



CONSORCI  
HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARI  
VALÈNCIA



# CRITERIOS DE INGRESO EN UCI

**Dr. J.C. Valía. Dra I. de la Cruz**

**Servicio de Anestesia Reanimación y Tratamiento del Dolor  
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia**



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada**

**Valencia 6 de Marzo de 2012**



# Introducción

- Las demandas de servicios médicos como la medicina crítica, son las que más a menudo exceden la disponibilidad de recursos.
- En el contexto de estas limitadas condiciones, las instituciones y proveedores individuales de estas atenciones se ven obligados a usar definiciones éticas para distribuir equitativa y eficientemente los recursos disponibles



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada**

**Valencia 6 de Marzo de 2012**



- La mayoría de los médicos opina que las UCIs deberían ser reservadas para aquellos pacientes que poseen condiciones médicas reversibles, es decir aquellos que tienen una “perspectiva razonable de recuperación”, pero...
- Ocorre esto así en nuestras UCIs ??

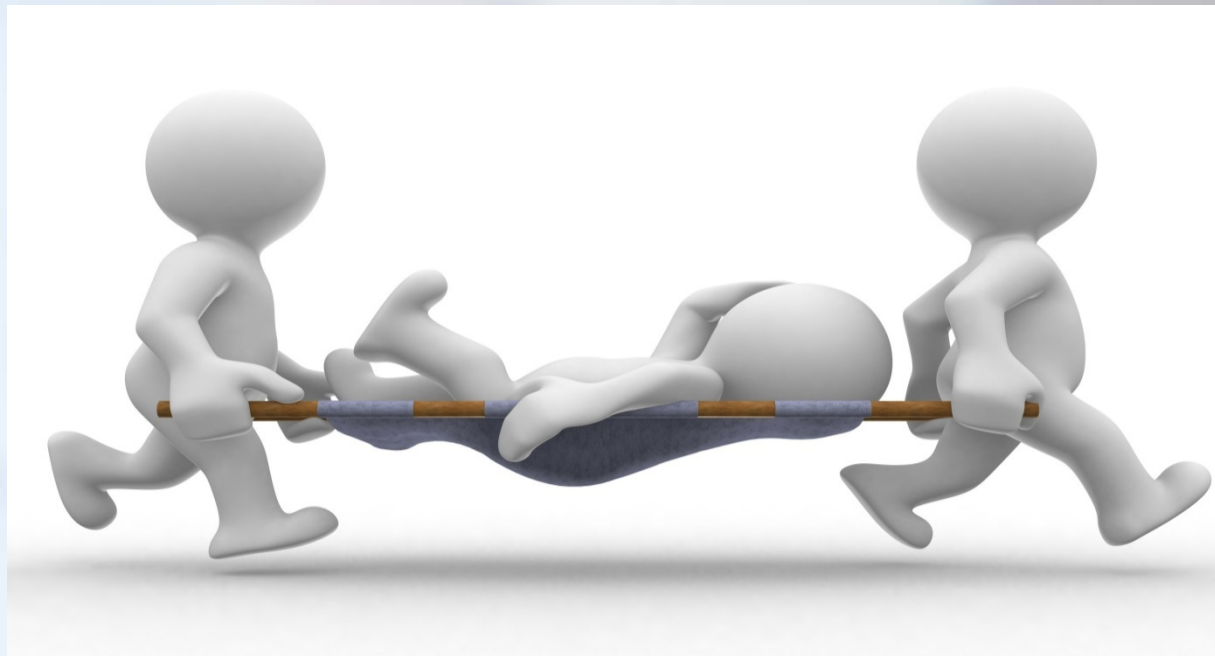


**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada**

**Valencia 6 de Marzo de 2012**



¡ Es necesario establecer criterios para admitir pacientes a UCI !



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada**

**Valencia 6 de Marzo de 2012**



# Historia

- Hace unos 100 años, se admitía y agrupaba a los pacientes de acuerdo a su severidad de enfermedad
- Este concepto es aceptado en los 1940's con las unidades de quemados y trauma : concepto administrativo
- En los 1960's primeras UCIs coronarias, médicas y quirúrgicas
- 1983 : primera conferencia de consenso sobre medicina crítica. National Institute of Health (NIH) señala que deben expandirse las indicaciones de admisión a las UCIs
- 1999 : ACCCM Y SCCM publica guías de admisión y alta de UCI (Crit Care Med 1999 Vol 27 N°3)
- 2003: SIAARTI (società italiana di anestesia analgesia rianimazione e terapia intensiva) publica guías (Minerva anestesiol 2003; 69: 101-18 )
- 2010: MSPS. UCI; estándares y recomendaciones.



