

Guías 2004 de organización y funcionamiento de unidades de pacientes críticos

PRÓLOGO

Uno de los aspectos más importantes del quehacer asistencial de las últimas décadas guarda relación con el ordenamiento del quehacer sanitario. Un proceso de esta naturaleza permite ir disminuyendo la variabilidad en los procesos clínicos, lo que permite ver a su vez, mejores evaluaciones de oportunidad, calidad e impacto en nuestras acciones.

En esta línea, valoramos enormemente el trabajo desarrollado con la Sociedad de Medicina Intensiva y Jefes de Unidades Críticas de los Hospitales de la Región Metropolitana, en orden a generar esta guía, cuya pretensión es que sirva como referente para la gestión y oriente las inversiones en una de las áreas más costosas del quehacer hospitalario. El gran avance que hasta ahora hemos logrado en acortar las brechas en camas críticas, estamos seguros, se verá redoblado al sumar aspectos de modernización en el trabajo que se plasman en los siguientes aspectos que marcarán el desarrollado de la Medicina Intensiva del sector en los próximos años:

1. Desarrollar aplicaciones informáticas en Medicina Intensiva de modo de mejorar los registros, contar con indicadores de gestión, promover la estandarización y mejorar la eficiencia de las unidades de paciente crítico.

2. Desarrollar los incentivos necesarios para optimizar el recurso humano vinculado a la Medicina Intensiva, favoreciendo la especialización y formación continua.
3. Consolidar el modelo de UPC en los Hospitales más complejos del país.
4. Promover investigaciones que definan el rol óptimo de los profesionales en el trabajo de las áreas críticas evaluando el impacto de la aplicación y guías de protocolo e incentivando una adecuada utilización de insumos.
5. Promover la humanización del trabajo en las áreas críticas en cuanto al desarrollo de procesos de información al usuario y familiares, consentimientos informados y orientación en relación a los problemas bioéticos del paciente crítico.

Estas líneas de trabajo sólo pueden llegar a tener resultados en la medida en que todos los implicados trabajemos con seriedad, generosidad, creatividad y respeto de cada uno de nuestros roles, no olvidando jamás que el gran objetivo que nos convoca es la mejor atención a nuestros usuarios.

Dr. Enzo Sáez Herrera
Presidente Sociedad Chilena
de Medicina Intensiva

Dr. Antonio Infante Barros
Subsecretario de Salud

GUIAS 2004 DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE UNIDADES DE PACIENTES CRÍTICOS

I. ANTECEDENTES GENERALES

Los principios y objetivos generales de la Política de Salud del actual Gobierno reconocen que la salud, entendida como el completo estado de bienestar físico, mental y social, es un fin en sí misma y, como tal, constituye un derecho básico de todos los miembros de nuestra sociedad. Simultáneamente, la salud debe ser entendida como un componente esencial del crecimiento y de desarrollo integral del país.

En consecuencia con lo anterior, el Estado debe garantizar a todos sus habitantes el pleno ejercicio de este derecho, proporcionando un adecuado acceso a servicios de salud integrales, ya sean estos públicos o privados, así como a otros bienes y servicios esenciales, en el contexto de un entorno social, ambiental y laboral sano, para contribuir al desarrollo económico y social del país.

La calidad técnica y humana de estos servicios deberá ser igual para todos los chilenos, indistintamente de quien los preste.

Para la adecuada aplicación de los principios generales anteriormente señalados, se ha definido un modelo de atención que se ha denominado "Atención de Salud Integral", entendida como la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integridad física, mental y social y como seres sociales pertenecientes a una familia, que está en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.

Por otra parte, el cambio demográfico y el proceso de acumulación epidemiológica que experimenta hoy la sociedad chilena, así como los factores biológicos, sociales, económicos, culturales y otros que los condicionan, determinan la coexistencia de patologías agudas y crónicas, infecciosas, degenerativas, traumáticas, tumorales, por adicción o dependencia, etc., que hacen cada día más compleja y costosa la organización de servicios de salud apropiados a esta nueva realidad.

