

Triage para admisión a UCI en el siglo XXI



Gobierno
de Chile

Prof. Dr Sergio Galvez

Cátedra de Medicina Intensiva & Fisiopatología

Hospital Dr G Fricke-Viña del Mar

El problema de la demanda sanitaria creciente

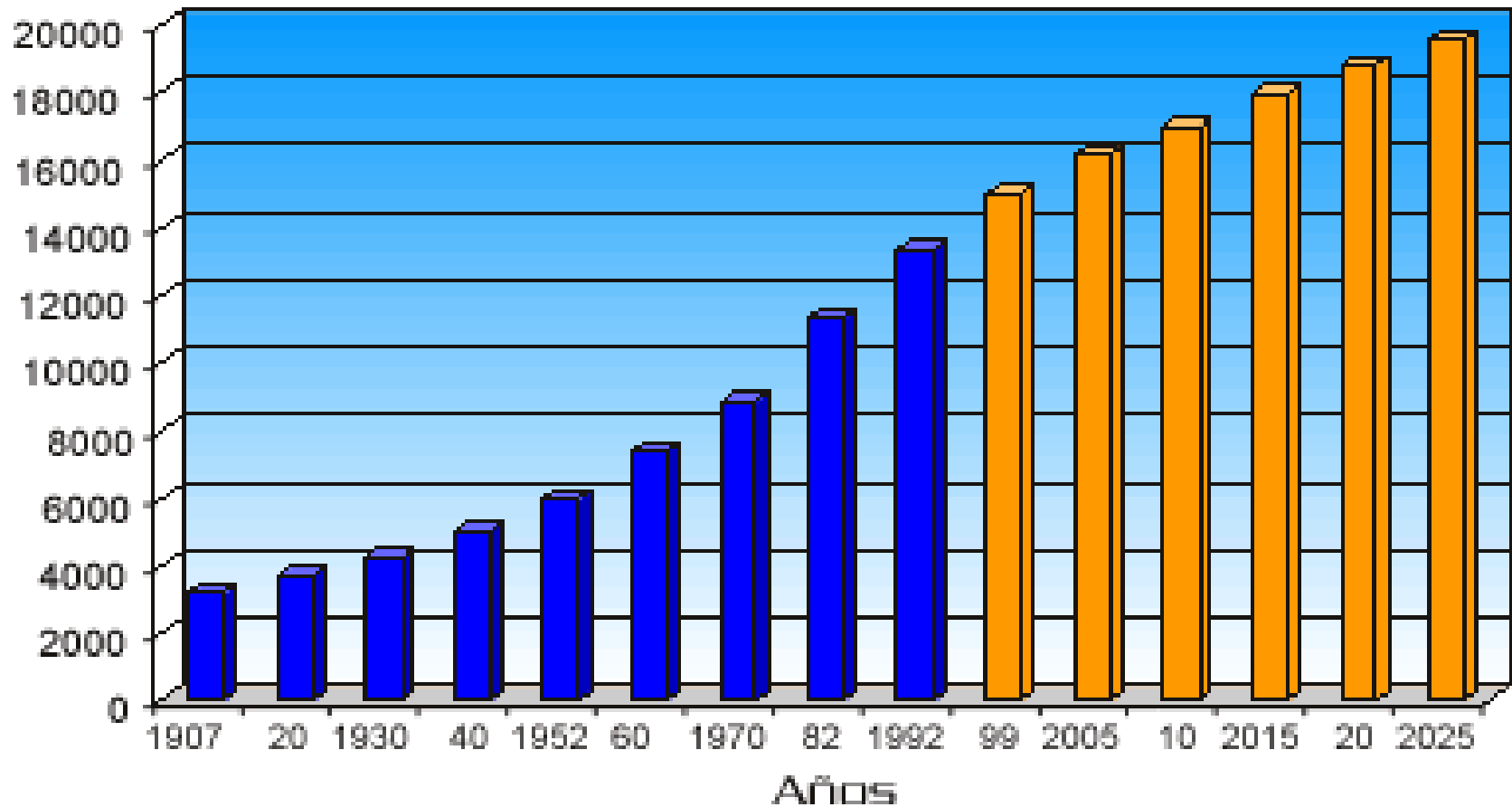
- Necesidades permanentes
 - Cambios demográficos
 - Falla en la organización sanitaria (APS)
 - Epidemias Metabólicas (fracaso prevención)
 - Errores médicos y/o terapéuticos
- Necesidades ocasionales
 - Pandemias
 - Catástrofes naturales
 - Catástrofes provocadas



Gobierno
de Chile

POBLACION DE CHILE

CENSOS 1907- 1992, ESTIMACION 1999-2025



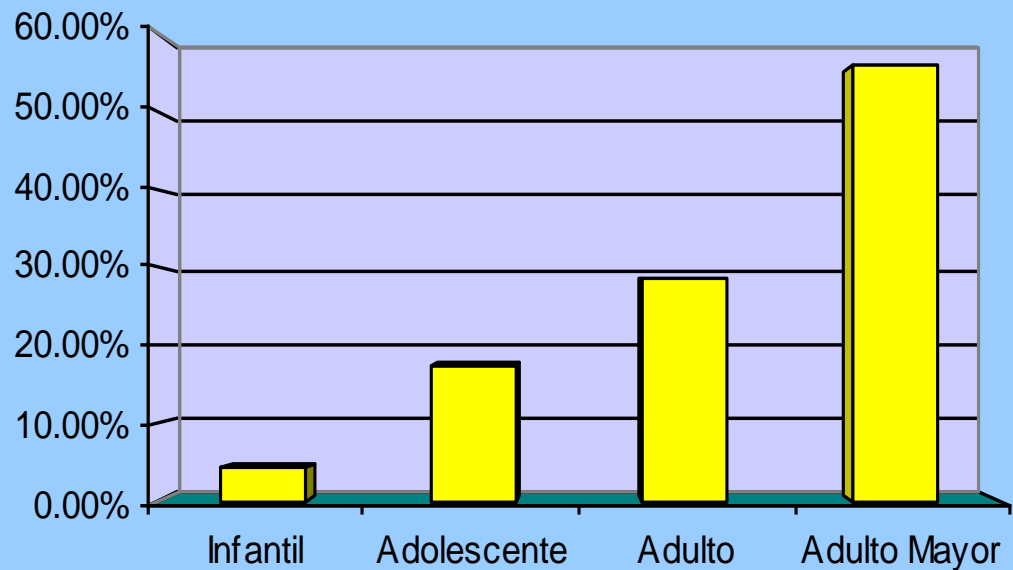
La irrupción de la Tercera Edad

(mayor carga enfermedad, discapacidad, complejidad y elevado costo financiero)



Gobierno
de Chile

CRECIMIENTO DEMOGRÁFICO GRUPOS PROGRAMÁTICOS CHILE 1990-2005



Estilos de vida y demanda de UCI

- El fracaso de las estrategias preventivas aumentara la carga de pacientes críticos
- El aumento de la población y la mayor expectativa de vida son en parte causa de la mayor demanda de camas criticas
- Las conductas de riesgos voluntarios de la población no tiene una correlato con las decisiones sanitarias también es un factor de mayor demanda.
 - Tabaco
 - Alcohol
 - Drogas



**Gobierno
de Chile**

Epidemias metabólicas del siglo XXI



- **Síndrome Metabólico**

- Este es un problema mundial , aproximadamente un cuarto de los población adulta de Europa tiene el MetS, con una prevalencia semejante en Latinoamerica.
- Tambien es considerado un problema emergente en China, Japon y Korea la prevalencia varia entre 8-13% en hombres y 2.18% en la mujeres

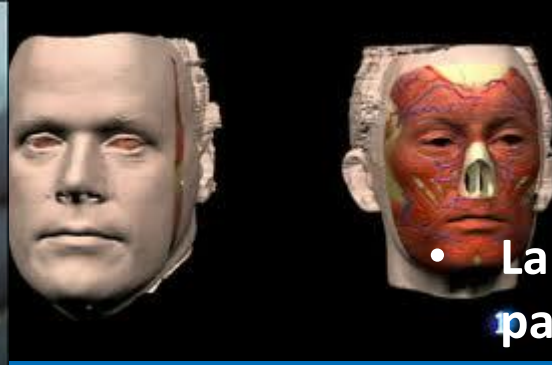
- **Obesidad**

- La Office of the US Surgeon General reporta que los riesgos del sobrepeso y obesidad seran pronto una causa de muerte y enfermedad como lo es el tabaco
- Los datos actuales indican que 1de 4 adultos en USA es obeso.