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada**

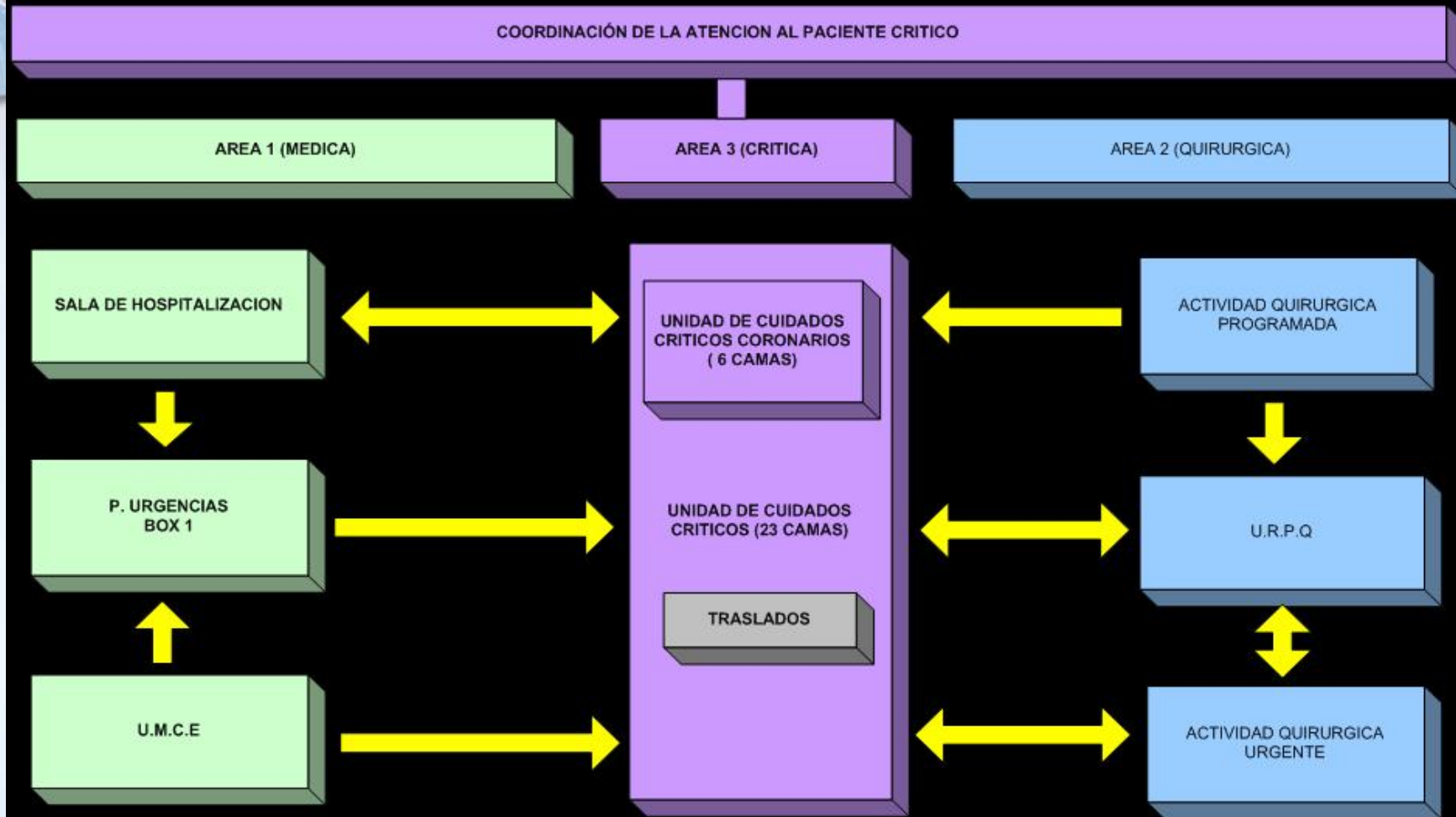
**Valencia 6 de Marzo de 2012**





# DISEÑO DEL PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE CRITICO

Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor  
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada

Valencia 6 de Marzo de 2012



# ¿ Serán útiles ?

- Predictores inespecíficos :  
APACHE, MPM, SAPS
- Predictores específicos : ECG, Hunt Hess, Ranson, Trauma Score , etc
- Lo recomendable es que deben ser evaluados y validados por cada institución



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada

Valencia 6 de Marzo de 2012



# Escalas de gravedad

- Modelos basados en alteraciones fisiológicas
  - Acute Physiology And Chronic Health Evaluation
    - APACHE I, **APACHE II**, APACHE III
  - Mortality Probability Model
    - MPM I, **MPM II** (MPM<sub>0</sub>, MPM<sub>24</sub>)
  - SimPlied Acute Physiology Score
    - SAPS I, **SAPS II**



