



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA



ACTUALIZACIÓN DE LOS CRITERIOS DE INGRESO EN UCI

Dra Elena Biosca
Dr. Juan Carlos Valía

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



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 29 de Noviembre de 2016

ÍNDICE

- CRITERIOS ADMISIÓN UCI
- ENVEJECIMIENTO POBLACIÓN. SINDROME FRAGILIDAD ANCIANO
- SCORES PACIENTES UCI
- MODELOS DE PROTOCOLOS DE ADMISIÓN
- CRITERIOS ALTA. FUTILIDAD. LIMITACIÓN ESFUERZO TERAPEUTICO



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 29 de Noviembre de 2016**

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

- UCI: Sección de un centro hospitalario donde se ingresa a los enfermos de mayor gravedad que requieren una vigilancia y una atención continua y específica.
- Equipos sofisticados + personal entrenado
- Cambios demográficos: aumento población y expectativa de vida
- Epidemias siglo XXI: sd metabólico, obesidad
- Demandas servicios exceden disponibilidad recursos

RECURSOS < NECESIDADES



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 29 de Noviembre de 2016



CRITERIOS ADMISIÓN UCI

- Pacientes susceptibles de recuperación que requieren soporte respiratorio o al menos de dos órganos-sistemas o por fallo multiorgánico
- Necesidad de:
 - Monitorización continua y/o invasiva
 - Tratamiento soporte vital
 - Tratamientos especiales
 - ** papel en ptes postoperatorios
- **PACIENTES QUE TIENEN MAYORES PROBABILIDADES DE RESPONDER SATISFATORIAMENTE**

Criterios de admisión y alta para la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN) en adultos



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 29 de Noviembre de 2016**

CRITERIOS ADMISIÓN UCI

- Definir GRAVEDAD y REVERSIBILIDAD patología
- Definir que tipo de tratamiento requiere
- PRIORIZACIÓN

NO CANDIDATOS

- “pacientes demasiado bien para beneficiarse de la atención en UCI”
- “pacientes demasiado enfermos para beneficiarse de la atención en UCI”



CRITERIOS ADMISIÓN UCI

- ADMISIÓN ÉTICAMENTE INADECUADA EN:

“ pacientes demasiado enfermos para beneficiarse de la atención en UCI”

Ej: Pacientes terminales

- Prolongación agonía
- No respeto muerte digna
- Autonomía del paciente → Voluntades anticipadas
- Bloqueo cama para pacientes recuperables
- Aumento gastos

MALEFICIENCIA

Fina línea de lo puramente médico y lo ético



SARTD.

Ethical problems in intensive care unit admission and discharge decisions: a qualitative study among physicians and nurses in the Netherlands

Anke JM Oerlemans^{1*}, Nelleke van Sluisveld¹, Eric SJ van Leeuwen², Hub Wollersheim¹, Wim JM Dekkers¹ and Marieke Zegers¹

CRITERIOS ADMISIÓN UCI

- FACTORES A VALORAR

- **Edad**

- Estado funcional previo hospitalización- nivel dependencia
 - Reserva fisiológica
 - Comorbilidades
 - Diagnóstico de ingreso
 - Pronóstico
 - Disponibilidad tratamiento adecuado
 - Hospitalización previa
 - Calidad de vida esperada de la vida
 - Deseo paciente



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 29 de Noviembre de 2016**

ENVEJECIMIENTO POBLACIÓN

80 a

- Subgrupo especial
- Tradicionalmente tendencia infravalorar utilidad UCI en ancianos
- A > edad:
 - Mayor probabilidad comorbilidades
 - Menor reserva fisiológica
 - Mayor discapacidad y peor calidad vida pre ingreso
 - Mayor coste financiero
- Creciente población de ancianos.
 - > 40% procedimientos quirúrgicos son en > 65a
- Creciente número ingresos ancianos en UCIs
- Pocos estudios prospectivos

Edad como criterio ingreso → controversia



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 29 de Noviembre de 2016

Criterios de admisión y alta para la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN) en adultos

ICE-CUB

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*

- 2009. Estudio multicéntrico prospectivo. Primera fase
- 2646 pacientes > 80 a
- Método Delphi para selección de criterios
- Objetivo :
 - Establecer qué pacientes cumplían criterios inequívocos de ingreso en UCI y cuales dudoso
 - describir los criterios de admisión en la UCI para los pacientes mayores de 80 años.
- Los autores concluyen que, tanto médicos de urgencias como intensivistas, mantienen políticas de ingreso en UCI muy restrictivas para los pacientes de ≥ 80 años. La edad no es una contraindicación.