- **Diabetes Mellitus**

- Al menos 171 millon de personas sufren de diabetes a nivel mundial y esta cifra se duplicara a 366 millones en 2030

Expectativas Sanitarias



- La medicina moderna ha cambiado el paradigma sanitario en el inconsciente social .
- Ofrecemos mas duración de vida, mas belleza, mas placer, menos dolor
- Como consecuencia:
 - Negación a la mortalidad
 - Resucitación post mortem

Morir es un error medico!!

Necesidades Ocasionales



- Pandemias infecciosas
 - Influenza
 - Cólera
- Catástrofes naturales
 - Terremotos
 - Maremotos
- Catástrofes provocadas
 - Incendios
 - Accidentes industriales, etc.

Pacientes Críticos adicionales

- UGCC



Gobierno
de Chile

- Ley de urgencias
- IFA

Disponibilidad de Recursos

¡SOLO EN UTOPIA DE TOMAS MORO: NO EXISTE LA ESCASEZ !



**Gobierno
de Chile**

- De un modo u otro, los recursos resultan siempre escasos
- Pensar en un mundo de abundancia, en donde hay de todo para todos, es soñar con la Edad de Oro, como de Don Quijote
- La abundancia médica total distraería recursos socialmente más útiles
- Sin justicia conmutativa, no es posible la vida en sociedad
- En una sociedad bien ordenada promueve la justicia distributiva (igualdad de oportunidades, igual educación, igual libertad, igual acceso a los bienes comunes)

Brechas de camas criticas país

- El estándar definido en 2002 por el país es de 6 camas UCI x 100.000 Hbts y de 12 camas UTI x 100.000 Hbts
- Se reconoce la brechas existente de camas 627 camas UPC
 - Déficit UCI de 190 camas sector publico
 - Déficit UTI 437 camas sector publico
- Sin embargo actualmente el principal déficit es de personal calificado debido al rápido crecimiento que experimento el país



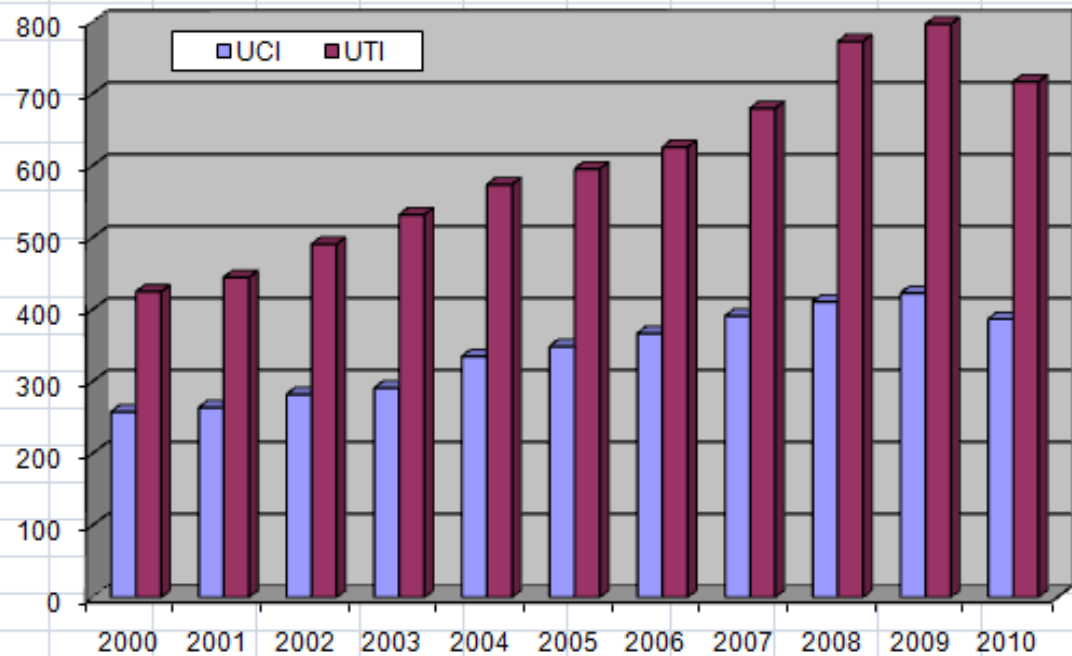
**Gobierno
de Chile**

Camas criticas Sector Publico

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
UCI	258	264	282	291	335	349	367	391	411	423	387
UTI	425	445	491	532	574	596	626	680	773	797	717

683

1.220 1.104



Seminario nacional UCIs 2010 Oct 28, 2010



Gobierno de Chile

Gastos Sanitarios & Intensivos

(como porcentaje del PIB)

Años	Salud	Servicios Hospitalarios	Servicios de Salud Pública	Salud n. e. p.
1987	1,9	1,5	0,2	0,3
1988	2,1	1,6	0,1	0,3
1989	2,0	1,5	0,2	0,3
1990	1,9	1,4	0,2	0,3
1991	2,0	1,5	0,2	0,3
1992	2,1	1,6	0,2	0,3
1993	2,3	1,8	0,2	0,4
1994	2,4	1,9	0,1	0,4
1995	2,3	1,8	0,1	0,3
1996	2,4	1,9	0,1	0,4
1997	2,4	1,9	0,1	0,4
1998	2,6	2,0	0,1	0,5
1999	2,8	2,2	0,1	0,5
2000	2,8	2,2	0,1	0,5
2001	3,0	2,2	0,1	0,6
2002	3,0	2,3	0,1	0,6
2003	3,0	2,2	0,1	0,6
2004	2,8	2,1	0,1	0,6
2005	2,8	2,0	0,1	0,7
2006	2,8	2,0	0,1	0,7
2007	3,0	2,2	0,0	0,7

*: El concepto de erogaciones corresponde al gasto corriente más la adquisición bruta de activos no financieros. Ver Nota Explicativa N° 1.

Fuente: "Estadísticas de Finanzas Públicas 1987-2003" y "Estadísticas de Finanzas Públicas 1998-2007", Dirección de Presupuestos (DIPRES), Ministerio de Hacienda.

Inversión anual en camas críticas sector público 2001-2010 (M\$)

2001	717.795
2002	1.511.902
2003	835.110
2004	2.985.552
2005	4.623.054
2006	5.000.000
2007	7.447.096
2008	5.926.701
2009	1.853.989
2010	4.016.977
TOTAL	34.918.177

4,8 veces

Estos recursos incorporan: cargos, gasto de operación e inversión en equipamiento

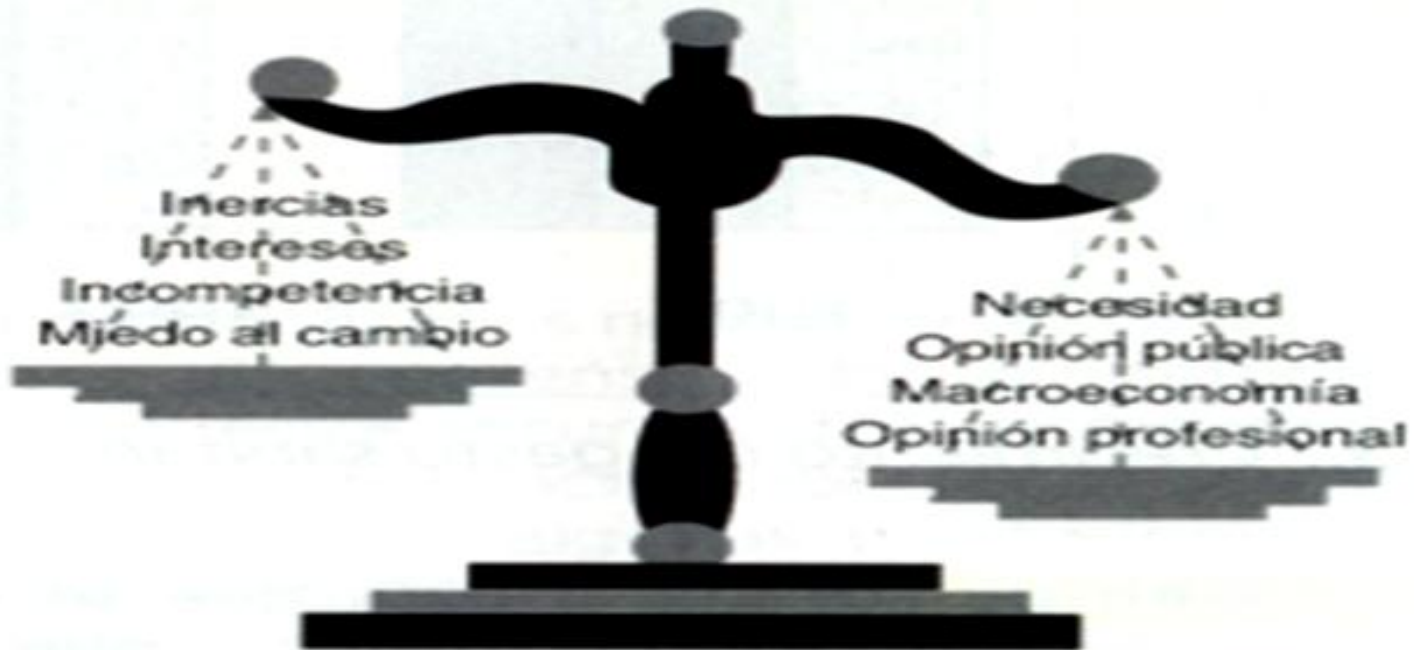
Asignación de Recursos

- El mayor gasto sanitario NO se traduce en mejoría espontanea de la calidad de la atención
- El mayor gasto sanitario NO es garantía de seguridad en los procesos clínicos
- Los recursos siempre serán inferiores a las necesidades porque no vivimos en UTOPIA.