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada

Valencia 6 de Marzo de 2012





# APACHE II

- 12 variables fisiológicas
- Edad
- Estado de salud previo del paciente
- Observaciones
  - La correlación difiere si el paciente es o no quirurgico
  - No valora el estado previo al ingreso



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada**

**Valencia 6 de Marzo de 2012**



# MPM

- 15 variables
- Edad
- Estado de salud crónica
- **Ventajas**
  - Calcula de forma directa una probabilidad de supervivencia (APACHE la estima)
  - Estima la probabilidad de mortalidad independiente del tratamiento
  - No exige diagnóstico
- Hay cortes por periodos de 24h (24,48,72), cambio su probabilidad



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada**

**Valencia 6 de Marzo de 2012**

# SAPS II



- 17 variables
  - 12 fisiológicas
  - Edad
  - Tipo de ingreso, SIDA, cáncer metastático o proceso hematológico maligno
  
- Observaciones
  - Su cumplimentación es más sencilla que APACHE II
  - No necesita diagnóstico primario
  - Puede mejorar la estimación de la mortalidad respecto a APACHE II



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada**

**Valencia 6 de Marzo de 2012**

# Escalas de gravedad

- APACHE II y III, MPM II y SAPS II están validadas desde el punto de vista prospectivo
- Son útiles para la comparación del rendimiento de las UCC en la asistencia de **grupos de pacientes**
- Hay modelos especializados para pacientes quemados, con traumatismo, sépticos, coronarios, cardioquirúrgicos y pediátricos
- Los modelos permiten la estratificación de los pacientes, para el mejoramiento de la calidad, investigación, manejo de utilización y propagación de los resultados del pronóstico
- Es probable que ninguno de los modelos sea jamás 100% preciso cuando se aplica a **pacientes individuales**, igual que otros procesos médicos
- Análisis de los índices de gravedad
  - Son necesarios aunque no perfectos
  - Quizá SAPS II sea el indicado



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada

Valencia 6 de Marzo de 2012



# Otros determinantes de admisión

- Disponibilidad de camas
- Recursos humanos y técnicos
- Consideraciones éticas, morales, económicas
- Capacidad de ofertar un mínimo de nivel de calidad

DEBEN SER TRATADAS EN CADA CASO PARTICULAR POR LA INSTITUCION, CON EL PACIENTE, CON LA FAMILIA Y CON EL MEDICO TRATANTE



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada**

**Valencia 6 de Marzo de 2012**



# Los criterios de admisión a UCI



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada**

**Valencia 6 de Marzo de 2012**



# Criterios de admisión a UCI

- La definición dada a la UCI delimita los dos criterios clave para la admisión de pacientes en la unidad:
- que precisen un elevado nivel de cuidados
- que sean recuperables.



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada

Valencia 6 de Marzo de 2012



# Criterios de admisión a UCI

Una manera de categorizar los niveles de cuidados es la clasificación del *Department of Health del Reino Unido, que tiene la virtud de atenerse a las necesidades asistenciales del paciente en* lugar de al recurso específico donde está ingresado



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada**

**Valencia 6 de Marzo de 2012**



# Criterios de admisión a UCI

Definimos los niveles 3 y 2 de cuidados críticos:

- **Nivel 3.** Paciente que requiere soporte respiratorio avanzado o soporte respiratorio básico junto con soporte a dos sistemas orgánicos, al menos. Este nivel incluye al paciente complejo que requiere soporte por fallo multiorgánico.

- **Nivel 2.** Paciente que requiere observación más frecuente o intervención, incluido el soporte de un sistema orgánico; paciente que requiere cuidados postoperatorios; o el paciente que proviene de niveles más altos de cuidados.

*La Intensive Care Society desarrolló en 2002 un conjunto de criterios para establecer los niveles de cuidados*



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada**

**Valencia 6 de Marzo de 2012**



# Criterios de admisión a UCI

Nivel	Criterios de nivel de cuidados	Ejemplos
0	<b>Requiere hospitalización.</b> Las necesidades pueden ser atendidas en sala de hospitalización polivalente de agudos	Medicación oral
		Medicación i.v. (bolo)
		Analgesia controlada por el paciente
		Controles con periodicidad superior a cada 4 horas
1	Paciente dado de alta recientemente de un nivel más intensivo de cuidados	Controles con periodicidad igual o inferior a cada 4 horas
	Paciente con necesidades adicionales de control, asistencia sanitaria o asesoramiento clínico	Fisioterapia o aspiración aérea requeridas cada 6 horas o menos pero no cada 2 horas o menos
	Paciente que requiere apoyo del "servicio ampliado de cuidados críticos".	Signos vitales anormales, pero que no requieren un nivel más intensivo de cuidados
	Paciente que requiere la atención de personal con competencias específicas y/o instalaciones adecuadas para, al menos, un aspecto de la asistencia sanitaria prestada en el entorno de la unidad de enfermería de hospitalización polivalente	Terapia renal sustitutiva (insuficiencia renal crónica estable) Analgesia epidural Cuidados de la traqueostomía



