

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "SATURNINO LORA" SANTIAGO DE CUBA

Criterios de ingreso en cuidados intensivos

Por los Dres.:

HECTOR P. HERNANDEZ RODRIGUEZ^{*}, RICARDO MORALES LARRAMENDI^{**} □, ARCILIO CARULLA^{***}

BALLESTER □ MANUEL ORTIZ COLUMBIE

Hernández Rodríguez, H. y otros. *Criterios de ingresos de cuidados intensivos*. Rev Cub Med 23: 2, 1984.

Se evidencia la importancia del criterio de ingreso en las unidades de cuidados intensivos (UCI) y se enfatiza que éste depende, fundamentalmente, de varios aspectos, como es la reglamentación de actividades asistenciales, docentes e investigativas, con una dotación de personal con experiencia y conocimientos suficientes para obtener de estos servicios un rendimiento adecuado, cumpliendo los objetivos para los cuales han sido creados. Se señalan los resultados obtenidos por la UCI del hospital provincial docente "Saturnino Lora" de Santiago de Cuba en el período 1975-1980.

INTRODUCCION

La idea de concentrar los pacientes muy graves de los hospitales en un área especial no es nueva, pues ya se había ensayado en 1800, en un hospital de Inglaterra.¹

Es indudable que existe en numerosas especialidades clínicas y quirúrgicas, un gran número de pacientes que requiere una vigilancia o tratamiento intensivo.

El objetivo fundamental de las unidades de cuidados intensivos consistirá en atender a los enfermos graves que necesitan de una terapéutica intensiva, una supervisión y vigilancia continuas, o de ambas, siempre y cuando existan posibilidades de recuperación, es decir, reversibles para aquellas funciones vitales en estado crítico o de bancarrota. De aquí sur- qirá en forma muy precisa cuáles pacientes son los que en realidad ingresarán en estas instalaciones, y sus principios no deben ser aplicados solamente por las personas que los ofrecen de forma directa, sino por todo el universo que compone la organización de salud.

Este aspecto de cuidados intensivos ha sido objeto de análisis y discusión en

*Especialista de I grado en anestesiología y reanimación. Jefe del departamento de cuidados intensivos. Hospital "Saturnino Lora", Santiago de Cuba.

** Especialista de I grado en medicina interna. Jefe clínico del departamento de cuidados intensivos. Hospital provincial docente "Saturnino Lora".

*** Especialista de I grado en anestesiología y reanimación. Hospital provincial docente "Saturnino Lora".

****Especialista de I grado en medicina interna. Hospital provincial docente Saturnino Lora".

reuniones científicas de carácter provincial. Aquellos que dirigen y laboran en estos servicios, conocen cabalmente lo difícil que resulta, en ocasiones no infrecuentes, autorizar o decidir el ingreso de un paciente.

Múltiples factores pueden contribuir a minimizar estas cuestiones, pero recordemos, en primer lugar que en nuestro país los cuidados intensivos, como tales, constituyen una disciplina joven aún y falta, según nuestro criterio, un largo camino para alcanzar la experiencia integral que se necesita para solucionar esta problemática.

OBJETIVOS

General

- Precisar en cuanto a la asistencia médica, los propósitos que se proponen en las unidades de cuidados intensivos, en lo que respecta a criterios de ingreso.

Específico

- Dar a conocer los resultados obtenidos en este sentido en nuestro departamento, siguiendo una política de trabajo.

MATERIAL Y METODO

Se estableció un protocolo de trabajo basado en un reglamento interno de la unidad, aprobado por el Consejo de Dirección del hospital, cuyos resultados se exponen en el ingreso de 2 810 pacientes en el período comprendido desde 1975 a 1980, ambos inclusive.

DESARROLLO

Recordamos cuando inauguramos esta unidad en los días finales del año 1974, que recorriamos las diferentes salas del hospital en la búsqueda de enfermos que nos fueran trasladados por las diferentes especialidades. Como era lógico, no tenían la apreciación cabal de los beneficios que reportaba este servicio.