Durante los últimos años el MINSAL a través del Programa Red de Urgencia ha estado empeñado en mejorar la respuesta a este tipo de requerimientos de la población, para lo cual bajo este Programa, que incorpora como componentes al SAPU (Sistema de atención primaria de urgencia), SAMU-131 (sistema de atención médica de urgencia), UEH (unidades de emergencia hospitalaria) y UPC (unidad de pacientes críticos).

El enfoque del PROGRAMA Red de urgencia está orientado a promover el desarrollo armónico de cada uno de sus componentes, permitiendo así, el acceso oportuno del usuario a la atención de urgencia.

Dentro del componente de UPC, el MINSAL se encuentra trabajando en dos líneas paralelas que tienen que ver, por una parte, con la actualización del modelo que hoy debiera incorporar la existencia de polos de desarrollo para las prestaciones de salud de alta complejidad (cardiología, neurocirugía), la tipificación en las camas existentes, definición de recursos humanos y recursos físicos para cada uno de ellas, y por sobre todo un modelo de gestión que permita unificar y optimizar el uso de los recursos mejorando estándares de calidad de atención a estos pacientes. Por otra parte y como línea paralela se ha avanzado en el cierre de brechas fundamentalmente en relación a camas UPC por población.

Situación Actual

Durante el año 2003 se realizó una encuesta a todos los establecimientos del país que cuentan con Camas Críticas, y durante el 2004 se realizó un proceso de validación en terreno a partir de la información recogida en el instrumento aplicado.

La siguiente tabla presenta la situación actual de camas críticas de adulto en el país:

Recomendación	UCI 6 camas por 100.000 habitantes	UTI 12 camas por 100.000 habitantes
Requeridas	476	952
Existen	360	488
Brechas	116	464

De acuerdo a lo anterior, el Ministerio de Salud a través de la División de la Red Asistencial constituyó un Grupo de Trabajo conformado por integrantes intensivistas, Jefes de las Unidades de Cuidados Intensivos de la Región Metropolitana y directivos de la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva, con el fin de actualizar las normas de organización y funcionamiento de las Unidades de Cuidados Intensivos de Adultos, que datan del año 1995.

II. DEFINICION

Atención Progresiva del Paciente

Consiste en la organización de los servicios clínicos hospitalarios, según la complejidad de los pacientes, que se satisfacen o se controlan con la atención, en el sitio

más adecuado, en el momento más oportuno y en las condiciones más apropiadas para ello.

Paciente crítico

Se denomina paciente crítico a aquel enfermo cuya condición patológica afecta uno o más sistemas, que pone en serio riesgo actual o potencial su vida y que presenta condiciones de reversibilidad, que hacen necesaria la aplicación de técnicas de monitorización, vigilancia, manejo y soporte vital avanzado.

Unidad de Pacientes Críticos (UPC)

Estructura que reúne a la Unidad de Cuidados Intensivos y Unidad de Cuidado Intermedio de un establecimiento bajo una organización y dependencia común.

Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Es aquella dependencia hospitalaria destinada a proporcionar cuidado médico y de enfermería permanente y oportuno a pacientes críticos inestables.

Se caracteriza por contar con residencia médica permanente, así como tecnología de alta complejidad, solamente disponibles en estas unidades.

Unidad de Tratamiento Intermedio (Intermedio)

Es aquella dependencia del hospital destinada al manejo de pacientes críticos estables que requieren para su cuidado de monitoreo no invasivo, vigilancia y manejo de enfermería permanente además de cuidados médicos. En los hospitales de mayor complejidad formarán parte de la Unidad de Paciente Crítico, con al menos 12 camas y residencia médica.

Unidad de Cuidados Especiales

Las Unidades de Cuidados Especiales tienen por objeto disminuir la brecha tecnológica y asistencial entre la UPC y la sala común. No constituyen parte de la Unidad de Paciente Crítico y están destinadas al cuidado de pacientes que requieren algún grado de monitorización y manejo de enfermería.

III. ORGANIZACIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIO

La Unidad de Cuidados Intensivos debe asegurar una atención de calidad a los pacientes críticamente enfermos. Requiere de un equipo calificado de médicos, enfer-

meras, y técnicos paramédicos en cantidad suficiente, que deberán proporcionar un cuidado multidisciplinario e integral.