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada

Valencia 6 de Marzo de 2012





2	<b>Paciente que requiere monitorización o soporte de un órgano o sistema</b> (paciente que requiere asistencia respiratoria avanzada como único sistema orgánico pueden satisfacer normalmente criterios para un nivel 3)	<b>Respiratorio:</b> Requerir una concentración > 50% de oxígeno inhalado
		Ventilación no invasiva o con presión positiva (presión positiva respiratoria continua)
		Fisioterapia o aspiración al menos cada 2 horas
		<b>Cardiovascular:</b> Inestabilidad, requiriendo monitorización ECG continua y presión intraarterial
		Inestabilidad hemodinámica debido a hipovolemia, hemorragia o sepsis

Nivel	Criterios de nivel de cuidados	Ejemplos
		Infusión de fármacos vasocactivos y monitorización
		<b>Sistema Nervioso Central:</b> depresión que compromete la respiración y los reflejos protectores
		Monitorización neurológica intensiva
		<b>Otros:</b> deterioro agudo de la función renal, balance electrolítico o metabólica



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada

Valencia 6 de Marzo de 2012



<p><b>Paciente que precisa optimización pre-operatoria prolongada</b>, debido a la naturaleza del procedimiento o a la condición del paciente. Pueden incluirse en este grupo pacientes con necesidades &lt; 24 horas, como ventilación postoperatoria de rutina que no tienen otra disfunción orgánica y se encuentran bien (pacientes procedentes de cirugía cardiaca -"fast track"-)</p>	<p><b>Procedimientos:</b> Cirugía mayor programada, cirugía de urgencias en pacientes inestables o con alto riesgo; mayor riesgo de complicaciones, intervención o vigilancia posquirúrgica</p>
	<p><b>Paciente:</b> cirugía intermedia en pacientes &gt; 70 años o ASA III o IV (enfermedad sistémica grave con limitación funcional o peor)</p>
<p><b>Paciente que precisa un mayor nivel de observación y monitorización</b></p>	<p>Observación y monitorización que no pueden ser provistas en un nivel 1 o 0, de acuerdo con criterios clínicos y los recursos en hospitalización</p>
<p><b>Paciente procedente de un nivel superior de cuidados</b></p>	<p>Paciente que no cumple criterios para un nivel 3, pero que no están suficientemente bien como clasificarlos en niveles 1 o 0</p>
<p><b>Paciente con anomalías fisiológicas importantes no corregidas.</b> Estas anomalías fisiológicas, si no se corrigen, es probable que indiquen que el paciente precisa un nivel 2 de cuidados o superior. Pacientes con menores grados de anomalías pueden requerir también un nivel 2 o 3</p>	<p><b>Frecuencia respiratoria</b> &gt; 40 r.p.m. o de 30 r.p.m. por más de 2 horas</p>
	<p><b>Frecuencia cardiaca</b> &gt; 120 l.p.m.</p>
	<p><b>Temperatura</b> &lt; 35° durante más de 1 hora</p>
	<p><b>Hipotensión</b> (por ejemplo TAS &lt; 80 mmHg durante &gt; 1 hora)</p>
	<p><b>Glasgow Coma Score</b> &lt; 10 y en riesgo de deterioro agudo</p>



## SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada

Valencia 6 de Marzo de 2012

# Los criterios de admisión a UCI



3	<p>Paciente que precisa monitorización y soporte respiratorio avanzado. Excluido de este grupo puede estar el paciente que necesita soporte a corto plazo (ejem. ventilación postoperatoria de rutina &lt; 24 horas, en paciente que, por otra parte, están bien y sin otra disfunción orgánica -cirugía cardiaca "fast track"). Si la necesidad de soporte respiratorio excede 24 horas o se desarrolla otra disfunción orgánica significativa se considerarán nivel 3 de asistencia</p>	<p>Insuficiencia respiratoria de cualquier causa que requiere soporte ventilatorio mediante ventilación invasiva con presión positiva</p>
	<p>Paciente que requiere soporte de dos o más sistemas orgánicos, uno de los cuales puede ser soporte respiratorio básico o avanzado</p>	<p>Presión positiva variable / binivel mediante cualquier forma de tubo endotraqueal</p> <p>Soporte respiratorio extracorpóreo</p> <p>Ventilación obligatoria asistida o sincronizada / ventilación mecánica controlada e infusión intravenosa continua de fármacos vasoactivos</p>





