



Vol. 73 • Núm. 1
Enero-Febrero • 2019
pp 65-68

Recibido: 10/10/2018
Aceptado: 28/01/2019

Artículo de revisión

Criterios de ingreso-egreso a las unidades de cuidados intensivos, sustento legal aplicable

Criteria for entry-exit from intensive care units, applicable legal support

Irving Iván Morales Pogoda,* Deniria Alejandra Rugerio Trujillo,[†]
Miriam Seleste Ramírez Valdez,[§] Guadalupe Maza de la Torre^{||}

* Tte. Cor. M. C. Médico Intensivista. Jefe del Departamento. Jefe del curso.

[†] Myr. M. C. Médico Intensivista adscrita al Departamento. Coordinadora del curso.

[§] Myr. M. C. Médico Intensivista adscrita al Departamento. Profesora adjunta del curso.

^{||} Gral. de Bgda. M. C. Médico Intensivista. Director del Hospital Central Militar. Jefe del Departamento. Profesor adjunto del curso.

Departamento de Medicina Intensiva del Hospital Central Militar, Secretaría de la Defensa Nacional de México. Curso de Especialidad en Medicina del Enfermo en Estado Crítico de la Escuela Militar de Graduados de Sanidad, México.

RESUMEN

Introducción: Las unidades de cuidados intensivos son unidades especializadas de capacidad limitada atendidas por personal con competencias especiales; por lo tanto, requieren un tamizaje bien fundamentado y apegado a derecho para decidir el ingreso y egreso de los pacientes que serán atendidos en estas unidades especializadas. **Marco legal:** Art. 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, «Derecho de protección a la salud», Arts. 32 y 33 de la Ley General de Salud, «Atención Médica», «Modalidades de atención médica», acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General declara la Obligatoriedad de los Esquemas de Manejo Integral de Cuidados Paliativos, Norma Oficial Mexicana para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos. **Criterios de ingreso y egreso:** Los criterios de ingreso y egreso de las unidades de cuidados intensivos deben estar fundamentados de acuerdo con el marco legal vigente en un modelo de prioridades donde se privilegia a los pacientes más graves y con mayores posibilidades de recuperación sobre los menos graves y con menores posibilidades de recuperación. **Conclusiones:** Al aplicar el modelo de prioridades que se encuentra bien fundamentado en la normatividad vigente, se cumple con el objetivo de ofrecer los cuidados intensivos a los pacientes que obtienen mayor beneficio de los mismos y se optimizan los recursos para brindar cuidados críticos con mayor eficiencia y eficacia.

Palabras clave: Criterios de ingreso, criterios de egreso, cuidados intensivos, marco legal en cuidados intensivos, modelo de prioridad.

ABSTRACT

Introduction: The intensive care units are specialized units, with limited capacity and are attended by personnel with special skills, therefore require a well-founded screening and attached to the law to decide the admission and discharge of patients who will be treated in these specialized units. **Legal framework:** Art. 4/o. Political Constitution of the United Mexican States «Right to protection of health» Arts. 32 and 33 of the General Law of Health «Medical Care» «Modalities of medical care», agreement by which the General Health Council declares the Mandatory nature of the Schemes of Integral Management of Palliative Care, Official Mexican Standard for the Organization and Functioning of Intensive Care Units. **Criteria for admission and discharge:** The criteria for admission and discharge of intensive care units should be based on the current legal framework, in a model of priorities where privileges are given to the most serious patients and with greater possibilities of recovery over the less serious patients and with less possibilities of recovery. **Conclusions:** Applying the model of priorities that is well based on current regulations, the objective of offering intensive care to patients who have a greater benefit from them is met and resources are optimized to provide critical care with greater efficiency and effectiveness.

Keywords: Entry criteria, exit criteria, intensive care, legal framework in intensive care, priority model.

Introducción

Las unidades de cuidados intensivos son unidades especializadas, según lo define el modelo de certificación de hospitales del Consejo General de Salubridad

General 2018: «los servicios especializados son áreas con capacidad limitada y personal con competencias especiales, donde los pacientes requieren cuidados especiales y monitorización continua, por lo cual los costos de operación son altos».