1. Recursos Humanos

1.1. Dotación de recursos humanos asociados a Camas Intensivos

1.1.1. Médicos

La Unidad contará con un Médico jefe, y un equipo de médicos residentes.

Descripción del cargo médico jefe UCI

La Unidad de Cuidados Intensivos estará a cargo de un médico jefe, con 33 hrs., quien será responsable de las funciones de planificación, coordinación del trabajo interno y relaciones externas, además de realizar las actividades evaluativas y de supervisión técnico y administrativo.

El perfil del médico Jefe debe acreditar; para concurrir al cargo, una especialidad básica de medicina, cirugía, anestesia y especialización en medicina intensiva, siendo recomendable poseer conocimientos acreditados de gestión hospitalaria y control de IIH. Tendrá funciones de carácter directivo asistencial, administrativo y docente.

Dependencia

Dependerá administrativamente de la Subdirección Médica del Hospital.

Responsabilidad del cargo

Será responsable ante la Dirección del Hospital de la eficiente organización y funcionamiento de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Definición de funciones médico jefe UCI

Promoverá y aplicará un sistema de coordinación permanente con los demás servicios clínicos, unidad de tratamiento intermedio, secciones y otras dependencias del establecimiento.

Velará por el mejoramiento continuo de los procesos de la Unidad, identificando los problemas y proponiendo las soluciones acorde a ellos.

Velará por la existencia de un adecuado sistema de registros e indicadores que den cuenta de la gestión de la Unidad.

Establecerá un adecuado sistema de manutención de la Unidad, asesorando a la Dirección en la adquisición de equipamiento e instrumental necesario para la Unidad.

Promoverá, planificará, ejecutará y evaluará la educación continua, de acuerdo a las necesidades detectadas del personal a su cargo.

Colaborará con los programas de estudio de pre y post grado de las carreras de salud, según corresponda, de acuerdo a los convenios docente-asistenciales vigentes.

Médicos Residentes

Descripción del cargo

Los residentes serán médicos que realizarán turnos para dar cobertura permanente a la Unidad.

Será requisito para acceder al cargo tener como especialidad básica la de Medicina interna, anestesia, cirugía o medicina de urgencia con una formación en medicina intensiva acreditada.

La dotación recomendada es de 1 médico por turno por cada 6 camas. En Unidades con una dotación de camas superior a 6, se hace necesario incrementar proporcionalmente médicos de apoyo diurno.

Se sugiere el siguiente esquema:

Dotación médica de Unidades de Cuidados Intensivos		
N° Camas	Residentes	Médicos 22 hrs
6	1 turno	1
7	1 turno	1
8	1 turno	1
9	1 turno	2
10	1 turno	2
11	1 turno	2
12	2 turno	2
13	2 turno	3
14	2 turno	3
15	2 turno	3
16	2 turno	3
17	2 turno	3
18	3 turno	3

Dependencia médicos residentes de UCI

Dependen directamente del Médico jefe UCI.

Responsabilidad del cargo

Los médicos residentes serán los responsables de la actividad asistencial.

Serán responsables de aplicar integralmente las políticas y normativas de la Unidad de Cuidados Intensivos para su adecuado funcionamiento y asegurar así una buena calidad de atención.

Descripción de funciones

Proporcionarán atención directa a los pacientes de la Unidad y podrán ser requeridos como concurrentes y consultantes, con fines de evaluar la admisión de pacientes a la UCI.

Coordinarán el trabajo entre el equipo de salud de la UCI, de tal modo que la prestación médica sea un todo integrado que favorezca al paciente desde el punto de vista físico, psicológico y social.

Informarán en forma clara y veraz acerca del estado clínico de los pacientes a sus familiares o responsables directos.

1.1.2. Enfermeras

El conocimiento y experiencia de las enfermeras en el manejo de pacientes en estado crítico de salud y su capacitación para utilizar los equipos diagnósticos y terapéuticos, constituyen características fundamentales en la selección de este tipo de profesionales. La formación de la enfermera en cuidado intensivo deberá estar sujeta a algún tipo de acreditación.

El equipo de enfermería de la UCI estará compuesto por una Enfermera Coordinadora y las enfermeras clínicas o tratantes.