ENVEJECIMIENTO POBLACIÓN SINDROME DE FRAGILIDAD

- Estado de reserva homeostática disminuido
- Pérdida de funcionalidad
- Mayor vulnerabilidad a los factores de estrés
 - Empeoramiento estado basal
 - **Mayor riesgo de sufrir complicaciones**
- Aumento estancia hospitalaria



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 29 de Noviembre de 2016**

ENVEJECIMIENTO POBLACIÓN

SINDROME DE FRAGILIDAD

INDICADORES FRAGILIDAD

- 4 mecanismos ppales:
 - Aterosclerosis
 - Deterioro cognitivo
 - Sarcopenia
 - Desnutrición
y alteraciones metabólicas

DE SALUD	SOCIALES
1. Patología crónica	1. Necesidad de atención sanitaria en el domicilio una vez al mes
2. Ictus con secuelas	2. Incapacidad funcional por otras causas
3. Infarto de miocardio de menos de seis meses de evolución.	3. <u>SER MAYOR DE 80 AÑOS</u>
4. Enfermedad de Parkinson	4. Vivir solo
5. E. pulmonar obstructiva crónica	5. Viudez inferior a un año
6. Patología-osteo-articular degenerativa.	6. Cambio de domicilio menos de un año
7. Caídas	7. Situación económica precaria
8. Déficit audiovisual severo	
9. Hipoacusia severa	
10. Enfermedad terminal	
11. Toma de tres fármacos con efectos secundarios importantes	
12. Prescripción en el último mes de antihipertensivos, antidiabéticos o sedantes	
13. Ingreso hospitalario en los últimos doce meses	
14. Deterioro cognitivo	
15. Depresión	



ENVEJECIMIENTO POBLACIÓN SINDROME DE FRAGILIDAD

- **Factor independiente de complicaciones en el postoperatorio,**
institucionalización y muerte
- **Importante su valoración en el preoperatorio. Índice fragilidad.**
 - **Evaluación inexacta. Dificultad medir reserva fisiológica**
- Selección de pacientes con mayor riesgo de complicaciones postoperatorias
- VALORAR NECESIDAD ANESTESIOLOGO EN COMITÉ DE TUMORES. PARTICIPACIÓN EN LA DECISIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A INTERVENCIONES QUIRURGICAS DE RIESGO.



ENVEJECIMIENTO POBLACIÓN



- RETO
- Valorar
 - gravedad de la enfermedad
 - comorbilidades del paciente
 - el estado funcional pre-hospitalaria
 - las preferencias del paciente con respecto al tratamiento de soporte vital
- Estado funcional previo y la gravedad de la enfermedad aguda: mejores para predecir la mortalidad en la UCI

CDITEDIA

Selection of ICU admission criteria for elderly patients



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*

**Guidelines:
erations,
and Further**

SCORES UCI

- ESCALAS DE GRAVEDAD
- Deben ser evaluados periódicamente y validados por cada institución
- Mayor utilidad: tras ingreso.
- Limitaciones: ubicación previa, retraso ingreso UCI, factores terapéuticos
- Muchos predictores de mortalidad
- NINGUNO utilizado para predecir resultados EN PACIENTE INDIVIDUAL ESPECÍFICO
- **Utilidad como modelos de criterios admisión, NO probado**



Aplicabilidad de los *scores* en medicina intensiva

JOSÉ M. NICOLÁS Y PEDRO CASTRO
Área de Vigilancia Intensiva. Hospital Clinic. Barcelona. España.