**Gobierno
de Chile**

RECURSOS Y REQUERIMIENTOS



¿Qué debemos decidir?

- ¿Derechos de las personas?
- ¿Expectativas sociales?
- ¿Posibilidades sanitarias?



Gobierno
de Chile

Biotecnología

Alta tecnología

Acceso total

Perfeccion

Salud

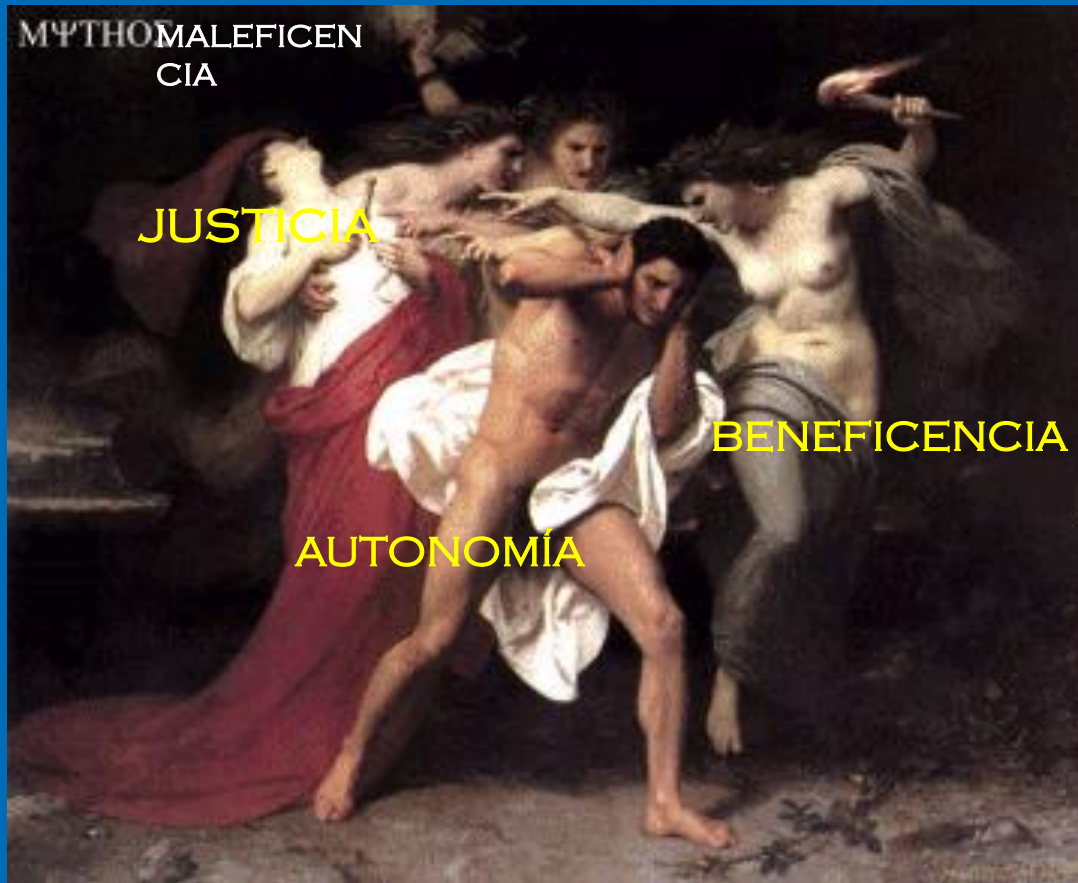
Derecho a vivir

Derecho a morir con dignidad

Vivir muchos años

Belleza

EL PROBLEMA ÉTICO



- ✓ Rol de Dioses?
- ✓ Rol de Jueces?
- ✓ Rol de Expertos?

La Admisión a uci de pacientes irrecuperables es éticamente inadecuada porque...

- Esos pacientes no se benefician de las intervenciones
- Bloquean camas a pacientes Recuperables (maleficencia)
- Prolongan agonía innecesariamente (maleficencia)
- Aumentan los gastos injustificadamente (Maleficencia)
- No se respeta la dignidad de morir (muerte tecnologizada)



**Gobierno
de Chile**

Las razones éticas



- Se asume rol benefactor del médico
- Se supone un conocimiento de la enfermedad
- Se supone actitud altruista de la medicina
- Se deposita la confianza en la búsqueda de soluciones reales.

beneficencia

Las razones económicas

- Escenario Económico mundial
- Costos sanitarios crecientes
- Desconocimiento médico de costos
- Ausencia de coherencia terapéutica
- Costo- Efectividad discutible
- Restricción de recursos sanitarios

JUSTICIA SANITARIA

Suben las expectativas –Bajan los recursos

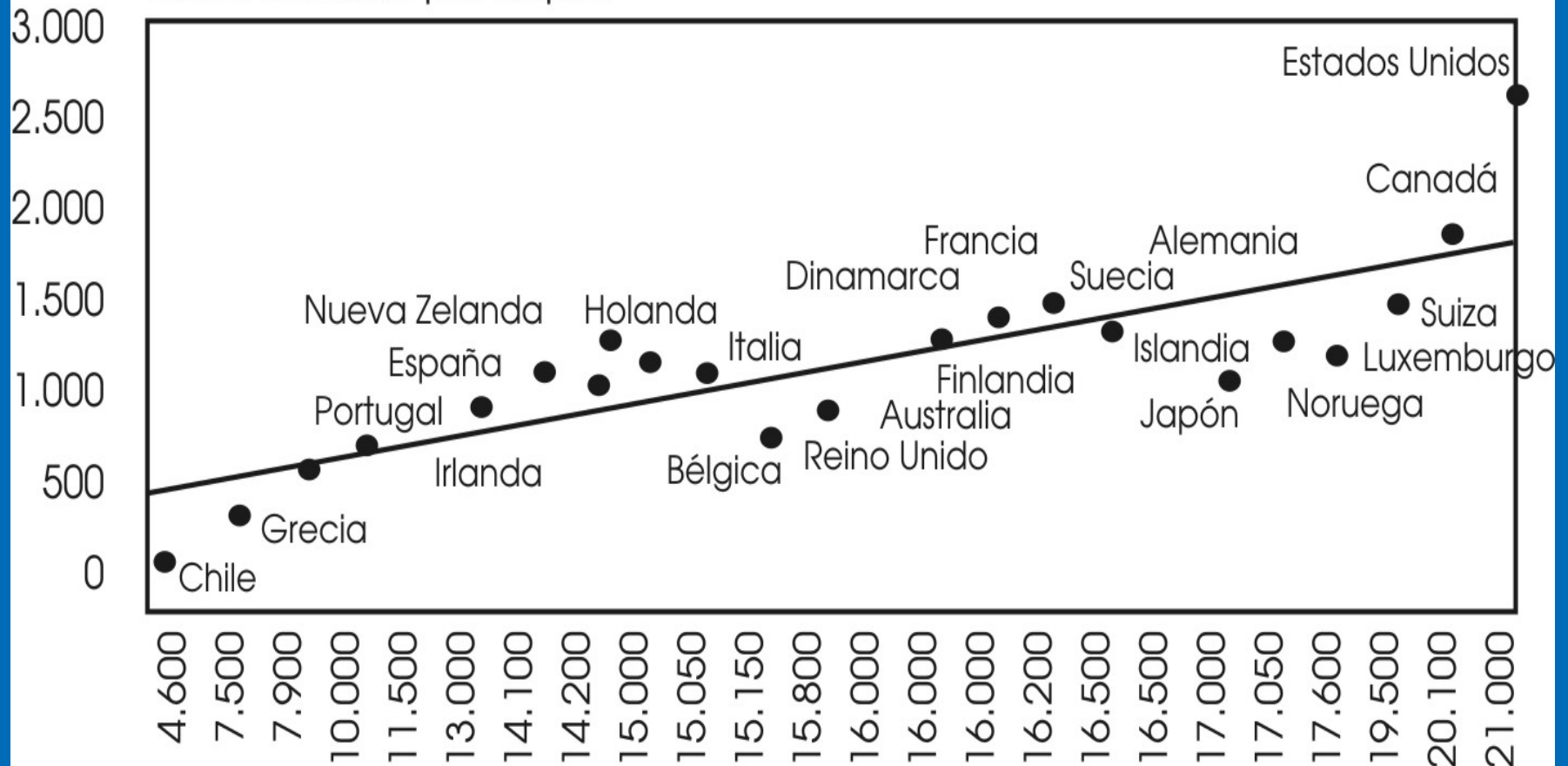


Gobierno
de Chile

Gasto sanitario:

Comparación de los gastos sanitarios per cápita y renta por habitante

Gasto sanitario per cápita



Limitación de Recursos:

- Escasez Racionamiento.....