1.1.2.1. Enfermera Coordinadora UCI

Descripción del cargo

Es la encargada de organizar, programar, dirigir y evaluar las actividades de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos asegurando una atención oportuna y eficaz.

Debe tener capacitación formal en el área de administración y formación en el área de intensivo o de atención a paciente crítico.

Dependencia

Dependerá directamente del Médico Jefe de la UCI.

Responsabilidad del cargo

Responsable de la programación, coordinación, supervisión y evaluación del equipo de enfermería y de la atención integral de los pacientes de la UCI.

Tendrá funciones de carácter asistencial, administrativo, docente y de investigación, sin perjuicio de aquello que le encomiende el Jefe de la UCI o que le asignen otras autoridades.

Definición de funciones

Coordinará las acciones de enfermería con otros servicios clínicos, unidades de apoyo, secciones y servicios generales del establecimiento.

Determinará en conjunto con el médico jefe las necesidades, funciones y actividades del recurso humano, así como las necesidades de materiales, equipos e insu-

mos que faciliten las actividades de enfermería para lograr una atención eficaz de los pacientes.

Evaluará periódicamente los registros de dicha atención, a fin de cautelar el cumplimiento de las normas establecidas sobre la materia, particularmente sobre la calidad de atención que se está brindando.

Organizará, dirigirá, programará, controlará y evaluará la atención de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos en conformidad con los programas y normas establecidas, en conjunto y de común acuerdo con el jefe de la Unidad.

Coordinará, planificará y evaluará programas de capacitación en servicio del personal de su Unidad.

Participará en trabajos de perfeccionamiento e investigación de enfermería que se programen en la UCI.

1.1.2.2. Enfermeras Clínicas

La dotación de enfermeras clínicas o tratantes será de 1 por cada 3 camas por turno en las UCI indiferenciadas y aumentará de acuerdo a las cargas de trabajo (TISS o similar).

Las enfermeras deben idealmente tener una capacitación previa en el área o experiencia en el manejo del paciente crítico o ser especialistas en cuidado intensivo; de lo contrario, se recomienda una capacitación en una Unidad acreditada.

Las enfermeras clínicas son responsables de la atención directa del paciente, correspondiéndoles formular ejecutar y supervisar el plan de atención de enfermería de los pacientes a su cargo.

1.1.3. Auxiliar Técnico Paramédico

La dotación ideal es de 1 auxiliar técnico paramédico por cada 2 camas por turno. Se recomienda, además, 1 técnico paramédico para refuerzo diurno en las Unidades de mayor complejidad.

Descripción del cargo

Será el encargado de cumplir funciones de confort y otras actividades de apoyo, además de controles asignados directamente por la enfermera de turno, conforme al plan de enfermería definido para el paciente crítico.

Este personal deberá contar con una capacitación en la Unidad.

Definición de funciones

Corresponde a la enfermera supervisora de la unidad establecer las funciones específicas que competen al cargo.

1.1.4. Auxiliar de Servicio

Descripción del cargo

Será el encargado de cumplir las funciones de orden y limpieza de la Unidad y de colaboración para la coordinación con otras dependencias del hospital.

La dotación deberá ser de a lo menos 1 auxiliar de servicio por cada 6 camas, con un refuerzo de día, siendo el mínimo un auxiliar por cada seis camas en turnos que cubran las 24 horas del día.

Definición de funciones

Corresponde a la enfermera supervisora de la Unidad establecer las funciones específicas que competen al cargo.

1.1.5. Secretaria

Descripción del cargo Secretaria

Funcionario administrativo en horario diurno con título reconocido de secretaria, que establece y mantiene la coordinación de la UCI con otros servicios, unidades, secciones del hospital, público.

Además tendrá a su cargo la recepción, distribución, archivo y despacho de la correspondencia oficial y reservada de la UCI.

1.1.6. Nutricionista

La Unidad debe tener acceso a la asistencia de este profesional para supervisar las nutriciones enterales y parenterales, quien debe estar debidamente capacitado en la asistencia nutricional intensiva.

1.1.7. Asistente Social

Dada la compleja relación que existe entre pacientes, familiares y equipo médico es recomendable tener acceso a un apoyo de este profesional según los requerimientos de la unidad para consultas y asesorías a familiares.

