la aplicación de técnicas de monitoreo, vigilancia, y terapias especiales, solamente disponibles en una unidad de tratamiento intensivo (UTI), o de atención intermedia. (Unidades de pacientes críticos).

La diferencia entre UTI y unidad de intermedio, reside en el nivel de complejidad de su equipamiento y en los recursos humanos. (1)

La UTI cuenta con elementos que permiten efectuar ventilación mecánica con respiradores de volúmen, monitoreo electrocardiográfico contínuo, monitoreo de presión invasivo y no invasivo, computador de débito cardíaco, equipo de rayos portátil y otros, tales como bombas de infusión contínua, nutribombas, ventilómetros, oxímetros, capnógrafos y sistemas centralizados de oxígeno, vacío y de aire comprimido. (2-3).

Las unidades de intermedio se diferencian de las de intensivo en el nivel de complejidad del equipamiento, el que sólo permite en forma no habitual, la ventilación mecánica con respiradores de presión y/o volúmen, monitoreo exclusivamente electrocardiográfico y sólo para algunos pacientes. Cuentan

* *(Profesor Asistente de Medicina)*
** *(Profesor Asistente de Medicina)*
*** *(Instructor 1º de Medicina)*

Unidad de Pacientes Críticos, Departamento de Medicina.
Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

en todas sus camas, con oxígeno, aspiración y una menor proporción de bombas de infusión contínua. (3-4)

La adecuada selección de los pacientes que ingresan a UTI, determinará en gran medida una óptima utilización de los recursos humanos y tecnológicos concentrados en estas unidades. Esta selección está dirigida a identificar aquellos grupos que potencialmente tienen una mayor recuperabilidad, con el propósito de no desaprovechar recursos. Los potenciales candidatos a ingresar a una UTI constituyen una banda poblacional, donde es necesario definir ambos extremos de ella. En un extremo se encuentran aquellos pacientes que presentan un bajo nivel de gravedad, cuyo ingreso a UTI no se justifica, ya que su patología no obtendrá beneficio de tan alta inversión de recursos asistenciales y en el otro extremo se hallan aquellos pacientes, cuya excesiva gravedad ha sobrepasado las expectativas de recuperabilidad y por lo tanto su asistencia representará un desaprovechamiento de la capacidad asistencial. En el medio de estos dos grupos, no subsidiarios de la asistencia en unidades de cuidados intensivos, se encuentra la población de pacientes críticos, con distintos niveles de gravedad, que sí son merecedores de la asistencia intensiva en función de su potencial buen pronóstico y recuperabilidad. (5)

El ingreso a UTI de pacientes que son portadores de una patología no susceptible de recuperar, constituye un serio error, ya que la permanencia a veces prolongada de dichos pacientes en la unidad, restará posibilidades de ingreso a otros enfermos que eventualmente pueden beneficiarse con el manejo que se les presta en UTI, y al mismo tiempo significa malgastar recursos humanos, tecnológicos y económicos. (6)

Existen factores que son determinantes para decidir el ingreso de un paciente crítico a una unidad de intensivo o de intermedio, dentro de los cuales 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 instituído. Son factores dependientes de la terapia: el tipo, cantidad y forma de aplicación de ella, donde es necesario considerar la preparación y destreza en procedimientos invasivos, tanto del médico, como de su personal de colaboración, lo que puede determinar el aumento del índice de letalidad por iatrogenia. (5-7)

Una situación especial se presenta en los enfermos con SIDA, ya que hasta el momento, no está claro en que condiciones se puede decidir el ingreso de uno de estos pacientes para ser sometido a ventilación mecánica, como consecuencia de neumonia por neumocystis carinii. (8)

La Falla Orgánica Multisistémica (FOM), está definida por la existencia simultánea durante un período superior a 24 hrs. de falla de dos o más de los siguientes sistemas: cardiovascular, respiratorio, digestivo, inmunológico, renal, hematológico (coagulación), metabólico y neurológico. 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%. (9)

Requisitos para el Ingreso

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 o excepcionalmente telefónica con el médico tratante, cuando el paciente se encuentre fuera del recinto hospitalario, para 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.

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 trasladadao directamente a la unidad. (10)

Prioridades de Admisión

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 contínua 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 cardiópatas, nefrópatas o respiratorios, o enfermos que hayan sido sometidos a cirugía de alto riesgo), y que se encuentran con riesgo de necesitar en el corto plazo, de tratamiento intensivo.