Paulatinamente la unidad de cuidados intensivos fue adquiriendo personalidad, y al mismo tiempo se hizo imprescindible atender algunas enfermedades como es el caso: del paciente politraumatizado; el síndrome de dificultad respiratoria; el infarto miocárdico

agudo; etc., cuyos indicadores de morbilidad eran elevados en salas de hospitalización general.

Ahora bien, ello pudiéramos llamarlo un éxito; sin embargo, a medida que transcurría el tiempo apareció otro fenómeno consistente en que cualquier enfermo grave tenía criterio de ingreso” en cuidados intensivos, sin valorar, incluso, sus posibilidades de recuperabilidad. Este problema lo enfrentábamos mayormente con las remisiones de otros hospitales de la provincia o fuera de ésta: el paciente se hallaba en el cuerpo de guardia o en la antesala de la unidad con su familiar, remitido a cuidados intensivos.

Otra situación estaba dada por la solicitud en otros servicios especializados que al no tener camas disponibles, se gestionaba el ingreso en cuidados intensivos.

Junto a estas dificultades se encontraban las presiones por parte de las direcciones administrativas superiores para ingresar pacientes sin criterio de ingreso, pero que en realidad constituían problemas sociales, cuya solución dependía de cuidados intensivos.

Como se puede observar, existen diferentes variantes que llevan al ingreso de un paciente en estas instalaciones:

- El que tiene un criterio de ingreso.
- Aquel que llega por diferentes vías sin criterio de ingreso.
- El que se solicita su ingreso por cuestiones puramente administrativas, sociales, etcétera.

No resulta fácil establecer los límites a favor o en contra de los cuidados intensivos en los ancianos. Aplicamos, desde luego, consideraciones similares en cuanto a la conducta de ingreso de estos pacientes. A ello hay que añadir la capacidad y experiencia del personal facultativo que labora las 24 horas en la unidad, el cual puede cometer errores de apreciación en un sentido u otro, de donde se deduce lo necesario que resulta estar capacitado para decidir con rapidez y exactitud cualquier proceder con vista a determinar el ingreso, o no.

Pensamos acerca de estos aspectos, que el problema estriba en conservar el equilibrio en estas tendencias, con el propósito de no olvidar al paciente, a su familia y a la institución. No obstante, es obvio que puede carecer de justificación iniciar la terapéutica intensiva en un moribundo que padece una enfermedad incurable, sobrecargando la unidad e injustificando el esfuerzo personal que requiere cada uno de ellos para las cargas físicas y psíquicas extremas que impone. Por otra parte, para que no decaiga el entusiasmo por el trabajo, es necesario que todos los pacientes se encuentren en situación de amenaza vital.

Se ve claramente disminuir ese interés en médicos y enfermeras, tan pronto como atienden a pacientes que no requieren ya cuidados intensivos, pero se mantienen en la unidad por razones de otra índole.

De lo anteriormente planteado se infiere que sobre el criterio de ingreso gira toda la planificación y organización de una unidad de cuidados intensivos. La reglamentación y normación de actividades asistenciales, docentes e investigativas, se vinculan estrechamente en este sentido. Una rotación de los especialistas de los diferentes servicios que utilizan estas unidades, les hará comprender mejor estos criterios, a la par que diferentes procedimientos y conductas terapéuticas adquiridas en ello podrán ser aplicados en sus propios servicios, donde los pacientes potencialmente graves recibirán el beneficio de los conocimientos adquiridos.

Aplicamos en la unidad un modelaje que persigue una información estadística en detalle, con el objetivo de supervisar y comprobar diariamente su movimiento hospitalario, desde la procedencia y remisión de los pacientes hasta vincular los motivos de aquellos que requiriendo su ingreso, no lo hicieron por diferentes causas. Como es lógico suponer, estos datos nos apoyan sustancialmente en la búsqueda de medidas que garanticen una solución entre los factores negativos y positivos que rodean a cada paciente.

La solicitud de Ingreso posee diferentes vías, fundamentalmente, el cuerpo de guardia y las salas generales del hospital. Las remisiones de otros lugares de la provincia, así como del resto de las provincias orientales, se efectúan a través del cuerpo de guardia, condicionado a la posibilidad de camas de la unidad y al criterio de ingreso.