1.2. Dotación de recursos humanos asociados a Camas Intermedios UTI

La dotación de personal de la Unidad de Cuidados Intermedios debe asegurar la continuidad del cuidado a prestar durante las 24 horas del día y su competencia técnica debe permitir la prestación de cuidados integrales al paciente.

1.2.1. Secretaria

Descripción del cargo

Funcionario administrativo en horario diurno con título reconocido de secretaria, que establece y mantiene la coordinación de la UCI con otros servicios, unidades, secciones del hospital, público.

Además tendrá a su cargo la recepción, distribución, archivo y despacho de la correspondencia oficial y reservada de la UCI.

1.2.2. Médicos

1.2.3. Médico Jefe Clínico

Descripción del cargo

La Unidad de Cuidados Intermedios estará a cargo de un médico jefe, con 22 hrs., quien será responsable de las funciones de planificación y coordinación del trabajo interno y la coordinación con servicios clínicos y unidades de apoyo del Hospital.

Velará por el mejoramiento continuo de los procesos de la Unidad, identificando los problemas y proponiendo las soluciones acorde a ellos.

Velará por la existencia de un adecuado sistema de registros e indicadores que den cuenta de la gestión de la Unidad.

Dependencia: Médico jefe UPC.

1.2.4. Médicos Tratantes UTI

La dotación de médicos mínima recomendada es de 22 horas diurnas por cada 6 camas. En las noches, fines de semana y feriados, la Unidad quedará a cargo de la residencia del servicio de Medicina o Cirugía, dependiendo del tipo de pacientes. En las UTI mayores (12 camas o más) y que forman parte de la UPC contarán con residencia médica con entrenamiento acreditado en cuidados intensivos.

Los médicos tratantes serán responsables de cumplir con las políticas y normas de la Unidad en beneficio del paciente y del funcionamiento de la misma.

1.2.5. Enfermeras:

El equipo estará compuesto por una enfermera diurna y enfermeras clínicas en turno.

1.2.5.1. Enfermera Coordinadora

Cumplirá funciones administrativas, colaborará en la función clínica y velará por la continuidad de la atención integral del paciente.

1.2.5.2. Enfermera clínica UTI

La dotación de enfermeras clínicas por turno será de 1 por cada 6 camas, con un refuerzo diurno.

Las enfermeras clínicas son responsables de la atención directa del paciente, correspondiéndoles formular ejecutar y supervisar el plan de atención de enfermería de los pacientes a su cargo.

1.2.6. Auxiliar Técnico Paramédico

La dotación ideal será de 1 técnico paramédico por cada 4 camas, más un refuerzo diurno.

El auxiliar técnico paramédico es el funcionario encargado de efectuar la atención de enfermería programada y asignada por la enfermera, en forma integral, oportuna, amable y humana.

1.2.7. Auxiliar de Servicio

La dotación debiera ser de a lo menos 1 auxiliar de servicio por cada 12 camas, en turnos que cubran las 24 horas.

Es el personal encargado de efectuar y mantener el orden, limpieza y desinfección del material, equipos y planta física.

Colabora con el auxiliar de enfermería en labores de confort y realiza además funciones de mensajero.

Además, se debe contemplar un expedito acceso a otro tipo de profesionales, como nutricionista, asistente social y médicos especialistas.

2. Equipamiento

2.1. Requerimiento de equipamiento asociados a Camas Intensivos

Una Unidad de Cuidados Intensivos deberá estar dotada del equipamiento necesario para el buen soporte vital del paciente crítico. Se irán incorporando todos los avances tecnológicos que se requieran de acuerdo a su complejidad.

