

La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos

César Raúl Aguilar García* Claudia Martínez Torres†

¿QUÉ ES LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS?

Desde tiempos remotos existe la imperiosa necesidad de atender de forma prioritaria a los pacientes en peligro de muerte, situación que se refleja desde el año 1854 durante la Guerra de Crimea, cuando Florence Nightingale consideró que era preciso separar a los soldados en estado de gravedad de aquéllos que sólo tenían heridas menores para cuidarlos de manera especial. Logró reducir la tasa de mortalidad de la batalla de 40% a 2%. En 1950, el anestesiólogo Peter Safar creó un área de cuidados intensivos en la que mantenía a los pacientes sedados y ventilados. Es considerado el primer intensivista. Las epidemias de poliomielitis de 1947 a 1952 obligaron a concentrar a los pacientes con parálisis respiratoria en unidades llamadas de «respiración artificial». En este periodo fue realmente importante la labor desarrollada en Alemania por R. Aschenbrenner y A. Dónhardt, quienes en condiciones precarias realizaron una auténtica labor de pioneros. Los primeros servicios de respiración artificial fueron desarrollados en Dinamarca por Lassen, Dam, Ipsen y Poulsen; en Suecia por Holmdahl y en Francia por Mollaret como respuesta a las epidemias de poliomielitis y que surgieron de la necesidad de vigilar y ventilar constantemente a los enfermos.^{1,2} Las primeras unidades centrales de tratamiento y cuidado intensivo en el sentido actual de este concepto fueron instaladas por iniciativa de P. Safar en Baltimore en 1958 y en Pittsburgh en 1961. Con el paso del tiempo estas unidades fueron creándose en hospitales de todo el mundo a la par de los avances tecnológicos y el desarrollo de la medicina. Hoy en día existen unidades de cuidados intensivos específicas para diferentes especialidades de la salud. Las unidades de cuidados intensivos (UCI) son servicios dentro del marco institucional hospitalario que poseen una estructura diseñada para mantener las funciones vitales de pacientes en riesgo de perder la vida, creadas con la finalidad de recuperación.³

Paciente crítico

La medicina intensiva o medicina crítica es la rama que se ocupa del paciente en estado crítico, que se define

como aquél que presenta alteraciones fisiopatológicas que han alcanzado un nivel de gravedad tal que representan una amenaza real o potencial para su vida y que al mismo tiempo son susceptibles de recuperación. Por lo tanto, hay cuatro características básicas que definen al paciente crítico:

- 1) Enfermedad grave.
- 2) Potencial de revertir la enfermedad.
- 3) Necesidad de asistencia y cuidados de enfermería continuos.
- 4) Necesidad de un área tecnificada (UCI).⁴

En la UCI se encuentran los pacientes que requieren cuidado constante y atención especializada durante las 24 horas del día debido a que su estado es crítico. Es un sector en el que trabajan profesionales especializados y educados para dar la atención debida a los pacientes. En estas áreas laboran médicos, enfermeras y distintos técnicos y paramédicos entrenados en medicina intensiva. Reciben el nombre de intensivistas y típicamente tienen formación previa en medicina interna, cirugía, anestesiología o medicina de urgencias. La población de enfermos candidatos a ser atendidos en las unidades de cuidados intensivos se selecciona de manera variable dentro de cada institución, dependiendo de las características de la misma, pero suele incluir una valoración objetiva, reproducible y cuantificable de la gravedad de los pacientes, la necesidad de esfuerzo terapéutico y los resultados medidos como supervivencia y calidad de vida posterior. En general dichos métodos se clasifican en:

- Índices de gravedad en pacientes críticos (APACHE) que permite evaluar la probabilidad de muerte.
- Puntajes dinámicos o de disfunción (MODS-SOFA) que nos permiten analizar la evolución del paciente.
- Índices de esfuerzo terapéutico precisado (TISS) que además de establecer pronóstico, nos cuestiona si el enfermo puede con seguridad ser egresado a otra sala.
- Escalas de valoración de la evolución, calidad de vida y productividad social post-alta hospitalaria.⁵

Soluciones para mejorar la eficiencia

El crecimiento y proliferación de las unidades de cuidados intensivos ha contribuido al aumento del gasto sani-

* Hospital General de Texcoco, Instituto de Salud, Estado de México. Hospital General de Zona 197, IMSS.

† Hospital General Regional No. 25, Instituto Mexicano del Seguro Social.

tario que ha sufrido el sistema de salud en México en los últimos 20 años. En general, los hospitales sólo ofrecen dos opciones de cuidado: la aplicable en las unidades de hospitalización convencional y la terapia intensiva.