Ello es de extrema importancia y constituye un logro en nuestro medio, ya que las relaciones interdepartamentales se mantienen, y al propio tiempo el intercambio en uno y otro sentidos, resulta beneficioso, sobre todo para el paciente.

Independientemente de su remisión y procedencia, todos los enfermos son evaluados por la unidad, estableciéndose un criterio de ingreso, donde las partes interesadas llegan a común acuerdo.

Bajo esta experiencia diríamos que el número de camas destinadas a una unidad de cuidados intensivos dependerá de: la importancia de la zona que atienda: del tipo de pacientes que ingresan en el hospital: de la distribución de las camas entre las diferentes especialidades; y también de la cifra, tipo e importancia de los servicios especializados de la Institución.

Consideramos que un índice ocupacional del 60,0 al 70,0% es óptimo. A primera vista éste puede parecer bajo y antieconómico, pero es preciso tener en cuenta la necesidad de una limpieza y desinfección satisfactoria de las diferentes áreas de hospitalización en períodos regulares. Por tanto, no puede valorarse como bien dirigida una UCI que se encuentre totalmente ocupada, ya que la misma siempre debe estar en disposición de admitir nuevos pacientes.

En unidades como la nuestra, la estadía en general oscila entre 4 y 6 días. Aunque hemos mantenido este índice durante mucho tiempo, al separar a los pacientes que necesitan tratamiento intensivo y a los de vigilancia intensiva, observamos que el índice es de 6 a 8 días para los primeros y de 2 a 4 para los segundos.

En cuanto a los índices de mortalidad bruta y neta, éstos representan del 25 al 30% y del 10 al 15%, respectivamente cuyo comportamiento en la práctica no ha variado durante estos años, condicionado lógicamente a los criterios de ingreso preestablecidos.

La dotación del personal de enfermería influye cuantitativa y cualitativa sobremanera en todo el movimiento hospitalario y, por ende, en el número de ingresos en una UCI. Su distribución equitativa en los diferentes turnos, la dirección centralizada de una enfermera jefe con dotes de autoridad, iniciativa y dedicación, apoyada por un equipo de enfermeras especializadas que jerarquicen cada turno de trabajo, garantizará a cada enfermo una atención adecuada.

De ello se infiere que podemos disponer de camas desocupadas u ociosas, siempre y cuando una enfermera, con su trabajo y dedicación, no pueda ofrecer los cuidados asistenciales intensivos que un determinado paciente requiere. Estados de opinión, tales como "si en una sala hay una enfermera para 20, 30 ó 40 camas..." pueden a menudo ser escuchados.

Es justo reconocer que la intensa presión psíquica que el índice de responsabilidad directa hace contraer a una enfermera con el paciente que asiste, nos obliga a mantener el principio de que no podemos sobrecargar su trabajo, porque entonces no atiende adecuadamente alguno a su cargo y todo se desmorona como un gran castillo de arena.

Esta experiencia la hemos vivido durante años, manteniendo estos criterios y apoyados por las autoridades de nuestra institución. Profundicemos un poco más al referir que este problema es tan dinámico que se presenta día a día, por lo que requiere una estructura administrativa con amplia visión en este sentido.

Las remisiones durante 6 años (cuadro I) ponen de relieve que el departamento de medicina obtiene el 74% de los ingresos.

La proporción 3 a 1 entre pacientes clínicos y quirúrgicos, estimamos resulta adecuada para una unidad como la nuestra. En el cuadro II se muestran los ingresos por enfermedades en el período 1975-1980, y se observa que el número de ingresos por año no ofrece grandes variaciones. En el cuadro III se observa el movimiento hospitalario en el propio período, cumpliéndose los indicadores preestablecidos en el plan técnico-económico del departamento.