Priorización !!!

- Racionamiento Explícito

- * Plan de oregon_{R1}

- Racionamiento difuso

- * Listas de espera _{R2}

- EN UCI SON LISTAS DE FALLECIDOS**

- * Orden de Llegada

- * Criterio Técnico



Gobierno
de Chile

Microdistribución en medicina crítica

¿Con qué fundamentos puede darse tratamiento a un paciente y rechazar otro, cuando ambos compiten por un recurso médico que puede salvarles la vida?



**Gobierno
de Chile**

¿Quién puede decidir y por qué medios?

Criterios de priorización de recursos escasos

- Ordenamiento racional de los problemas
- Definiciones de metas inmediatas, mediatas y de largo plazo
- Criterios éticos de justicia distributiva
- Criterios del Lex artis



Gobierno
de Chile

Criterios médicos

- Criterios médicos

- La ciencia médica determina

- (a) si dos ó más pacientes se hallan en la misma condición clínica
- (b) si quienes compiten por un mismo medio tienen el mismo grado de urgencia y necesidad
- (c) si los pacientes en liza obtendrán iguales beneficios del recurso vital escaso

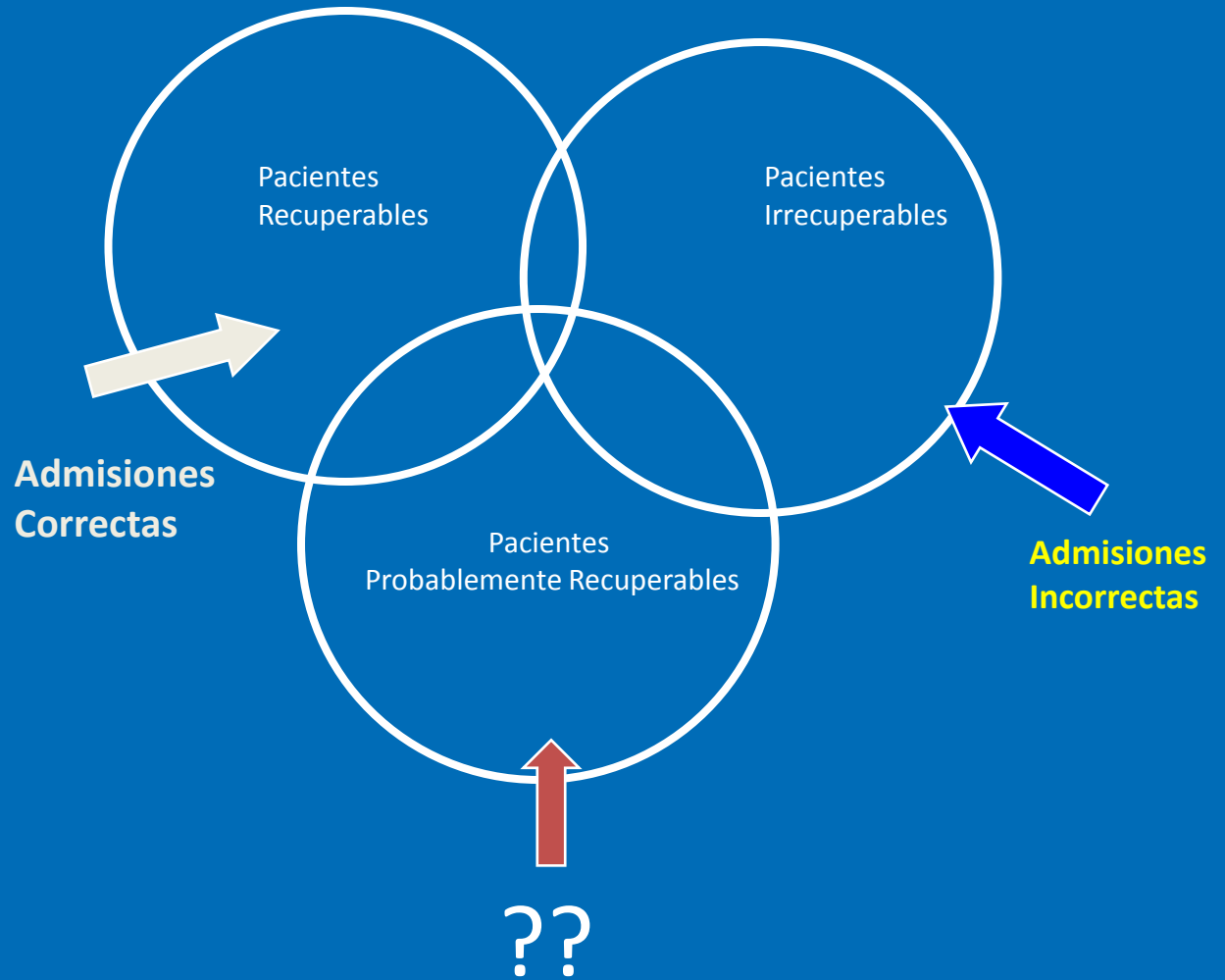


**Gobierno
de Chile**

- Problemas


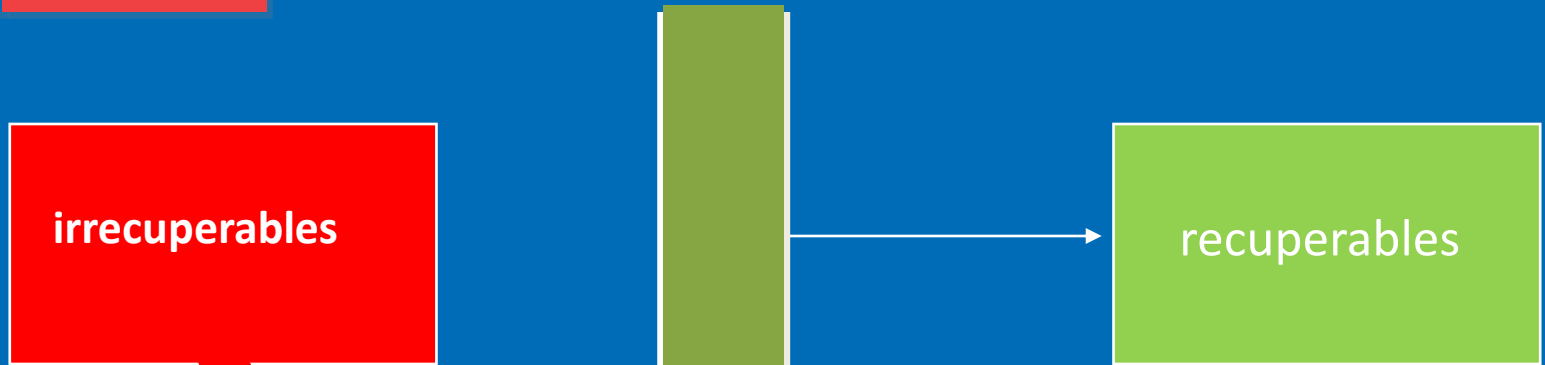
- Incertidumbre y probabilismo médico
- Límites borrosos entre lo puramente médico y las valoraciones sociales
- Desventajas sociales (condiciones preexistentes)
- Agravamiento por desventajas en la accesibilidad
- Homogeneidad médica
- Necesidad médica
- Perspectiva médica de éxito

EL PROBLEMA MÉDICO de la admisión a uci



Gobierno
de Chile

Definición de Límites terapéuticos:



Gobierno de Chile

FUTILIDAD TERAPÉUTICA

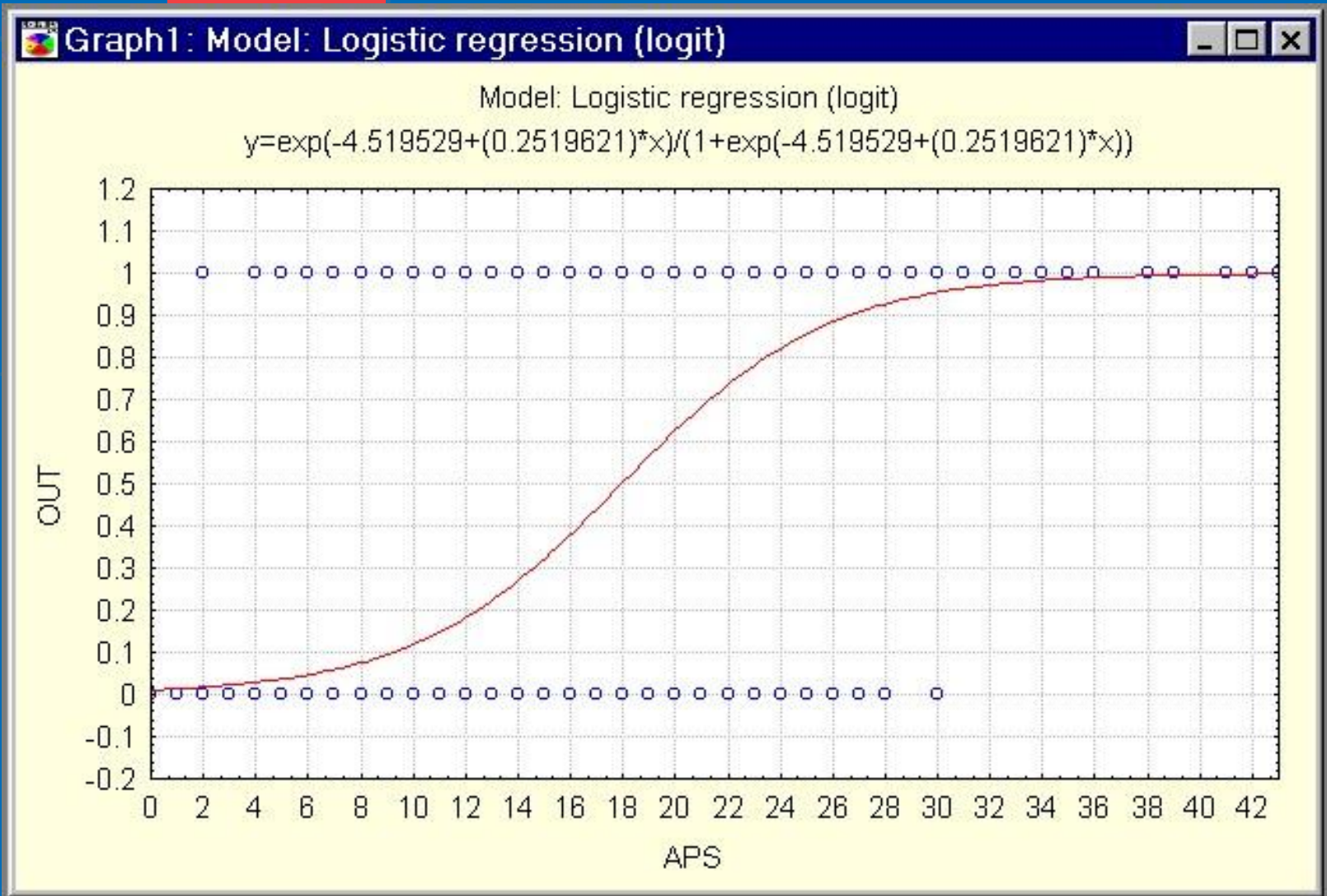
- innovación biotecnológica constante
- disponibilidad de recursos económicos
- aprendizaje del arte del cuidado
- Respuesta clínica al tratamiento