Nivel	Criterios de nivel de cuidados	Ejemplos
		Ventilación obligatoria asistida o sincronizada / ventilación mecánica controlada y hemofiltración
		Paciente de alto riesgo procedentes de cirugía mayor, que probablemente requieran soporte respiratorio avanzado y soporte / monitorización de otros órganos o sistemas
		Infusión intravenosa continua para controlar convulsiones y monitorización respiratoria / de las vías aéreas
	Paciente con deterioro crónico de uno o más órganos, que provoca una restricción de las actividades diarias (comorbilidad) y que requiere soporte para un fallo agudo y reversible de otro órgano o sistema	Cardiopatía isquémica grave y hemorragia postoperatoria importante
		Bronconeumopatía crónica obstructiva en tratamiento con oxígeno domiciliario y sepsis vinculada a la inmunosupresión
		Angina con esfuerzos moderados y bronconeumopatía con presión positiva respiratoria continua
Fuente: Goldhill D. Levels of critical care for adult patients. Intensive Care Society. 2002.		



## SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada

Valencia 6 de Marzo de 2012



# Consideraciones generales

- Hay 2 condiciones en que el manejo de UCI no ofrece beneficios sobre el cuidado convencional :

“Demasiado bien para beneficiarse”

“Demasiado enfermos para beneficiarse”



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada

Valencia 6 de Marzo de 2012





# Consideraciones generales

- Por norma general los pacientes admitidos a UCI deben ser agudos graves o críticos con posibilidades de recuperación
- No debemos basar el criterio de admisión en un diagnóstico específico sino en la necesidad de los recursos de UCI
- En lo posible evitar el ingreso de casos terminales con pronóstico fatal a corto plazo



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada

Valencia 6 de Marzo de 2012



# Modelos de criterios de admisión

- Modelo de priorización
- Modelo por diagnósticos
- Modelo por parámetros objetivos



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada

Valencia 6 de Marzo de 2012



# Criterios de admisión a UCI

## Modelo de priorización

- Establece 4 niveles de prioridad :  
I, II, III y IV
- Los mas beneficiados : PRIORIDAD I
- Los menos: PRIORIDAD IV



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada

Valencia 6 de Marzo de 2012



# Prioridades de admisión a UCI

## PRIORIDAD I

- Pacientes críticamente enfermos, inestables que necesitan tratamiento intensivo (soporte ventilatorio, drogas vasoactivas) y monitorización que no se pueda brindar fuera de UCI

NO TIENEN LIMITACION EN LA TERAPIA



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada

Valencia 6 de Marzo de 2012



# Prioridades de admisión a UCI

## PRIORIDAD I

- Ejemplos :
- Insuficiencia respiratoria con soporte ventilatorio
- Shock séptico con monitorización hemodinámica y drogas vasoactivas.



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada

Valencia 6 de Marzo de 2012





# Prioridades de admisión a UCI

## PRIORIDAD II

- Pacientes no necesariamente críticos que requieren monitorización intensiva y pueden potencialmente necesitar tratamiento intensivo

NO TIENEN LIMITACION EN LA TERAPIA



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada

Valencia 6 de Marzo de 2012



# Prioridades de admisión a UCI

## PRIORIDAD II

- Ejemplos :
- Pacientes con enfermedades crónicas que presentan estados comórbidos que desarrollan un situación aguda médica o quirúrgica.
- Anciano con secuela de ACV que requiere una cirugía



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada

Valencia 6 de Marzo de 2012



# Prioridades de admisión a UCI

## PRIORIDAD III

- Pacientes inestables críticamente enfermos por una enfermedad aguda, pero que asocian enfermedad de fondo y tienen mínima posibilidad de recuperación y beneficio con el tratamiento en UCI
- Estos pacientes pueden recibir tratamiento intensivo para aliviar la complicación aguda

NO SE DARÁN MEDIDAS EXTRAORDINARIAS DE SOPORTE como: RCP, intubación endotraqueal + VM, NPT, hemodiálisis, medicación de alto coste



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada

Valencia 6 de Marzo de 2012



# Prioridades de admisión a UCI

## PRIORIDAD III

- Ejemplos :
- Enfermedad metastásica complicada con infecciones
- Taponamiento cardíaco
- Obstrucción de vía aérea, etc



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada

Valencia 6 de Marzo de 2012



# Prioridades de admisión a UCI

## PRIORIDAD IV

- Pacientes que **generalmente NO SON APROPIADOS PARA ADMITIR en UCI**
- La admisión debe ser individualizada por circunstancias inusuales y bajo la supervisión del Jefe de la UCI
- Existen 2 categorías



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada

Valencia 6 de Marzo de 2012





# Prioridades de admisión a UCI

## PRIORIDAD IV

1. Pacientes que se beneficiaran poco de los cuidados brindados por UCI (poca intervención) : “demasiado bien para beneficiarse”

Ej. : cirugía vascular periférica, cetoacidosis diabética hemodinamicamente estable, ICC leve, sobredosis de drogas sin compromiso del nivel de conciencia, etc.