Se consideran como servicios especializados, al menos:

- a) Unidades de cuidados intensivos (coronarias, adultos, neonatales, pediátricas, entre otras).
- b) Unidades de atención a pacientes quemados.
- c) Unidades de trasplante.

En relación con estas definiciones operativas se establece que las unidades de cuidados intensivos deben contar con criterios de ingreso-egreso perfectamente bien definidos y con un fundamento legal, ya que esta capacidad limitada y personal con competencias especiales a los que se hace mención obligan a realizar un tamizaje en el ingreso y permanencia en la unidad.¹

Por otro lado, la demanda de atención en las unidades de cuidados intensivos cada día se incrementa en relación directa con los avances tecnológicos, aumento en la población de edad avanzada y mayor complejidad en procedimientos tanto diagnósticos como terapéuticos, lo que también obliga a que las unidades de cuidados intensivos definan de manera correcta y eficaz sus criterios de ingreso-egreso.

Por lo tanto, se realizó esta revisión con el objetivo de establecer de manera clara, precisa y con un fundamento legal vigente, los criterios de ingreso y egreso a las unidades de cuidados intensivos y asimismo difundirlos por medio de su publicación.

Definiciones

Para poder establecer los criterios de ingreso y egreso de las unidades de cuidados intensivos es necesario conocer las definiciones de los conceptos que giran en torno a éstos.

Las unidades de cuidados intensivos se definen como «el área de hospitalización en la que un equipo multidisciplinario e interdisciplinario proporciona atención médica a pacientes en estado agudo crítico, con el apoyo de recursos tecnológicos de monitoreo, diagnóstico y tratamiento».

El estado agudo crítico se define como «aquél que presenta alteración de uno o más de los principales sistemas fisiológicos, con pérdida de su autorregulación, que requiere soporte artificial de sus funciones vitales, asistencia continua y que es potencialmente recuperable».

La Medicina Crítica se define como «la rama de la medicina que tiene como objetivo principal la atención de los estados fisiopatológicos que ponen en peligro inminente la vida».

La atención de pacientes en estado agudo crítico tiene como uno de sus objetivos principales que el equipo de salud pueda mantener estables las funciones vitales del paciente, para que en condiciones de absoluto control se pueda hacer frente y atender los cambios fisiopatológicos que originan el estado de gravedad o inestabilidad, sin dejar de lado el tratamiento curativo de la patología de base que ha causado estas alteraciones.

Cuidados progresivos del paciente: se define así a la forma en que se organizan y estratifican los servicios hospitalarios según las necesidades del paciente, de tal forma que reciba el tipo de atención médica, con la complejidad requerida, en el momento más oportuno, en el sitio y área física del hospital más apropiado a su estado clínico.²

Fundamento legal

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el Artículo 4º señala: «toda persona tiene derecho a la protección de la salud». La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del Artículo 73 de esta Constitución.³

La Ley General de Salud establece en el Capítulo II Atención Médica:

Artículo 32. Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

Artículo 33. Las Actividades de atención médica son:

- I. Preventivas.
- II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar un tratamiento oportuno.
- III. De rehabilitación.⁴

Con relación a estos preceptos legales, las unidades de cuidados intensivos forman parte del aparato ejecutor del Estado para cumplir con la obligación constitucional de protección a la salud. Asimismo, participan en la atención médica de pacientes, en actividades curativas de reintegración de la salud por medio de un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de padecimientos agudos críticos.

Sin embargo, de esta misma obligación que tiene el Estado y sus órganos ejecutores de proteger la salud de las personas que se encuentran en el territorio nacional, deriva el hecho real de lograr de

manera equitativa proporcionar servicios de salud de calidad y cantidad suficiente para toda la población, lo cual operativamente es imposible si no se cuenta con la infraestructura suficiente, recursos humanos y económicos. Para alcanzar este objetivo fundamental es necesario, por lo tanto, realizar un tamizaje basado en prioridades y necesidades de atención que se correlacionen con los recursos disponibles para proporcionar la atención más adecuada al que demande estos servicios en un momento específico.