Proporcionalidad Terapéutica

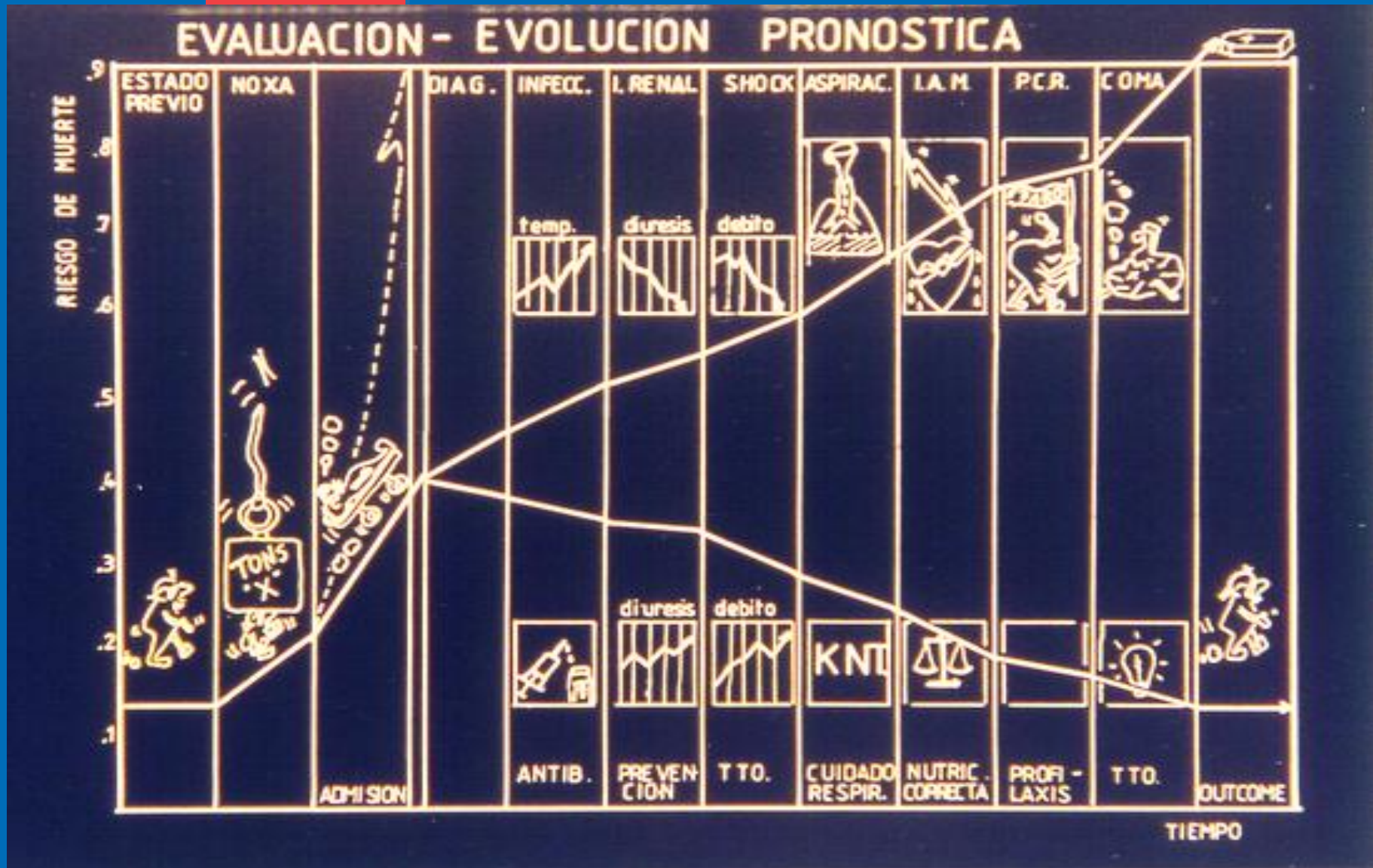
32
Factores de variabilidad

Score Apache II UCI Hospital Dr G Fricke

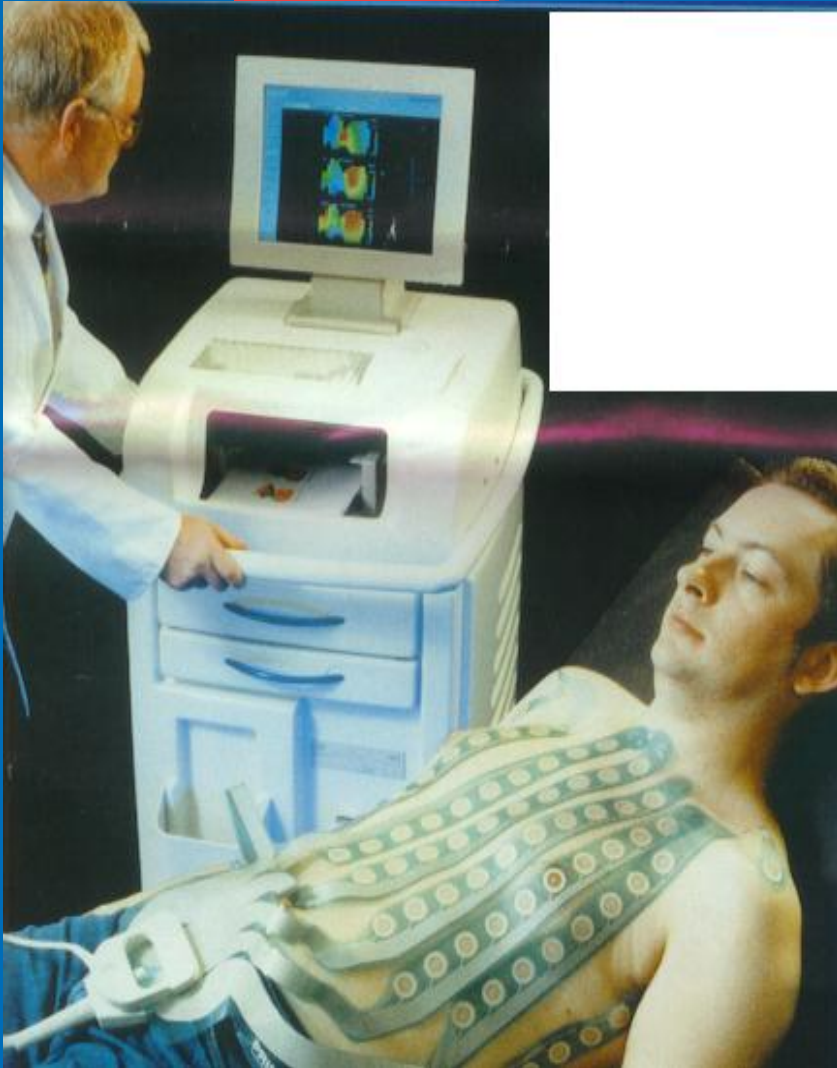
N° :1116 pacientes 1995-2002



Gravedad y expectativas



Diagnósticos precisos



- Historia clínica completa
- Evaluación de Laboratorio adecuada
- Exploración imagenológica oportuna

Determina:
Tipo de daños
Extensión

Intervenciones posibles



- ¿Cuales intervenciones son necesarias?
- ¿Cuales intervenciones son posibles?
- ¿ Están disponibles en el lugar de admisión?

Autonomía de los pacientes



Políticas de Triage

- Definidas con criterios objetivos de expectativas reales _{R1}
- Realizadas y aplicadas por personal médico experto _{R2}
- Registros completos y seguimiento de rechazos



Gobierno
de Chile

R1:Randall Curtis New Horiz 1998;6:26-32

R2:Sprung CL Crit Care Med 1999;27:1073-1079

Michael D. Christian
Gavin M. Joynt
John L. Hick
John Colvin
Marion Danis
Charles L. Sprung

Chapter 7. Critical care triage

On behalf of the European Society of
Intensive Care Medicine's Task Force for
Intensive Care Unit Triage during an
Influenza Epidemic or Mass Disaster.

- **Recomendaciones:**

- Establecer un sistema de Manejo Incidentes con Grupos de control ejecutivo, a nivel local, regional y nacional
- Desarrollar políticas transparentes y equitativas de restricción a UCI basado en el mejor beneficio
- Ajustar estándares de tratamiento a la situación
- LET en pacientes que no responden o se agravan y no ingresar aquellos con mal pronóstico
- Criterios de triage objetivos, éticos, transparentes, aplicados equitativamente y de público conocimiento
- Activar protocolos de triage en pandemias solo cuando los recursos de un área geográfica completa estén colapsados
- El Triage debe basarse en el mejor pronóstico en lugar de orden de llegada
- El experto debe ser quien aplique los criterios de inclusión/ exclusión del triage para la admisión a UCI



**Gobierno
de Chile**

Clasificación de Massachusetts

CLASIFICACION DE TRATAMIENTOS EN UCI

	A	B	C	D
Resucitación cardiopulmonar	+	Evolución Según	NTBR*	NTBR*
Técnicas invasivas o extraordinarias.	+	+	-	-
Tratamiento etiológico y sintomático	+	+	+	-
Tratamiento de confort	+	+	+	+

* NTBR : No to be resuscitated

TABLA 1

PACIENTE EN ESTADO TERMINAL:

- Estado terminal define una situación de muerte inminente e inevitable , en que las medidas de soporte vital sólo pueden conseguir un breve aplazamiento del momento de la muerte.



Gobierno
de Chile



El debate sobre la futilidad

Medical Futility in End-of-Life Care

Report of the Council on Ethical and Judicial Affairs

Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association

JAMA. 1999;281:937-941



**Gobierno
de Chile**

- Cualquier esfuerzo para conseguir un resultado que es posible lograr, pero que el razonamiento y la experiencia sugieren que es muy improbable, y no puede ser sistemáticamente reproducido.
- ATS (1991) define: cualquier tratamiento que el juicio y la experiencia indican que la intervenciones altamente improbable que obtenga un cambio significativo en la sobrevivencia del paciente.

Disponibilidad de camas y Triage

- Actualmente existe una relación INVERSA entre la disponibilidad de camas y el grado de severidad del triage.
- En el sector publico de Chile el Triage se ha relajado en la medida que aumenta la disponibilidad de camas UCI
- En el sector privado NO se hace triage y se ingresa a TODOS los pacientes que pueden pagar.



**Gobierno
de Chile**

Opciones para decidir la admisión a UCI

- Libre albedrio medico
- Priorización según recomendaciones sociedad chilena de medicina intensiva
- Protocolos de Triage (Internacionales y nacionales)



Gobierno
de Chile

Libre albedrío en la admisión

- Sujeto a” criterio “ del residente de turno
- Definición subjetiva de gravedad
- Dependiente de la experiencia del medico
- Criterios dispares entre evaluadores
- Imposible de sistematizar



Gobierno
de Chile

ARBITRARIO !! Y POCO CONSISTENTE!!

Criterios de priorización admisiones a UCI Soc. Chilena de Medicina Intensiva



Gobierno de Chile

- **Prioridad 1:** incluye a pacientes clínicos inestables que requieren tratamiento intensivo inmediato, soporte ventilatorio, mantención hemodinámica, infusiones continuas de drogas vaso activas, etc., que son plenamente recuperables.
- **Prioridad 2:** que al momento de la admisión no se encuentran inestables pero que son potencialmente graves que requieren de servicios de monitorización y prevención de complicaciones.
- **Prioridad 3:** pacientes con enfermedades crónica que presentan una complicación aguda sobre su patología previa y que teóricamente podrían beneficiarse de los procedimientos practicados en la Unidad de Cuidados Intensivos. Comisión nacional de Intensivos 1998

Protocolos de triage de admisión a UCI

- Proceso clínico objetivo individualizado
- Antecedentes positivos del uso de protocolos en diferentes realidades
- Experiencia en Protocolos locales



Gobierno
de Chile

Protocolos de Triage

- ★ Evaluation of triage decisions for intensive care admission
Sprung C. Crit Care Med 1999;27(6);1073-1079

- ★ **Guidelines for intensive care unit admission, discharge, and triage**

Task Force of the American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine*

Critical Care Medicine 1999;27(3);633-638



Gobierno
de Chile

Intensive Care Med (2003) 29:774-781
DOI 10.1007/s00134-003-1709-z

ORIGINAL

- ★ **Maité Garrouste-Orgeas**
Luc Montuclard
Jean-François Timsit
Benoit Misset
Marie Christias
Jean Carlet

**Triaging patients to the ICU: a pilot study
of factors influencing admission decisions
and patient outcomes**

Intensive Care Medicine 2003;29;774-781

Evaluation of triage decisions for intensive care admission

Sprung C. Crit Care Med 1999;27(6);1073-1079

	Admitted	Later Admitted	Never Admitted	<i>p</i> Value
n	290	31	61	
Age (yrs)	49 ± 1	50 ± 4	55 ± 3	.29
Gender (%)				.92
Male	184 (77)	19 (8)	36 (15)	
Female	106 (75)	12 (9)	23 (16)	
APACHE II ^a	12.1 ± 0.4	15.6 ± 1.5	15.8 ± 1.4	.001
Beds occupied (%)				.003
3	4 (80)	1 (20)	0 (0)	
4	7 (100)	0 (0)	0 (0)	
5	29 (94)	2 (6)	0 (0)	
6	50 (86)	2 (4)	6 (10)	
7	67 (74)	6 (7)	17 (19)	
8	74 (78)	9 (9)	12 (13)	
9	41 (67)	7 (12)	13 (21)	
10	16 (59)	2 (8)	9 (33)	
11	2 (29)	1 (14)	4 (57)	
12	0 (0)	1 (100)	0 (0)	

APACHE II, Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II.