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada**

**Valencia 6 de Marzo de 2012**



# Prioridades de admisión a UCI

## PRIORIDAD IV

2. Pacientes con enfermedad terminal e irreversible con inminencia de muerte : “demasiado enfermos para beneficiarse”

Ej. : daño cerebral irreversible, ME (excepto donantes), cáncer metastásico que ha fallado el tratamiento, estado vegetativo persistente, etc.



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada

Valencia 6 de Marzo de 2012



# Criterios de admisión a UCI

## Modelo por diagnósticos

- Se basa en un listado de condiciones o enfermedades específicas que determinan admisiones apropiadas a las UCIs



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada**

**Valencia 6 de Marzo de 2012**



# Criterios de admisión a UCI

## Modelo por diagnósticos


### SISTEMA CARDIOVASCULAR

- 1) IMA complicado
- 2) Shock cardiogénico
- 3) Arritmias con compromiso hemodinámico
- 4) ICC con fallo respiratorio y/o necesidad de soporte hemodinámico
- 5) Emergencias hipertensivas
- 6) Angina inestable
- 7) Paro cardiaco
- 8) Taponamiento cardiaco
- 9) Disección aórtica
- 10) Bloqueo AV completo u otro que requiera MP



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada

Valencia 6 de Marzo de 2012



# Criterios de admisión a UCI

## Modelo por diagnósticos

### SISTEMA RESPIRATORIO

- 1) Insuficiencia respiratoria aguda que requiere soporte ventilatorio
- 2) Embolia pulmonar con inestabilidad hemodinámica
- 3) Necesidad de cuidados respiratorios de enfermería que no se brindan en unidades de menor complejidad
- 4) Hemoptisis masivas
- 5) Fallo respiratorio con intubación inminente
- 6) Obstrucción de vía aérea



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada

Valencia 6 de Marzo de 2012





# Criterios de admisión a UCI

## Modelo por diagnósticos


### DESORDENES NEUROLOGICOS

- 1) ACV agudo
- 2) Coma agudo
- 3) Hemorragia intracerebral
- 4) Hemorragia subaracnoidea
- 5) Meningitis con alteración de conciencia o respiratoria
- 6) Estado epiléptico
- 7) Encefalopatía hipertensiva
- 8) TCE
- 9) Vasoespasmo
- 10) Muerte encefálica o potencial en tto. pleno en vías de determinar condición de donante



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada

Valencia 6 de Marzo de 2012



# Criterios de admisión a UCI

## Modelo por diagnósticos

### SOBREDOSIS DE DROGAS

- 1) Ingestión de drogas con inestabilidad hemodinámica
- 2) Ingestión de drogas con alteración significativa del nivel de conciencia
- 3) Ingestión de drogas con riesgo de aspiración pulmonar
- 4) Convulsiones post-ingesta de drogas



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada

Valencia 6 de Marzo de 2012



# Criterios de admisión a UCI Modelo por diagnósticos

## DESORDENES GASTROINTESTINALES

- 1) Hemorragia digestiva masiva
- 2) Pancreatitis aguda grave
- 3) Insuficiencia hepática aguda
- 4) Perforación esofágica con o sin mediastinitis



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada**

**Valencia 6 de Marzo de 2012**



# Criterios de admisión a UCI

## Modelo por diagnósticos


### SISTEMA ENDOCRINO

- 1) Cetoacidosis diabética complicada
- 2) Tormenta tiroidea, coma mixedematoso con inestabilidad hemodinámica
- 3) Estado hiperosmolar con coma y/ó inestabilidad hemodinámica
- 4) Crisis adrenales con inestabilidad hemodinámica
- 5) Hipercalcemia severa con alteración conciencia
- 6) Hipo/hipernatremia con convulsiones y alteración del estado mental
- 7) Hipo/hiperkalemia con arritmias o debilidad
- 8) Hipo/hipermagnesemia con compromiso hemodinámico, conciencia y/o arritmias
- 9) Hipofosfatemia con debilidad muscular



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada**

**Valencia 6 de Marzo de 2012**



# Criterios de admisión a UCI Modelo por diagnósticos

## QUIRURGICOS

Pacientes postquirúrgicos con necesidad de monitorización hemodinámica, soporte ventilatorio y cuidado de enfermería intensivo