Las pacientes que ingresan a la UCI tienen un orden de prioridad. La primera prioridad es para los pacientes inestables que requieren ayuda intensiva que fuera de la unidad no es posible ofrecer. La prioridad dos es para aquéllos que precisan monitoreo intensivo y que podrían ameritar intervención inmediata. La prioridad tres es para pacientes que pueden recibir tratamiento intensivo para mejorar o estabilizar agudizaciones de enfermedades crónicas, pero que es posible limitar su tratamiento y soporte. Por último, la prioridad cuatro es para los pacientes que no se beneficiarían de los cuidados intensivos. Se incluyen personas que pueden recibir cuidados fuera de la UCI y pacientes con daños o enfermedades irreversibles, es decir están demasiado graves o enfermos para beneficiarse de los cuidados intensivos. Desafortunadamente el concepto de las unidades de cuidados intermedios no se ha adoptado en el sector público de nuestro país y sólo las instituciones privadas cuentan con dicho servicio para pacientes que requieren vigilancia estrecha, aunque no estén particularmente graves.

Así pues, muchos pacientes de la UCI son ingresados sólo con propósitos de vigilancia, debido a que el nivel de cuidado médico y de enfermería necesario no permitiría su ingreso en un cuarto convencional de piso general.⁶ El ingreso de estos pacientes, que sólo precisan observación, supone la eventual exclusión de pacientes más graves, así como un exagerado consumo de recursos, en particular del tiempo del personal sanitario. Deben pues, probarse métodos alternativos para tratar a los pacientes que sólo requieren vigilancia. La información que nos proporcionan los índices de gravedad (solos o en combinación con otros factores tales como diagnósticos, procedimientos quirúrgicos o estado de salud previo) nos permite estratificar a los pacientes por su riesgo de muerte, de tal manera que diferentes programas y formas de tratamiento puedan ser evaluados y comparados entre sí, por lo tanto se debe:

- Mejorar la selección de los pacientes que ingresan en la unidad de cuidados intensivos.
- Optimizar el uso de los recursos disponibles y limitados para el tratamiento de los pacientes críticos.

Uso y mal uso de las unidades de cuidados intensivos

El concepto erróneo y deformado (así quisieran entenderlo los autores) que comúnmente se tiene hoy en día en nuestro medio de lo que es la medicina crítica y la unidad de cuidados intensivos es alarmante y verdaderamente sorprendente. Muy atrás quedaron aquellas épocas en las que solicitar apoyo e interconsulta

a la UCI era cuestión de respeto y jerarquía dentro de una organización. Desafortunadamente hemos sido testigos de una especie de proceso gradual de menigua intramuros de la especialidad, a veces por falta de congruencia, apoyo y sentido común de cierto personal tanto médico como administrativo a diferentes niveles, quienes con frecuencia ordenan de manera inadecuada y en ocasiones por razones extramédicas el ingreso de pacientes. Ante ello cabe preguntarse ¿cuántos de los pacientes que ingresan a las UCI en México tienen en realidad una indicación técnicamente precisa? o bien, ¿sigue siendo útil la valoración del médico intensivista? En repetidas ocasiones en las que un paciente no es aceptado a través de una interconsulta formal por el experto, acude el médico del servicio tratante a ejercer presión ante la autoridad para que ingrese y no pocas veces se emite la orden de ingreso del mismo.

En este vacío de indicación médica, las prioridades suelen extraviarse, no hay metas terapéuticas claras dentro de un ambiente hospitalario a todas luces saturado, se incrementan los costos de atención y lo más importante, se diluyen las responsabilidades y se evade el valioso proceso de rendición de cuentas.

Por lo anterior surge otra pregunta: ¿acaso el especialista en medicina crítica es un simple cuidador de enfermos o debe retomar el papel previo dentro de la institución en la que su opinión era fundamental?

Debe entenderse cabalmente que las áreas de terapia intensiva son servicios especializados cuyo fin es disminuir la morbilidad y mortalidad del paciente en estado crítico.

¿Cuál es el impacto económico en el sistema de salud?

De acuerdo con el Diario Oficial de la Federación vigente, el costo de atención por día de un paciente en UCI es de \$34,509 pesos mexicanos,⁷ esto sin tomar en consideración los costos secundarios por infecciones nosocomiales asociadas a la estancia del enfermo, ni a las comorbilidades del propio paciente o la necesidad de otros tratamientos de alto costo como la hemodiálisis. De allí que es menester realizar una evaluación adecuada de los pacientes para determinar si realmente se benefician o no de los cuidados intensivos con base en lo ya señalado.