^aAPACHE II results for 276 admitted, 30 later admitted, 43 never admitted patients. Significant pairwise comparisons: admitted vs. later admitted, admitted vs. never admitted.

Factores de rechazo de admisión a UCI

Sprung C. Crit Care Med 1999;27(6);1073-1079

Variable	n	Odds Ratio For Refusal	<i>p</i> Value
Diagnosis			.03
Cardiac	6	1.7	
CNS	10	1.4	
Liver transplant	4	0.0006	
Overdose	4	0.0001	
Perioperative observation	92	0.3	
Respiratory failure	28	1	
Sepsis	24	2.4	
Trauma	104	0.3	
Upper airway	13	0.07	
Vascular surgery	34	0.0002	
Other	30	0.6	
Age	349	1.02	.04
Postoperative			.02
Elective	96	1	
Emergency	116	1.1	
No	137	3.6	
APACHE II			.85
0-10	157	1	
11-20	132	0.9	
21+	60	1.2	
Unit full			.001
Not full	178	1	
Full	171	3.2	

CNS, central nervous system; APACHE II, Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II.

ELDICUS

- ELDICUS es un estudio EUROPEO , prospectivo , observacional para examinar las decisiones de triage y sus consecuencias en ancianos que se desarrollo en 12 UCIs de 7 paises en Europa.
- Los criterios de inclusion incluyeron a los pacientes > 18 años que se presentan al hospital de los investigadores a quienes solicitan explicitamente ser admitidos a UCI.
- Los criterios de exclusion para UCI son los casos solo para consulta o admitidos a unidades intermedias
- Las decisiones de admision o rechazo, variables demograficas, clinicas, labs, fisiologicas fueron obtenidas consecutivamente .



**Gobierno
de Chile**

Gaetano Iapichino
Davide Corbella
Cosetta Minelli
Gary H. Mills
Antonio Artigas
David L. Edbooke
Angelo Pezzi
Jozef Kesecioglu
Nicolò Patroniti
Mario Baras
Charles L. Sprung

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

Results

Eligible were 8,616 triages in 7,877 patients referred for ICU admission. Variables positively associated with probability of being admitted to ICU included: ventilators in ward; bed availability; Karnofsky score; absence of comorbidity; presence of haematological malignancy; emergency surgery and elective surgery (versus medical treatment); trauma, vascular involvement, liver involvement; acute physiologic score II; ICU treatment (versus ICU observation). **Multiple triages during patient's hospital stay and age were negatively associated with ICU admission.** The area under the receiver operating characteristic (ROC) curve of the model was 0.83 [95% confidence interval (CI): 0.81–0.84], with Hosmer–Lemeshow test $P = 0.300$. ICU admission was associated with a statistically significant reduction of both 28-day mortality [odds ratio (OR): 0.73; 95% CI: 0.62–0.87] and 90-day mortality (0.79; 0.66–0.93). The benefit of ICU admission increased substantially in patients with greater severity of illness.



Gobierno
de Chile

KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS SCALE DEFINITIONS

RATING (%) CRITERIA

100	Normal no complaints; no evidence of disease.
90	Able to carry on normal activity; minor signs or symptoms of disease.
80	Normal activity with effort; some signs or symptoms of disease.
70	Cares for self; unable to carry on normal activity or to do active work.
60	Requires occasional assistance, but is able to care for most of his personal needs.
50	Requires considerable assistance and frequent medical care.
40	Disabled; requires special care and assistance.
30	Severely disabled; hospital admission is indicated although death not imminent.
20	Very sick; hospital admission necessary; active supportive treatment necessary.
10	Moribund; fatal processes progressing rapidly.
0	Dead

Able to carry on normal activity and to work; no special care needed.

Unable to work; able to live at home and care for most personal needs; varying amount of assistance needed.

Unable to care for self; requires equivalent of institutional or hospital care; disease may be progressing rapidly.



**Gobierno
de Chile**

Protocolo Triage HGF: Selector de Casos

- Datos demográficos
 - * Edad-sexo-latencia hospitalaria
- Datos estado de salud previo
 - * Sano- invalidez leve-moderada-severa
 - * Score de Mac Cabe
- Diagnóstico principal y secundarios
- Apache II al momento de solicitud
- Categoría pronóstica de Massachusetts
- Número de órganos en falla
- Intervenciones posibles
- Disponibilidad de camas uci al momento de solicitud Camas libres –camas liberables



**Gobierno
de Chile**

Protocolo Triage HGF: Selector de Casos

- **Bajo Riesgo:** (riesgo manejable en sala no UCI)
 - Diagnósticos recuperables-Pacientes Apache II < 10 pto-ESP: Sano- Clase Massachusetts A – Órganos en Falla < o = a 2
- **Fuera de Alcance:** (muy mal para recuperarse)
 - Diagnósticos irrecuperables y/o Clase Massachusetts C-D; Apache II > 30 pto- Sofa >12 pto-Organos en Falla >2-Invalidados previos-Mc Cabe >2
- **Rechazos por Falta de camas:**
 - Pacientes con claro potencial de recuperación con tratamiento Intensivos adecuado.(genuino rechazo)
- **Directivas previas:**
 - Pacientes que han manifestado su decisión de no ingresar a UCI estado competentes.



Gobierno
de Chile

PROTOSCOLOS DE TRIAGE



Gobierno de Chile

	1999		2003		2004	
Autor	Sprung C et al (1)	%	Garrouste et al.(2)	%	Gálvez et al	
ADMISION	290	76%	189	56.6%	323	53%
Rechazos	61	16%	145	46.4%	293	47%
Total	382	100%	334	100%	616	100%

REF: 1.-CRIT CARE MED 1999,27(6);1073-1079
2.-INT CARE MED 2003; 29: 774-778

CAUSA DE RECHAZO ADMISIÓN



Gobierno
de Chile

	GÁLVEZ ET AL	%	GARROUS TE ET AL	%
FALTA DE CAMAS	54	8.7%	S/D	S/D
BAJO RIESGO	113	18%	93	27.8%
FUERA DE ALCANCE	112	18%	48	14.37%
DIRECTIVA S PREVIAS	14	2%	4	1.2%
TOTAL	293	47%	145	43.4%

PODER PREDICTIVO DE PROTOCOLOS DE TRIAGE

	Galvez Et al			Garroust e Et al		
	Vivos	Muertos	Total	Vivos	Muertos	Total
Bajo Riesgo	78/113 69%	35/113 31%	113	85/93 91%	8/93 9%	93
Fuera Alcance	26/112 23%	86/112 77%	112	18/48 37%	30/48 63%	48
Total	104	121	225	103	38	141



Gobierno de Chile

SENSIBILIDAD: 0.75 VALOR PREDICTIVO +: 2.59
 ESPECIFICIDAD: 0.71 VALOR PREDICTIVO -: 0.23
PODER ESTADISTICO: $1 - 0.23 = 0.77$
 RR 0.89 (95% CI, 0.76-1.055)
 OR 0.67 (95% CI, 0.37-1.2)

SENSIBILIDAD: 0.82 VALOR PREDICTIVO +: 3.73
 ESPECIFICIDAD: 0.78 VALOR PREDICTIVO -: 0.23
PODER ESTADISTICO: $1 - 0.37 = 0.63$
 RR 1.46 (95% CI, 1.16-1.83)
 OR 6.37 (95% CI, 2.51-16.17)

Latencia en admisión a UCI: Impacto en la mortalidad.



**Gobierno
de Chile**

ITEM	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
Admisión	1er día	+ 1 día	2-4 días	>4 días
Edad	54.78	61.53	67.15	66.05
Mortalidad Observada	0.21	0.30	0.5	0.50
SMR	0.84	0.93	1.14	1.16

p

<0.01

<0.01

<0.01

<0.01

ref.: Rapoport J et al

Exclusión de admisión a UCI

- Los pacientes que en uso de su autonomía previamente han señalado su voluntad para este objetivo.
- Los pacientes demostradamente terminales (**Fuera de Alcance**) o en quienes existen evidencias de que el uso de la terapia intensiva no cambiará su pronóstico debido a su diagnóstico de origen o porque la oportunidad de manejo se haya perdido previamente quedarán excluidos de la admisión.
- Pacientes que para la resolución de su patología requieren de recursos y de elementos que no existen (**Terapia No disponible**) en el establecimiento (macro redes ej.: quemados) que serán transferidos a las unidades correspondientes de acuerdo a las definiciones de la red de salud.