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada

Valencia 6 de Marzo de 2012





# Paciente Quirúrgico

- Los criterios de ingreso del paciente quirúrgico en una Unidad de Críticos estarán definidos por las siguientes circunstancias:
  - Procedimientos quirúrgicos establecidos
  - Procedimientos quirúrgicos que sin estar incluidos en el anterior apéndice sean realizados en paciente cuyo estado físico lo haga recomendable
  - Procedimientos quirúrgicos que presenten incidencias que requieran la atención del paciente en una unidad de cuidados críticos



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada**

**Valencia 6 de Marzo de 2012**





# Criterios de admisión a UCI

## Modelo por diagnósticos

### MISCELÁNEA

- Shock séptico
- Monitorización hemodinámica
- Condiciones clínicas con altos requerimientos de cuidados de enfermería
- (por ej: uso de ventilación mecánica no invasiva, etc)
- Injurias ambientales (radiación, ahogamiento, hipo- o hipertermia)
- Terapias nuevas o experimentales con potenciales complicaciones (trombolisis de infartos cerebrales, tromboembolismo pulmonar, etc)
- Postoperatorio de transplantes (renal, hepático y pulmonar)
- Cirugía en enfermedad pulmonar obstructiva crónica



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada**

**Valencia 6 de Marzo de 2012**



# Crterios de admisi3n a UCI

## Modelo por par3metros objetivos

- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) incluye una serie de 5 par3metros a considerar : signos vitales, laboratorio, imagen, ECG y signos f3sicos de comienzo agudo
- Cada hospital tiene la obligaci3n de incorporar nuevos par3metros objetivos de acuerdo al tipo de pacientes y patolog3as mas frecuentes



SARTD-CHGUV Sesi3n de Formaci3n Continuada

Valencia 6 de Marzo de 2012



# Criterios de admisión a UCI Modelo por parámetros objetivos

## SIGNOS VITALES

- A. Pulso  $<40$  ó  $> 150$  latidos/min
- B. PAS  $< 80$  mm Hg
- C. PAM  $< 60$  mm Hg
- D. PAD  $> 120$  mm Hg
- E. FR  $> 35$  respiraciones/min



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada

Valencia 6 de Marzo de 2012





# Criterios de admisión a UCI Modelo por parámetros objetivos

## VALORES LABORATORIO

- A. Na sérico  $< 110$  mEq/L ó  $> 170$  mEq/L
- B. K sérico  $< 2$  mEq/L ó  $> 7$  mEq/L
- C. Pao<sub>2</sub>  $< 50$  mm Hg
- D. pH  $< 7,1$  ó  $> 7,7$
- E. Glicemia  $> 800$  mg%
- F. Ca  $> 15$  mg%
- G. Niveles tóxicos de drogas u otras sustancias en paciente comprometido neurológica/hemodinámicamente





# Criterios de admisión a UCI Modelo por parámetros objetivos

## IMAGEN (Rx, ECO, TAC)

- A. Hemorragia cerebrovascular, contusión, HSA, con alteración de conciencia o focalización
- B. Rotura de víscera, vejiga, hígado, varices esofágicas, útero, con inestabilidad hemodinámica
- C. Aneurisma disecante de aorta





# Criterios de admisión a UCI Modelo por parámetros objetivos

## ELECTROCARDIOGRAFIA

- A. IMA con: arritmia compleja, inestabilidad hemodinámica, ICC
- B. Arritmias SV con inestabilidad hemodinámica
- C. TV o FV
- D. Bloqueo AV completo



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada

Valencia 6 de Marzo de 2012



# Criterios de admisión a UCI Modelo por parámetros objetivos

## SIGNOS FISICOS DE COMIENZO AGUDO

- A. Anisocoria + alteración de conciencia
- B. Anuria
- C. Obstrucción de vía aérea
- D. Coma
- E. Status convulsivo
- F. Cianosis
- G. Taponamiento cardíaco



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada

Valencia 6 de Marzo de 2012



# Los criterios de alta de UCI

- La condición de los pacientes en UCI debe ser evaluada continuamente para identificar cuál de ellos ya no se está beneficiando de UCI y su atención pueda ser brindada en otras unidades de menor complejidad, sin poner en riesgo al paciente
- Dos son las principales condiciones :
  1. Sistemas fisiológicos mayores estables y/o monitorización y cuidados en UCI no necesarios
  2. Estado fisiológico del paciente deteriorado sin respuesta a la terapia, o NO planteamiento de nuevas terapias

Considerar la posibilidad de transferir a un área de menor cuidado



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada**

**Valencia 6 de Marzo de 2012**





# Evaluación del rendimiento y recomendaciones

Hacer seguimiento de los pacientes rechazados para evaluar si en otras áreas se aseguró una atención adecuada

Evaluar las altas precoces que generaron conflicto, así como los reingresos antes de las 48 hs



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada**

**Valencia 6 de Marzo de 2012**



# Artículos recientes

## **Do we have to admitt cancer patients to the intensive care unit?**

J.J. Cáceres Agra, L. Santana Cabrera, M. Sánchez-Palacios y E. Hernández Medina

Revista Clínica Española. 2010; vol 210 N° 3:148

Mortalidad pacientes oncológicos en UCI comparable a la de pacientes críticos sin cáncer→no se justifica no ingresar a un paciente con estas características.