Demandas en la UCI

Si bien la gestión de demandas concluidas por especialidad sitúa a la medicina crítica como una de las que a la fecha tiene menos quejas procedentes,⁸ existen situaciones conflictivas. Ya que al ejercer la medicina defensiva las especialidades de la rama (servicios tratantes) y los ingresos administrativos generados por las

autoridades hospitalarias como estrategia para mediar conflictos iniciados en otros servicios, o en respuesta a familiares demandantes, han delegado de forma injusta al médico intensivista la responsabilidad de mediar con estos últimos sus inconformidades con el sistema de salud en general, exponiéndolo a quejas de índole legal que lo obligan a la contratación de seguros de protección médico-legal por la mala praxis de terceros, lo que repercute aún más en la economía del médico quien, en un alto porcentaje, requiere por lo menos dos empleos.

La paciente obstétrica y los cuidados intensivos

Finalmente y en un apartado especial, la paciente obstétrica merece prioridad en el sistema de salud, para lo cual se han creado diferentes estrategias de atención médica en la búsqueda desesperada por preservar la vida de la madre y disminuir la mortalidad durante y después del embarazo, dando origen a programas como el Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata (ERI) que involucra a diversos especialistas en la atención de la paciente obstétrica grave.⁹ Sin embargo, es cada vez más frecuente que el personal involucrado delegue de manera inapropiada la atención de estas pacientes al médico intensivista, incluso de las gestantes que cursan con patologías que no representan una amenaza para su vida. En la gran mayoría de los llamados de código mater o ERI (por lo menos en hospitales públicos de segundo nivel), la paciente no presenta disfunción orgánica ni cursa con patología aguda que ponga en riesgo su vida, sino simplemente son alteraciones propias del embarazo y puerperio o patologías derivadas de éste que, en teoría, deberían ser manejadas sin problema por el servicio tratante.

Por lo anterior urgimos a la comunidad médica así como a las autoridades hospitalarias a reconsiderar el significado que la UCI tiene en la medicina contemporánea, así como el quehacer del médico especialista en medicina crítica con sistemas personalizados de evaluación del desempeño. Es prioritario difundir lo que la medicina crítica significa: *lo crítico se refiere al estado*

*grave en que apenas sobrevive el enfermo, objeto de esta atención. Una medicina crítica es, en consecuencia, aquella que se dirige al enfermo grave, pero que es además vigilante, decisiva, crucial, precisa, exacta, oportuna, reflexiva, analítica, juiciosa, comprometida y eficiente.*¹⁰

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez TB, Franco GJ. Historia de la medicina crítica. *An Med (Mex)*. 2015;60(2):156-159.
2. Vera-Carrasco O. Origen y desarrollo histórico de la Medicina Crítica y Unidades de Cuidados Intensivos en Bolivia. *Rev Med La Paz*. 2015;21(2):77-90.
3. Perdomo-Cruz RG. Medicina Intensiva y las Unidades de Cuidados Intensivos. Definición - Desarrollo histórico - Utilización de sus recursos. *Revista Médica Hondureña*. 1992;60:49-52.
4. Breve historia de la medicina intensiva. El paciente crítico. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. [Consultado el 7 junio 2017] Disponible en: <http://www.ics-aragon.com/cursos/enfermo-critico/pdf/00-00.pdf>.
5. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva SATI. *Terapia intensiva*. 5a edición. Argentina: Editorial Panamericana; 2015. p. 1203.
6. Castillo F, López JM, Marco R, González JA, Puppo AM, Murillo F. Gradación asistencial en Medicina Intensiva: Unidades de Cuidados Intermedios. *Med Intensiva*. 2007;31(1):36-45.
7. ACDO. AS3.HCT.220217/32.P.DF y sus anexos, dictado por el H. Consejo Técnico, relativo a la aprobación de los Costos Unitarios por Nivel de Atención Médica que regirán para el ejercicio 2017. Diario Oficial de la Federación. Ciudad de México 22 de febrero de 2017.
8. Zurita-Navarrete GR. Estado actual de las demandas. *Cir Gen*. 2011;33(S2):S141-S146.
9. Secretaría de Salud. *Triage obstétrico, código mater y equipo de respuesta inmediata obstétrica lineamiento técnico*. Ciudad de México: [Consultado el 7 junio 2017] 2016. Disponible en: http://www.cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/web_TriageObstetricoCM
10. Díaz de León PM, Briones GJ, Gómez-Bravo TE, Gil RN, Heredia HO, Mendoza TA, et al. La problemática de la medicina crítica en México. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int*. 2003;17(1):28-33.

Correspondencia:

Dr. César Raúl Aguilar García
Servicio de Terapia Intensiva.
Nezahualcóyotl esq. Francisco Sarabia s/n,
Col. San Juanito, Texcoco de Mora,
Estado de México.
E-mail: miymc2010@hotmail.com