Gobierno
de Chile

Sobrevida Hospitalaria según Triage

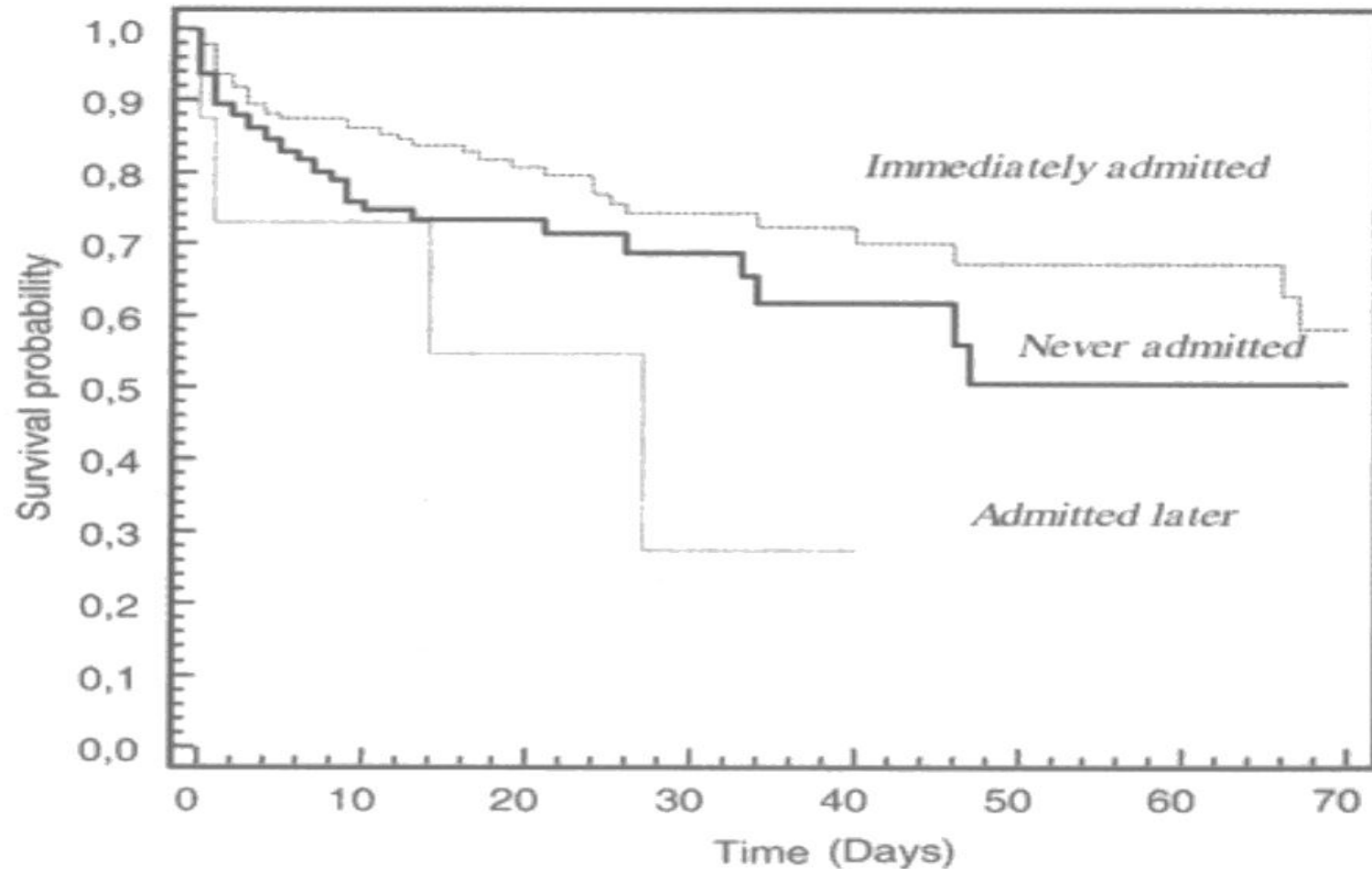


Fig. 1 Hospital survival in the patients admitted immediately ($n=189$), admitted later ($n=9$), and never admitted ($n=136$)

IMPACTO DEL USO DE PROTOCOLOS DE TRIAGE

- Son Necesarios porque reducen sesgos arbitrarios
- Elimina proceso subjetivo de admisiones.
- Ordena las prioridades de las solicitudes simultaneas.
- Exige a servicios solicitantes (UEA y otros) mayor precisión diagnóstica.
- Exige conocimiento del estado de salud previo
- Si el diagnóstico es incorrecto puede asignar riesgos inexistentes
- Reduce la admisión de pacientes irrecuperables a UCI.(desde 45% a 36%).
- No eliminan errores de diagnostico
- Debe incluir la oportunidad de la admisión



**Gobierno
de Chile**

Indicadores de Proceso admisión / Egreso a UCI

- Tasa de rechazos (genuinos)de admisión
 - N° Rechazos / N° Total de solicitudes de admisión
- % de Fallecidos dentro de las primeras 12 hrs
 - N° de fallecidos en < 12 hrs/ N° Total de fallecidos
- Tasa de reingresos a UCI
 - N° reingresos a UCI / N° Total de egresos



Gobierno
de Chile

RECHAZOS GENUINOS

- Corresponde a pacientes que tienen indicación de UCI por ser recuperables y no se dispone de la cama en el servicio solicitado
- Todos los rechazos de admisión de la UPC deben pasar por el correspondiente proceso de Evaluación Médica y quedar registrado el protocolo de selección de Admisión y Rechazos.



**Gobierno
de Chile**

- Una vez que se determina que el paciente efectivamente tiene indicación de ingreso a la UCI y no se dispone del recurso en el establecimiento debe ser trasladado a otro centro de atención de Críticos (público o privado)
- UGCC se hace cargo de la gestión de camas críticas públicas o privadas para resolver el caso puntual .
- Todas estas acciones deben quedar registradas en la hoja de Solicitud de Admisión respectiva en la que se aplica el protocolo de Admisión.

LEY DE URGENCIA

- De acuerdo a la Ley 19.650 la regulación de la transferencia de pacientes críticos admitidos a instituciones privadas de salud bajo el amparo de dicha ley deben regirse por los siguientes criterios :
- Paciente Ley de Urgencia es beneficiario de FONASA al momento de su ingreso de una institución privada declarado en riesgo vital por un certificado del Servicio de Urgencia a SAMU quien asigna un número de folio.
- FONASA cubre el costo de este paciente de acuerdo a sus aranceles hasta que sea declarado estable por el Servicio Privado.
- Desde la declaración de estabilidad en adelante los costos serán responsabilidad del Hospital base, razón por la cual el paciente debe ser evacuado rápidamente de acuerdo a la priorización establecidas por las jefaturas de la Unidad.



**Gobierno
de Chile**

ESTABILIDAD PACIENTES LEY DE URGENCIA

- La declaración de estabilidad se hará cuando el paciente cumpla con los siguientes criterios:
 - En caso de Ventilación Mecánica debe estar con una FIO2 inferior o igual al 50%.
 - En caso de requerimiento de drogas vaso activas debe estar solo con un vaso activo en dosis bajas.
 - Debe tener resuelta previamente cualquier condición potencialmente fatal para un traslado (Hemotórax o Neumotórax, sangramientos activos internos o externos, lesiones traumáticas inestables o cualquier condición no resuelta) que ponga en riesgo al paciente en un traslado.
 - Una vez declarado al paciente estable puede optar por seguir en la Institución privada como libre elección o solicitar su traslado al sector público.



**Gobierno
de Chile**

CRITERIOS DE EGRESO

- Los pacientes catalogados como admisibles a UCI (prioridad 1) serán dados de alta cuando ya no requieran del tratamiento intensivo por mas tiempo previa evaluación completa por el residente de turno.
- Ante la circunstancia de tener que decidir el alta de la unidad de un paciente crónico o cuyo estado de salud no se beneficia en la hospitalización en la UCI será recomendado el recurrir a la asesoría del Comité de Ética Institucional previamente a su egreso.
- Los pacientes con prioridad 2 serán egresados cuando la monitorización no determine el tratamiento intensivo y la indicación desaparezca .
- Los pacientes con prioridad 3 egresan cuando cesa la necesidad de tratamiento intensivo lo que podrá ser aún más precoz si el paciente no tiene posibilidades de recuperación o no se beneficia con una terapia intensiva.



**Gobierno
de Chile**

CONCLUSIONES

- La selección de admisión a UCI debe pasar por un proceso objetivo
- Los Protocolos de triage deben ser transparentes y conocidos por todo el personal medico
- La aplicación debe ser registrada y monitorizada
- Debe incorporarse indicadores de control del proceso que permita valorar la accesibilidad, la oportunidad y la calidad de la decisión de admisión.
- Debe incorporarse también una evaluación de calidad de recuperación post UCI (ej: Karnosfky score u otro equivalente)



**Gobierno
de Chile**