De aquí nace la necesidad y la obligatoriedad de efectuar un tamizaje de los pacientes que obtendrán el mayor beneficio de ser admitidos y tratados en las unidades de cuidados intensivos, y el principal fundamento sigue siendo el hecho de que son servicios especializados con áreas de capacidad limitada y personal con competencias especiales.

La Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA2-2014, los criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos publicada en DOF: 26/12/2014 establecen que: «los profesionales de la salud deberán considerar la existencia y respetar lo establecido en las directrices previas que los pacientes mayores de edad y en pleno uso de sus facultades mentales hayan expresado para el caso de padecer alguna enfermedad o encontrarse en fase terminal. Lo anterior, con apego a la normatividad federal y, en su caso, a la legislación aplicable en cada entidad federativa». Esto representa la base legal operativa para no caer en futilidad terapéutica ante un paciente que no debe ser tratado en unidades de cuidados intensivos y que ha dictado una voluntad anticipada, y que de lo contrario se incurre en una responsabilidad legal.⁵

El 17 de septiembre de 2013 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana para la Organización y Funcionamiento de las Unidades de Cuidados Intensivos NOM-025-SSA3-2013, donde se establecen los criterios de ingreso-egreso para estos servicios especializados, cuyo campo de aplicación es de observancia obligatoria para los establecimientos, personal profesional y técnico del área de la salud de los sectores público, social y privado que proporcionen servicios de atención médica en unidades de cuidados intensivos.

Criterios de ingreso-egreso

Los criterios de ingreso que establece la Norma NOM-025-SSA3-2013 se basan en un modelo de priorida-

des, en el que se distingue a los pacientes que se benefician de su ingreso a las unidades de cuidados intensivos de aquéllos que no, los criterios son:

- Prioridad I. Paciente en estado agudo crítico, inestable, con la necesidad de tratamiento intensivo y monitoreo;
- Prioridad II. Pacientes que requieren monitoreo intensivo y pueden necesitar intervenciones inmediatas como consecuencia de padecimientos graves agudos o complicación de procedimientos médicos o quirúrgicos;
- Prioridad III. Paciente en estado agudo crítico, inestable con pocas posibilidades de recuperarse de sus padecimientos subyacentes o por la propia naturaleza de la enfermedad aguda;
- Prioridad IV. Pacientes para los que la admisión en las UCI se considera no apropiada. La admisión de estos pacientes debe decidirse de manera individualizada, bajo circunstancias no usuales y a juicio del médico responsable de la UCI.

Los criterios generales de egreso en las unidades de cuidados intensivos que establece la norma son los siguientes:

- Programado: cuando se han solucionado los problemas del paciente que motivaron su ingreso a la UCI y se traslada a otro servicio o a otra unidad hospitalaria, donde se le otorgue la atención, de acuerdo con el concepto de cuidado progresivo del paciente, o bien se han agotado las posibilidades de mejoría.
- No programado: aquel destinado a generar posibilidades asistenciales a otros pacientes con mayores necesidades de cuidados intensivos, ante la situación de ocupación total de los cubículos de las UCI.
- No previsto: el solicitado por el médico tratante, el paciente o su familia, aun cuando persista la necesidad de vigilancia, diagnóstico y tratamiento.
- Por defunción: se realiza de acuerdo con el procedimiento administrativo de cada institución o establecimiento.⁵

Los criterios de ingreso de acuerdo con el modelo de prioridades se resumen en el *cuadro 1* y se nombran ejemplos de enfermedades encuadradas en el criterio para su mejor comprensión.

Este modelo de prioridades engloba en forma ascendente quiénes deben ser ingresados a las unidades de cuidados intensivos, fundamentado en el beneficio que obtendrán de su atención en estos servicios, existiendo en todo momento la flexibilidad de ingreso

Cuadro 1: Resumen sobre los criterios de ingreso en el modelo de prioridades, con ejemplos diagnósticos en cada caso.