Deberá contar con el siguiente equipamiento:

2.1.1. En cada cubículo

- 1 cama clínica de intensivo eléctrica
- 1 colchón antiescaras
- 1 fonendoscopio
- 1 monitor cardíaco que tenga como mínimo:

N° camas	Residencia Médica	Médicos 22 hrs
6		1 cargo
7		1 cargo
8		2 cargos
9		2 cargos
10		2 cargos
11		2 cargos
12	1 turno	2 cargos
13	1 turno	2 cargos
14	1 turno	2 cargos
15	1 turno	2 cargos
16	1 turno	3 cargos
17	1 turno	3 cargos
18	1 turno	3 cargos
19	1 turno	3 cargos
20	1 turno	3 cargos
21	1 turno	3 cargos
22	1 turno	3 cargos
23	1 turno	3 cargos
24	2 turno	4 cargos

- 1 canal de ECG
- 2 canales de presión invasiva
- 1 canal de presión no invasiva
- 1 saturómetro (oxímetro) de pulso
- control de temperatura
- alarmas correspondientes
- 1 módulo de capnografía como mínimo, si existe la factibilidad tener uno por cada tres monitores
- 1 módulo de débito cardíaco como mínimo, si existe la factibilidad tener uno por cada tres monitores.
- 1 ventilador de volumen microprocesado
- 2 tomas de oxígeno de red central
- 2 tomas de aspiración central
- 1 toma de aire comprimido medicinal
- 5 bombas de infusión
- 1 bomba de nutrición enteral
- 1 bolsa de insuflación con válvula PEEP
- 1 computador con conexión a Internet.

En la Unidad de 6 camas

1 carro de paro completo con monitor desfibrilador con marcapaso transcutáneo.

1 monitor cardíaco portátil con 1 canal de presión invasiva y 1 desfibrilador portátil (los que pueden ser usados para un mayor número de camas)

- 1 ventilador mecánico no invasivo
- 1 carro de procedimientos
- 1 broncoscopio (puede ser usado para un mayor número de camas UPC)
- 1 lámpara de procedimientos
- camillas de traslado
- botellas de oxígeno
- 1 equipo de rayos portátil para la UPC
- 1 monitor central para 6 camas o más
- 1 balanza para pacientes en cama (tipo hamaca u otro)
- 1 electrocardiógrafo
- 1 sistema de medición de presión intracraneana por fibra (en unidades que atienden neurocirugía o trasplante hepático).

Deberá definirse en conjunto con la Dirección del Hospital una política de mantenimiento del equipamiento, a fin de prevenir deterioros irreparables, o periodos prolongados de equipos fuera de uso.

Deberán estar disponibles y en conocimiento del personal los manuales de operación de los diferentes equipos.

Acceso a otros equipos (para UPC: UCI y UTI)

- Máquina de plasmaféresis.
- Endoscopías de urgencia.

- Máquina de hemodiálisis convencional, cuyo manejo dependerá del personal de enfermería de la Unidad de Diálisis.
- Máquina de hemodiafiltración para terapia de reemplazo renal, ideal que tenga opción de diálisis convencional.
- 1 ecotomógrafo multipropósito.
- Intensificador de imágenes.
- Diálisis hepática en las unidades que realicen trasplante hepático.

2.2.Requerimiento de equipamiento asociados a Camas Intermedios

I. Equipamiento en cada cubículo.

- 1 cama clínica de intensivo eléctrica.
- 1 monitor ECG con una presión no invasiva y saturómetro de pulso por cama.
- 2 bombas de infusión por cama.
- 1 bomba de nutrición por cama.
- 1 colchón antiescara por cada cama.

II. Equipamiento en la Unidad de 6 camas

- 1 ventilador no invasivos (tipo Bi-Pap) por cada 4 camas.
- 2 generadores de pulso para marcapaso externo transitorio.
- 1 central de monitoreo (si la Unidad excede de 8 camas).
- 1 monitor desfibrilador con marcapaso transcutáneo.
- 1 carro de paro completo.
- 1 electrocardiógrafo.
- 1 sistema de CPAP de válvula por cada 6 camas.
- 1 Equipo de rayos portátil.

3. Normas y manuales

Con el fin de asegurar servicios de la mejor calidad, será recomendable que las UCI y UTI elaboren normas internas y manuales que permitan uniformar criterios y estandarizar procedimientos, de manera de disminuir las variaciones. Estas normas deben estar actualizadas, en conocimiento y a disposición de todo el personal, y podrán incluir, entre otras:

- Normas de Derivación de Pacientes
- Normas de Seguridad del Personal
- Normas en caso de muerte cerebral y donación de órganos
- Normas de Infecciones Intra hospitalarias
- Normas en caso de Desastre y Evacuación
- Manual de Organización
- Manual de Procedimientos Médicos y de Enfermería