CUADRO I
REMISIONES. PERIODO 1975-1980

Departamentos	Pacientes	%
Medicina	2 094	74
Cirugía	716	26
Total	2 810	100

Fuente: *Informe mensual de la UCI.*

CUADRO II
INGRESOS POR AFECCION EN EL PERIODO 1975-1980

Afección	Ingresos					
	1975	1976	1977	1978	1979	1980
Sección de coronarios	116	202	179	199	198	178
Status asmático	95	56	26	46	35	43
Politraumatizado	51	27	38	30	32	40
Posoperatorio no complicado	36	40	19	34	24	26
Sepsis generalizada	30	36	15	19	7	12
Posoperatorio complicado	23	13	36	36	51	79
Insuficiencia aguda	19	10	28	42	26	27
Intoxicados	14	30	40	60	33	32
Síndrome neumológico	11	18	21	13	25	13
Tétanos	3	12	16	11	7	7
Otros	15	14	21	23	46	40
Total	413	458	439	513	484	497

Fuente: *Informe mensual de la UCI.*

Movimiento hospitalario	1975	1976	1977	1978	1979	1980
Ingresos	413	458	459	513	490	497
Egresos	323	356	316	389	349	351
Fallecidos	90	102	114	117	137	122
Mortalidad neta	14,9%	12,7%	14,5%	13,7%	16,9%	17,6%
Mortalidad bruta	21,0%	22,2%	23,9%	23,1%	27,9%	24,8%
Indice ocupacional	72,7%	70,2%	74,4%	80,0%	77,7%	76,5%
Estadía	4,7 días	5,1 días	5,6 días	4,3 días	5 días	4,9 días

Fuente: Informe mensual de la UCI.

CONCLUSIONES

1. El rendimiento alcanzado en las unidades de cuidados intensivos depende del número y capacidad de los médicos y enfermeras y, muy especialmente, de la iniciativa, espíritu y ritmo de trabajo que adoptan, así como de su calidad humana.
2. Los procedimientos que se utilizan para el criterio de ingreso tienen que estar en función de los servicios que brinda la UCI del hospital, así como ajustarse al tamaño, instalaciones y ocupación de camas y a la existencia de otras unidades especiales en la propia institución.
3. La decisión del ingreso debe tomarse por un médico de experiencia, teniendo en cuenta la disponibilidad de camas y personal, valorando cuidadosamente su recuperabilidad; donde las partes interesadas lleguen a un común acuerdo.
4. El cumplimiento del plan técnico-económico en el período que se estudia (1975-1980), conjuntamente con los cuadros que se presentan, ponen de manifiesto que el criterio de ingreso en nuestro departamento desempeñó con acierto su papel en pro de los pacientes.

SUMMARY

Hernández Rodríguez, H. et al. *Criteria on admission to intensive care units*. Rev Cub Med 23: 2, 1984." Importance of criteria on admission to intensive care units (ICU) are made evident, and it is emphasized that it basically depends on several aspects, such as establishment of rules for assistential, teaching, and investigative activities, with a team of skilled workers and with enough knowledges in order to get an adequate yield from these services, and to fulfill the goals for what they have been established. Results obtained at the ICU of "Saturnino Lora" Provincial Teaching Hospital, Santiago de Cuba, during 1975-1980 period, are pointed out.

RÉSUMÉ

Hernández Rodríguez, H. et al. *Critères d'hospitalisations dans les unités de soins intensifs*. Rev Cub Med 23: 2, 1984.

On met en évidence l'importance du critère d'hospitalisation dans les unités de soins intensifs (USI) et il est souligné que ce critère dépend notamment de certains aspects, tels que la réglementation des activités d'assistance, d'enseignement et de recherche, avec un personnel ayant assez d'expérience et de connaissances pour obtenir de ces services un rendement adéquat, et pour atteindre les buts fixés. Il est signalé les résultats obtenus par l'USI de l'hôpital provincial universitaire "Saturnino Lora", de Santiago de Cuba, pendant la période 1975-1980.

BIBLIOGRAFIA

1. *Frey, R. y otros: Tratado de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento Intensivo*. 2a. Ed., p. 933, Salvat, Barcelona, 1976.
2. *Hernández Rodríguez, H.; L. R. Morales: Criterios de ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos*. Bol Hosp "Saturnino Lora" 1(1): 3, 1981.

Recibido: 12 de diciembre de 1982.

Aprobado: 15 de agosto de 1983.

Dr. Héctor Hernández Rodríguez Padre
de las Casas No. 6 e/ Carretera Central
y Calle 4ta.
Santiago de Cuba.