Prioridad	Criterio	Ejemplo
I	Paciente inestable, recuperable, con la necesidad de tratamiento intensivo y monitoreo	Paciente politraumatizado con cráneo hipertensivo Estatus epiléptico Paciente con falla respiratoria aguda que requiere ventilación mecánica invasiva
II	Pacientes que requieren monitoreo intensivo y pueden necesitar intervenciones inmediatas	Paciente operado de cirugía de corazón Paciente postoperado con choque hemorrágico que requirió transfusión masiva
III	Paciente en estado agudo crítico, inestable con pocas posibilidades de recuperarse de sus padecimientos subyacentes o por la propia naturaleza de la enfermedad aguda	Paciente con leucemia linfoblástica aguda con neutropenia y neumonía agregada sin respuesta a quimioterapia Paciente con enfermedad oncológica metastásica con infección agregada
IV	Pacientes para quienes la admisión en las UCI se considera no apropiada	Paciente con muerte cerebral no candidato a ser donador de órganos Paciente con evento vascular mesentérico extenso

Fuente de origen: Párrafo 5.5.1.2 Modelo de prioridades de ingreso. NOM-025-SSA3-2013.

en relación con las capacidades de la unidad y el criterio del personal médico responsable de la unidad al momento de evaluar la solicitud correspondiente.

En resumen, este modelo recomendado por la NOM-025-SSA3-2013 nos indica qué pacientes deben ser ingresados de manera inicial y sin más limitantes que las capacidades de la propia unidad, y quiénes no deben ingresar o considerar su ingreso, sólo en casos especiales, bajo el criterio de los responsables de la unidad y del médico tratante del caso.

Conclusión

En México, desde la creación de las primeras unidades de cuidados intensivos (1967, Hospital General México) y hasta épocas modernas, cuando ya se cuenta con material y equipo de alta tecnología, así como con una creciente demanda de recibir cuidados intensivos especializados, no existía un marco regulatorio para la organización y funcionamiento de estas unidades; asimismo, no estaban definidos de manera concreta los criterios de ingreso y egreso para ser utilizados como marco de referencia legal.

Fue hasta el año 2013 cuando se publica en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana para la Organización y Funcionamiento de las Unidades de Cuidados Intensivos NOM-025-SSA3-2013, donde se definen estos conceptos de carácter vinculante para los establecimientos de salud tanto públicos como privados de nuestro país.

En este contexto, podemos comentar que los criterios de ingreso y egreso a las unidades de cuidados intensivos, a razón de ser servicios especializados

de capacidad limitada, deben ajustarse al modelo de prioridades. Fundamentado legalmente en la norma antes mencionada, este modelo de prioridades aplica el ingreso de los pacientes de manera progresiva con base en sus condiciones generales, parámetros fisiológicos y posibilidades razonables de recuperabilidad. Con este modelo podemos tamizar el ingreso y egreso de los pacientes para poder otorgar cuidados intensivos a los pacientes que obtengan un mayor beneficio de los mismos y, asimismo, mantener la disponibilidad ocupacional para estar en condiciones de recibir pacientes con prioridades altas de ingreso en todo momento; en este contexto, se optimizan los recursos para ofrecer cuidados críticos con mayor eficiencia y eficacia.

REFERENCIAS

1. Modelo de seguridad del paciente del SINACEAM. Estándares para implementar el modelo en hospitales. Edición 2018.
2. Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.
3. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
4. Ley General de Salud. Título Primero, Disposiciones Generales, Capítulo Único, Artículo 1º.
5. Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA2-2014, criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos.

Dirección para correspondencia:

Dr. Irving Iván Morales Pogoda

Centro Médico Dalinde,

Unidad de Terapia Intensiva de Adultos.

Tuxpan Núm. 25, Col. Roma Sur, 06760,

Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México. Tel: 5265 2854

E-mail: drirving1812@yahoo.com