Criterios de admisión y alta para la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN) en adultos

SCORES UCI

- Ningún instrumento tiene una superioridad demostrada en capacidad de predecir la muerte.
- Siempre recomendados los genéricos frente los específicos
 - En pte séptico: SOFA
- Necesidad scores paciente anciano
- **UTILIDAD LIMITADA**



Modelo	Propósito
APACHE	Predicción de: Mortalidad en UCI y hospitalaria Tiempo de estancia en UCI y hospitalaria Duración de la ventilación mecánica Riesgo de necesitar tratamiento activo en UCI Probabilidad de uso de catéter de arteria pulmonar Traslados potenciales desde UCI
SAPS	Predicción de mortalidad hospitalaria
MPM	Predicción de mortalidad hospitalaria
SOFA	Valoración de disfunción orgánica
MODS	Valoración de disfunción orgánica
LODS	Valoración de disfunción orgánica
MSOF	Valoración de disfunción orgánica
ISS	Valoración de gravedad en politraumáticos y quemados
TISS	Valoración de la intervención terapéutica
NEMS	Valoración de la intervención terapéutica
NAS	Valoración de la intervención terapéutica



SCORES UCI

- APACHE (I, II, III, IV)
 - APACHE II: 12 variables fisiológicas
 - APACHE III mayor exactitud para tasas grupales
 - Variables psicológicas
 - Añadido variables (momento admisión)
 - Se agrega en particular dos variables importantes: El origen del paciente y el sesgo de anticipación.
 - Ampliado cantidad diagnósticos
 - Predicciones estancia en hospital y en UCI
 - APACHE IV: predice duración estancia en UCI
 - II y IV, las variables más significativas



SARTD-CHGUV Sesión de F
Valencia 29 de No

The APACHE II Score

Physiologic Variable	High Abnormal Range					Low Abnormal Range				
	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4	
Rectal Temp (°C)	≥11	39-40.9		38.5-38.9	36-38.4	34-35.9	32-33.9	30-31.9	≤29.9	
Mean Arterial Pressure (mmHg)	≥160	130-159	110-129		70-109		50-69		≤49	
Heart Rate	≥100	140-179	110-139		70-109		50-69	40-54	≤39	
Respiratory Rate	≥50	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		≤5	
Oxygenation a) FIO ₂ ≥ 0.5 record A-aDO ₂ b) FIO ₂ < 0.5 record PaO ₂	≥500	350-499	200-349		<200 PO ₂ > 70	PO ₂ 61-70		PO ₂ 55-60	PO ₂ < 55	
Arterial pH	≥7.7	7.6-7.69		7.5-7.59	7.33-7.49		7.25-7.32	7.15-7.24	<7.15	
HCO₃ (mEq/l)	≥52	41-51.9		32-40.9	22-31.9		18-21.9	15-17.9	<15	
K (mEq/l)	≥7	6-6.9		5.5-5.9	3.5-5.4	3-3.4	2.5-2.9		<2.5	
Na (mEq/l)	≥100	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119	≤110	
S. Creat (mgm/dl)	≥3.5	2-3.4	1.5-1.9		0.6-1.4		<0.6			
Hematocrit (%)	≥60		50-59.9	46-49.9	30-45.9		20-29.9		<20	
TLC (10³/cc)	≥10		20-39.9	15-19.9	3-14.9		1-2.9		<1	
GCS										

Age -score
<44 → 0
45-54 → 2
55-64 → 3
65-74 → 5
≥75 → 6

GCS:		
15 → 0	14 → 1	13 → 2
12 → 3	11 → 4	10 → 5
9 → 6	8 → 7	7 → 8
6 → 9	5 → 10	4 → 11
3 → 12		

SCORES UCI

- SAPS (I, II, III)
 - 17 variables
 - Valores medidos primera hora tras admisión
 - Más sencilla
 - No necesita diagnóstico primario
 - No predice duración estancia
 - Herramienta para comparar uso recursos en UCI

SAPS II Score

Parameter	Value (score)					
HR	<40 (11)	40-69 (2)	70-119 (0)	120-159 (4)	>160 (7)	
SBP	<70 (13)	70-99 (5)	100-199 (0)	>200 (2)		
Temp			<39°C (0)	>39°C (3)		
PaO₂/FIO₂	<100 (11)	100-199 (9)	>200 (6)			
UO (ml)		<500 (11)	>500 (4)	>1000 (0)		
S. Urea				<28 (0)	28-83 (6)	>84 (10)
TLC (10³/cc)				<1 (12)	1-20 (0)	>20 (3)
K				<3 (3)	3-4.9 (0)	>5 (3)
Na				<125 (5)	125-144 (0)	>145 (1)
Bicarb			<15 (6)	15-19 (3)	>20 (0)	
Bil					<4 (0)	4-5.9 (4) >6 (9)
GCS	<6 (26)	6-8 (13)	9-10 (7)	11-13 (5)	14-15 (0)	