3.- Pacientes críticos o inestables, cuyo estado previo de salud, enfermedad de base o complicación aguda, ya sea sola o en combinación, pone en grave riesgo sus posibilidades de recuperación, (neoplasia e infección, taponamiento pericardíaco, obstrucción de la vía aérea), o pacientes portadores de cardiopatías o enfermedades pulmonares terminales complicadas por enfermedades agudas.

Sin embargo los esfuerzos terapéuticos no deben ir más allá de las reales posibilidades que presente la enfermedad de base.

No cumplen con los criterios de admisión: pacientes con muerte cerebral (a no ser que cumplan con las condiciones de donantes de órganos), pacientes que hallan conscientemente rechazado medidas de soporte extraordinarias, pacientes en estado vegetativo. (11)

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. (12)

Aquellos pacientes que ingresen con infecciones en que los cultivos confirmen gérmenes productores de gangrena, infecciones por estafilococo aureus meticilino resistente, o que presenten emanación de material purulento por fístulas, heridas operatorias, abscesos, drenajes, sondas u otros, deberán someterse a técnicas de aislamiento de contacto o aislamiento estricto, de acuerdo con las normas que para tal efecto fije el comité de infecciones intrahospitalarias.

Todo paciente que provenga de otro centro hospitalario donde haya permanecido por más de veinticuatro horas y que haya sido sometido a intervenciones quirúrgicas o procedimientos invasivos, deberá considerarse como eventualmente infectado por lo que se iniciará su aislamiento preventivo y se efectuarán los cultivos correspondientes.

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, deberá 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 concurra debidamente monitorizado, intubado o con un respirador portátil o ambú de acuerdo con su patología. (13)

Requisitos para el Egreso

Se considerará el egreso de la unidad:

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

2. Mejoría del cuadro pátológico y/o desaparición de las condiciones que motivaron vigilancia contínua 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 solo excepcionalmente a una sala de atención básica.

Todo paciente que egresa de la unidad de intensivo deberá 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.

Aquellos pacientes que ingresaron a la unidad por presentar una patología susceptible de recuperar, pero que debido a complicaciones intercurrentes, han llegado a una situación de FOM, a pesar de haberles dado todo el apoyo que requerían, se considerarán en ese momento como irrecuperables y por lo tanto candidatos a egresar de la unidad. (9-11)

No se benefician por continuar hospitalizados en UTI:

a.- Pacientes de edad avanzada con compromiso de tres o más sistemas y que no han respondido después de 72 horas de terapia intensiva.

b.- Pacientes que están en muerte cerebral o en coma no traumático que los dejará en un estado vegetativo permanente y con una muy escasa probabilidad de recuperación.

c.- Pacientes con falla respiratoria que no respondan a terapia agresiva y que además son portadores de una pato-

logía hematológica maligna.

d.- Pacientes con una variedad de otros diagnósticos tales como : EBOC, (enfermedad bronquial obstructiva crónica, síndrome de distress segmentario del adulto) avanzado, cardiópatas terminales, carcinoma matastásico, 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.

Factores que pueden determinar mal funcionamiento de una UTI:

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

b.- Ingresar pacientes crónicamente limitados en situación invalidante.

c.- Existencia de un número excesivo 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.

Por el hecho de que no todas las unidades de pacientes críticos ingresan el mismo tipo de pacientes, cada una de ellas debiera elaborar sus propias normas de admisión y egreso. Las unidades proveen servicios que incluyen el monitoreo y el tratamiento intensivo. Los pacientes que requieren terapia intensiva, tienen prioridad sobre aquellos que requieren solamente monitoreo, así como los que por su patología de base, tienen un índice de recuperabilidad bajo. Es responsabilidad del médico tratante solicitar el ingreso del paciente a una unidad de intensivo, como asimismo recibirlo sin demora en su servicio de origen, cuando cumpla con los criterios de egreso de la unidad. De la misma manera dependerá del Jefe de la Unidad o de quién éste delegue, decidir qué paciente cumple con los requerimientos de ingreso o egreso de la unidad.

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-Bruisson 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 dilema. J. Intens Care Med 1986; 1: 4.

9.- Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, at al: Prognosis in acute organ-system failure. Ann Surg 1985; 202:685.

10.- Thibault GE, Mulley AG, Barnett GO, et al: Medical Intensive Care: indications, interventions, and outcomes. N Engl J Med 1980; 302:938.

11.- Knaus WA, Wagner DP, Draper EA, et al: The range of intensive care services today. JAMA 1981; 246:2711.

12.- 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.

13.- Horwitz RA, Feinstein AR: Improved observational method for studyng therapeutic efficacy. JAMA 1981; 246:2455.