## **Admission of advanced lung cancer patients to intensive care unit: A retrospective study of 76 patients**

Claire Andrėjak, Nicolas Terzi, Stéphanie Thielen, Emmanuel Bergot, Gérard Zalcmán, Pierre Charbonneau and Vicent Jounieaux.

BMC Cancer. 2011; 11:159

Patients with advanced lung cancer and non-infectious iatrogenic complications may benefit from MCIU admission.



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada**

**Valencia 6 de Marzo de 2012**



# Artículos recientes

## **What is the optimal criteria for Intensive Care Unit admission?**

Takeuchi, Satoro;

The journal of trauma, injury, infection and critical care. 2011 ; vol 70 n°5:1303-1304.

Los pacientes con factores de alto riesgo (coagulopatía, talla de la lesión, edad avanzada...) para hemorragia progresiva, deberían ser monitorizados cuidadosamente (ingreso UCI).

## **Selection of intensive care unit admission criteria for patients aged 80 years and over and compliance of emergency and intensive care unit physicians with the selected criteria: An observational, multicenter, prospective study.**

Maité Garrouste-Orgeas, MD; Ariane Boumendil, PhD; Dominique Pateron, MD;  
Critical Care Medicine 2009 vol 37 N° 11

Los médicos tanto de urgencias como de UCI, son extremadamente reacios a considerar ingreso en UCI de pacientes >80 años, a pesar de la presencia de criterios indicando que su admisión podría ser apropiada.



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada**

**Valencia 6 de Marzo de 2012**



# Artículos recientes

## **Criteria for patient admission to an intensive care unit and related mortality rates**

Vanessa Maria Horta Caldeira, Joao Manuel Silva Junior, Amanda Maria Ribas  
Revista Clínica Española. 2010; vol 218 N° 3:148

La edad y los marcadores de pronóstico y de disfunción orgánica, eran los factores más importantes entre los pacientes con prioridad 3 y 4 y fueron relacionados con el rechazo en la admisión a cuidados intensivos.



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada**

**Valencia 6 de Marzo de 2012**



# Artículos recientes

## **Iatrogenic events contributing to ICU admission: a prospective study**

Emmanuelle Mercier, Bruno Giraudeau, Guy Ginies, Dominique Perrotin, Pierre-François Dequin

Intensive Care Medicine 2010; 36: 1033-1037

De los ingresos en UCI, un 19,5% eran por eventos iatrogénicos con alta proporción de shock y por tanto necesitando tratamientos invasivos y una estancia en UCI más prolongada.

## **Who to admit to intensive care?**

G D Perkins, J N Fullerton.

Critical Care Medicine. Clinical Medicine 2011; vol 11 N° 6:601-604

Las decisiones son multifactoriales y a menudo cambian éticamente pero las guías existen para ayudar a dirigir el proceso de elección. La decisión ha de basarse en si la admisión proporcionará en general ventajas al paciente.



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada**

**Valencia 6 de Marzo de 2012**





# Artículos recientes

## **Admission and discharge of critically ill patients**

Maurizia Capuzzo, Rui P. Moreno and Raffaele Alvisi  
Current Opinion in Critical Care 2010; 16: 499-504.

Las decisiones de ingresar y dar de alta pacientes de la UCI dependen del paciente, la infraestructura y de los médicos.  
El ingreso precoz de pacientes críticos es beneficioso.

## **Comparison of Medical Admissions to Intensive Care Units in the United States and United Kingdom**

Hannah Wunsch, Derek C. Angus, David A. Harrison, Walter T. Linde-Zwirble and Kathryn M. Rowan  
Am J Respir Crit Care Med 2011 vol 183 . Pp 1666-1673

Menor disponibilidad de camas de UCI en Reino Unido se asocia con menos ingresos provenientes de urgencias, estancias en la sala más largas antes del ingreso en UCI y mayor severidad de las enfermedades ingresadas.



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada**

**Valencia 6 de Marzo de 2012**



**Muchas gracias**



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada**

**Valencia 6 de Marzo de 2012**