Age -score

<40 → 0
 40-59 → 7
 60-69 → 12
 70-74 → 15
 75-79 → 16
 ≥80 → 18

Chronic disease:

Metastatic cancer → 9
 Hemat.malign → 10
 AIDS → 17

Type of admission:

Sched. Surgical → 0
 Medical → 6
 Emer.surgical → 8



SCORES UCI

• SOFA

- Valora fracaso orgánico en LA SEPSIS:
- Gravedad: función órganos principales

- Respiratorio
- Cardiovascular
- Hepático
- Coagulación
- Neurológico
- Renal

- A las 24h post ingreso y cada 48h después. Dinámico

- **Aprobada por SCCM y ESICM para facilitar identificación ptes con riesgo de morir por sepsis**

• qSOFA (quick SOFA):

- Febrero 2016
- Identificar ptes con sepsis temprana fuera de la UCI (de forma simplificada)
 - Frecuencia respiratoria > 22
 - Alteración estado mental
 - Presión sistólica < 100 mmHg

SOFA Score

Variables/Points:	1	2	3	4
Neurological Coma Score: Glasgow	13-14	10-12	6-9	< 6
Pulmonary PaO ₂ (mmHg) / FiO ₂	< 400	< 300	< 200 with respiratory support	< 100 with respiratory support
Cardiological Mean Systolic Arterial Pressure (mmHg)	< 70	Dopamine ≤ 5 or Dobutamine (whatever dose)	Dopamine > 5 or Adrenaline ≤ 0.1 or Noradrenaline ≤ 0.1	Dopamine > 15 or Adrenaline > 0.1 or Noradrenaline > 0.1
Renal Blood creatinine μmol/L (mg/L) or Diuresis mL/day	110-170 (1.2-1.9)	171-299 (2.0-3.4)	300-440 (3.5-4.9) or < 500	> 440 (> 5.0) or < 200
Haematological Platelets 10 ⁹ /L	< 150	< 100	< 50	< 20
Hepatic Blood bilirubin μmol/L (mg/dL)	20-32 (1.2-1.9)	33-101 (2.0-5.9)	102-204 (6.0-11.9)	> 204 (> 12.0)

Crit Care Med 1998;26:1793-1800

fppl.com



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 29 de Noviembre de 2016**

SCORES UCI

- No existen herramientas de pronóstico validados para pacientes críticamente enfermos antes de ingreso en la UCI.
- **La cantidad de tiempo en el hospital antes de su ingreso en la UCI es un predictor independiente de la mortalidad.**
- No sugerimos usar sistemas de puntuación solo para determinar el nivel de atención o la retirada de los niveles más altos de atención.

How decisions are made to admit patients to medical intensive care units (MICUs): A survey of MICU directors at academic medical centers across the United States

Kristin L. Walter, MD; Mark Siegler, MD; Jesse B. Hall, MD



**ICU Admission, Discharge, and Triage Guidelines:
A Framework to Enhance Clinical Operations,
Development of Institutional Policies, and Further
Research**

CRITERIOS ADMISIÓN UCI

- Definición subjetiva de gravedad
- Criterios dispares entre evaluadores
- Gran variabilidad de la práctica en distintas UCIs
- No estudios concluyentes que indiquen criterios definitivos
- No existencia de guías

FALTA DE EVIDENCIA CIENTÍFICA

- DECISIÓN DIFÍCIL → NECESIDAD PROTOCOLOS

**ICU Admission, Discharge, and Triage Guidelines:
A Framework to Enhance Clinical Operations,
Development of Institutional Policies, and Further
Research**

**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 29 de Noviembre de 2016**



ELDICUS

The Eldicus prospective, observational study of triage decision making in European intensive care units: Part I—European Intensive Care Admission Triage Scores*

- Estudio prospectivo observacional. 11 UCIs de 7 países de Europa 2003-2006
- Objetivo: desarrollar reglas de triaje para UCI. Procedimiento de triaje puede ser desarrollado y validado.
- Ayuda en:
 - Mejorar supervivencia paciente
 - Disminuir admisiones pacientes que no beneficio
 - Evitar actuaciones iatrogénicas
 - Conservación recursos escasos.



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 29 de Noviembre de 2016**

MODELOS DE PROTOCOLOS DE ADMISIÓN

- Directrices anteriores: 3 modelos de admisión
 - Por priorización
 - Por patologías específicas de alto riesgo
 - Por parámetros fisiológicos

Guidelines for ICU Admission, Discharge, and Triage

**Criterios de admisión y alta para
la Unidad de Cuidados Intensivos
(UCI) y la Unidad de Cuidados
Intermedios (UCIN) en adultos**



**CRITERIA FOR PATIENT ADMISSION TO AN INTENSIVE CARE UNIT AND
RELATED MORTALITY RATES**

Valencia 29 de Noviembre de 2016

MODELOS DE PROTOCOLOS DE ADMISIÓN

- POR PRIORIZACIÓN

- ☐ Criterios objetivos → OPTIMIZAR RECURSOS DISPONIBLES

- **Prioridad 1: críticamente enfermos. Necesidad terapia extensa sin limitaciones: beneficio real**
 - **Prioridad 2: No necesariamente críticos. sufren comorbilidades crónicas, mayor reto para reversibilidad patología. No limitación en la terapia**
 - Prioridad 3: Críticamente enfermos pero con enfermedad de fondo con mínima posibilidad de recuperación. Beneficio real discutible. No medidas extraordinarias de soporte.
 - Prioridad 4: no beneficios ingreso por demasiado sanos o demasiado enfermos. No apropiados para admitir en UCI

LA BUENA GESTIÓN SE BASA EN EL NIVEL DE PRIORIZACIÓN



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 29 de Noviembre de 2016**

MODELOS DE PROTOCOLOS DE ADMISIÓN

- POR PRIORIZACIÓN

	Prioridad 1	Prioridad 2	Prioridad 3	Prioridad 4	
Descripción del paciente	Críticamente enfermo, Inestable.			(A) No crítico, no inestable (demasiado bien para beneficiarse de UCI)	(B) Enfermedad terminal e irreversible que enfrenta una muerte inminente (demasiado enfermo para beneficiarse de UCI)
Monitoreo requerido	Continuo y/o invasivo		Continuo	Intermitente/Básico	Intermitente/Básico
Manejos requerido	Intensivo e inmediato. Por lo general incluye asistencia respiratoria, fármacos vasoactivos infusiones continuas, etc, que no pueden ser provistos fuera de la UCI.	Necesidad potencial de intervención inmediata.	Necesidad potencial de intervención inmediata.	Cuidados de sala general	Cuidados de sala general, cuidados paliativos
Limitación de los esfuerzos y alcance de la terapéutica invasiva si es necesaria	Ninguna	Generalmente ninguna	No intubación o resucitación cardiopulmonar.	No requiere terapéutica invasiva	No intubación o resucitación cardiopulmonar.
Beneficio real de la atención en UCI	Si	Si	Discutible	No	No
Reversibilidad potencial de la patología	Razonable	Razonable	Discutible	Razonable	Poco razonable

MODELOS DE PROTOCOLOS DE ADMISIÓN

- POR PATOLOGIAS ESPECIFICIAS DE ALTO RIESGO

3. Quirúrgicas	1. Pacientes posoperatorios que requiere-	1. Pacientes posoperatorios que, seguido a una ci-
<p>F. Miscelánea</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Choque séptico con inestabilidad hemodinámica 2. Monitoría hemodinámica 3. Condiciones clínicas que requieren cuidados de enfermería del nivel de UCI 4. Lesiones ambientales (rayos, a punto de ahogarse, hipotermia / hipertermia) 5. Terapias nuevas/experimentales con potencial de complicaciones. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sepsis apropiadamente tratada en resolución temprana sin evidencia de choque o falla orgánica secundaria. 2. Pacientes que requieren manejo titulado de líquidos. 3. Pacientes obstétricas admitidas en cualquier punto del periodo de la gestación y el posparto para tratamiento de pre-eclampsia/eclampsia u otros problemas médicos. 4. Cualquier paciente que requiere la observación de enfermería frecuente o tiempo extendido para el tratamiento de heridas que no corresponden a las categorías anteriores pueden ser considerados para la admisión (por ejemplo: enfermedad de Addison, insuficiencia renal, el delirium tremens, hipercalcemia)
		<p>torias frecuente, transpiración renal, etc.</p> <p>en espera para cirugía.</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Pacientes con ventriculostomías que están despiertos y alertas en espera de derivación ventriculoperitoneal.



MODELOS DE PROTOCOLOS DE ADMISIÓN

• POR PATOLOGIAS ESPECIFICIAS DE ALTO RIESGO

** PACIENTE QUIRÚRGICO

- Necesidad monitorización hemodinámica
- Necesidad soporte ventilatorio
- Necesidad cuidado enfermería intensivo

- Procedimientos quirúrgicos establecidos
- Procedimientos quirúrgicos que presenten incidencias que requiere atención

Cada vez se someten a cirugía pacientes de mayor edad

Se tiende a admitir con más facilidad al pte quirúrgico



SARTD-CHGUV Sesión de Form
Valencia 29 de Novien

Reasons for refusal of admission to intensive care and impact on mortality

MODELOS DE PROTOCOLOS DE ADMISIÓN

- POR PARÁMETROS FISIOLÓGICOS

- Signos vitales
- Laboratorio
- Imagen
- ECG
- Signos físicos comienzo agudo

R 9 E Hallazgos al examen físico (aparición aguda)	<ul style="list-style-type: none">- Pupilas desiguales en un paciente inconsciente- Quemadura >10% de área de superficie corporal- Anuria- Obstrucción de la vía aérea- Coma- Convulsiones continuas- Cianosis	hemo- ca iente
---	---	------------------------------



MODELOS DE PROTOCOLOS DE ADMISIÓN

- Niveles de cuidado crítico para el paciente adulto:
RECURSOS QUE REQUIEREN

1. Niveles 0-1: cuidados en sala hospitalización
2. Nivel 2: fallo 1 sistema orgánico: cuidado intermedio
 - **Cuidados postoperatorios
3. Nivel 3: soporte ventilatorio o asistencia multiorgánica: UCI



Levels of care defined by the Department of Health

Level	Description
0	Patients whose needs can be met through normal ward care in an acute hospital
1	Patients at risk of their condition deteriorating, or those recently relocated from higher levels of care whose needs can be met on an acute ward with additional advice and support from the critical care team
2	Patients requiring more detailed observation or intervention, including support for a single failing organ system or postoperative care, and those stepping down from higher levels of care
3	Patients requiring advanced respiratory support alone or basic respiratory support together with support of at least two organ systems. This level includes all complex patients requiring support for multi-organ failure

From UK Department of Health.¹



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 29 de Noviembre de 2016

CRITERIOS ALTA

- Salidas prematuras: incrementan tasa readmisiones
 - Estadio fisiológico estabilizado + no necesidad monitorización ni cuidado en UCI
 - No requerimiento tratamiento intensivo
 - Estadio fisiológico deteriorado hasta punto de no mejoría. No previstas intervenciones activas → CUIDADOS PALIATIVOS Y CONFORT
- **LET: Limitación esfuerzo terapéutico



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 29 de Noviembre de 2016**

FUTILIDAD

- Resultado que es muy improbable lograr, y no puede ser sistemáticamente reproducido
- Cualquier tratamiento que el juicio y la experiencia: intervenciones altamente improbable que obtenga un cambio significativo en la vida del paciente
- Se aconseja emplear el término "tratamiento sin beneficios" siempre que los médicos consideran aún más la atención "inútil"
- Proporcionar tratamientos sin beneficios reduce la disponibilidad de los mismos recursos y podría causar un daño no deseado y no reconocido.

Knowing when to stop: futility in the ICU

Dominic J.C. Wilkinson^{a,b,c} and Julian Savulescu^a



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 29 de Noviembre de 2016

PROCOLO LET

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

PROCOLO OPERATIVO DE LIMITACIÓN DE TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL

- LET: retirada o no instauración de tratamiento de soporte vital dado el mal pronóstico en términos de cantidad y calidad de vida futura.
- Algo fútil, que solo contribuye a prolongar en el tiempo una situación clínica carente de expectativas de mejora
- Objetivo:
 - Evitar sufrimientos innecesarios
 - Garantizar muerte digna: confort del pte, ausencia dolor, derecho a intimidad y acompañamiento
- CONSIDERADA COMO BUENA PRÁCTICA MÉDICA

Knowing when to stop: futility in the ICU

Dominic J.C. Wilkinson^{a,b,c} and Julian Savulescu^a



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 29 de Noviembre de 2016

PROCOLO LET

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

PROCOLO OPERATIVO DE LIMITACIÓN DE TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL

- Decisión consensuada en sesión clínica

COMITÉ LET: médico que propone LET + ¿médico servicio responsable pte?
+ jefe UCI + supervisor enfermería

- Comprobar existencia Documento Voluntades Anticipadas
- Familia no decide, si concedora decisión



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 29 de Noviembre de 2016**

PROTOCOLO LET

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

UNIDAD DE REANIMACIÓN

ETIQUETA IDENTIFICATIVA

CONSENTIMIENTO L.T.S.V.

El Dr/a , médico de la Unidad de Reanimación me ha informado sobre la situación clínica actual de D/a mi ingresado en la cama que ingreso en la Unidad con el diagnóstico de y que actualmente está en un estado Terminal, habiendo fracasado todos los intentos por recuperar su salud realizados.

Ante esta situación se ha estudiado el caso en la sesión del servicio de Reanimación y la conclusión es que en base al pronóstico actual de su enfermedad y a los conocimientos actuales de la Medicina lo correcto es retirar las medidas de soporte vital y dejar el proceso a su evolución natural por entender que es lo mejor y más humano para su familiar. Esta decisión implica que a partir de este momento al paciente se le van a retirar aquellas medidas que se entienden como fútiles, se le van a administrar los analgésicos y sedantes necesarios para evitar cualquier sufrimiento o discomfort, se le dejaran de realizar exploraciones y analíticas innecesarias, se le continuarán aplicando los cuidados generales de enfermería y se facilitara el contacto con su familia que consideremos necesario.

Tras haber recibido esta información y habernos aclarado todas las dudas planteadas y habiendo reflexionado sobre ello de forma libre y responsable, la familia y/o el representante legal de D/a manifiesta que:

Están de acuerdo en que no se realicen o se suspendan los actuales tratamientos de soporte vital avanzado para evitar alargar innecesariamente el sufrimiento del paciente, que estas medidas se tomen garantizando el máximo confort del paciente y en un entorno físico que, en la medida de las posibilidades, garantice una intimidad adecuada.

En Valencia, a de 20

Dr. Dr. Dr.
Médico U. Reanimación En nombre del paciente Jefe Unidad de Reanimación

5

ETIQUETA IDENTIFICATIVA

ORDENES DE L.T.S.V.

FECHA DE INGRESO:

APACHE II ACTUAL:

MOTIVO DE INGRESO:

MOTIVO LTSV:

SDMO PRONÓSTICO ENCEFALOPATIA CALIDAD DE VIDA VOLUNTAD PACIENTE

ORDENES

Existe Documento de Voluntades Anticipadas Si No

En caso de PCR, no realizar RCP

Mantener el tratamiento iniciado sin ningún tipo de modificaciones

excepto tratamiento paliativo

Otras limitaciones:

No intubación No diálisis No ECMO

No transfusión No fármacos vasoactivos

No cirugía No nutrición artificial

Otras

Retirada de tratamientos de soporte vital

Diálisis ECMO Ventilación Mecánica

Fármacos vasoactivos

Otros

Rescisión de órdenes anteriores

Fecha:

Firmado Dr/a



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 29 de Noviembre de 2016

CONCLUSIONES

- Dificultad decisiones basadas en parámetros objetivos
- Los scores de gravedad no definen la indicación de ingreso
- La experiencia del médico de UCI ayuda a seleccionar la indicación
- Los recursos de UCI no deben estar condicionadas por otras áreas para ejercer un adecuado control del ingreso y alta
- El pronostico no lo defiende siempre patología motivo de ingreso, a valorar comorbilidad
- El alta debe estar bien definida
- Es fundamental protocolizar el LET
- La definición de este proceso clínico deseablemente debe ser tratada en sesión clínica siempre que sea posible.



MUCHAS GRACIAS



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 29 de Noviembre de 2016**