4. Coordinación con servicios clínicos y unidades de apoyo

Para un buen funcionamiento de la UCI y UTI, debe existir una permanente interacción con los demás Servicios Clínicos y Unidades de Apoyo:

Es necesario que la UCI tenga acceso expedito durante las 24 horas del día a:

4.1. Se requiere acceso expedito durante las 24 horas a Unidades de apoyo

- 4.1.1. Radiología
- 4.1.2. Scanner
- 4.1.3. Laboratorio
 - Hematología
 - Bioquímica
- 4.1.4. Banco de Sangre
- 4.1.5. Farmacia
- 4.1.6. Diálisis
- 4.1.7. Esterilización
- 4.1.8. Servicios Generales
- 4.1.9. SOME

4.2. Se requiere acceso expedito durante horario hábil a especialistas

5. Comité de ética

Los Comités de Ética están convocados a hacer frente a los problemas relativos a la Ética médica como función primordial y cautelar los derechos del paciente, también adoptar funciones de asignación, programación y evaluación de casos clínicos en que existan conflictos de intereses, y, en el campo específico de la investigación, opinando respecto a los eventuales alcances morales que pueda tener una decisión clínica o una determinada investigación clínica o farmacológica.

Los Comités de Ética han realizado una tarea de establecer deliberaciones, especificando los distintos niveles de responsabilidad y alcances que puedan tener las medidas, desde el punto de vista terapéutico o diagnóstico, en relación con casos específicos. Para el caso de los Comités de Ética, generalmente es optativo para los distintos Servicios acudir a ellos; y las resoluciones de estos Comités de Ética deben ser consultadas cuando se trata de investigaciones clínicas intervencionales en especial sobre nuevas terapias, en estudios en fase III y otros en los cuales sus resoluciones son mandatorias.

En Chile aún no se ha definido la política respecto a los lineamientos de la Comunidad Médica Hospitalaria y de investigación sobre la forma de operar, y a la fecha los Comités de Ética Hospitalaria realizan la doble misión de análisis de casos clínicos y de evaluación de trabajo de investigación.

El ámbito de los Comités de Ética es específicamente el que se refiere a la cautelación de las normas de respeto

a los principios bioéticos de beneficencia, no-maleficencia, autonomía y justicia en la administración de los escasos recursos hospitalarios existentes.

La conexión natural con las Unidades de Cuidados Intensivos se produce por cuanto en medicina Intensiva se crean habitualmente conflictos de intereses de gran envergadura y que deben ser resueltos a la luz de un análisis muchísimo más amplio que el del punto de vista técnico.

Es necesario, entonces, que la Unidad de Cuidados Intensivos establezca un vínculo directo con el Comité de Ética del Hospital, al cual se puede integrar el Jefe o un representante de la Unidad, con el objetivo de mantenerse presente y poder recabar con mayor facilidad las informaciones procedentes desde este campo del quehacer en salud.

Dados los avances tecnológicos disponibles actualmente y el envejecimiento de las poblaciones de pacientes, así como los cambios que se han producido en las definiciones de la muerte y en las medidas de atención extraordinaria, es necesario entonces que el Comité de Ética Hospitalaria promueva la discusión y defina los lineamientos generales de manejo respecto a situaciones de extrema conflictividad moral.

Los Comités de Ética Clínica surgen de una realidad médica progresivamente compleja y dividida en un creciente número de especialidades. Las alternativas técnicas y terapéuticas se han hecho de tal complejidad, que el médico tratante se ve enfrentado a veces con grandes dificultades en el proceso de toma de decisiones. Por otro lado, el paciente es cada vez más autónomo, más informado y más consciente de sus derechos, y exige entonces, que se respeten dichos derechos, creando situaciones ético-clínicas difíciles de resolver, como: hasta dónde extremar las medidas terapéuticas, cuándo decidir el alta de los pacientes terminales, establecer la proporcionalidad de ciertos tratamientos en circunstancias concretas, decidir procedimientos paliativos, establecer órdenes de no resucitar, suspender ventilación mecánica, cuándo y cómo informar al paciente, solicitar órganos para trasplante, resolver los problemas de asignación de recursos limitados, problemas de consentimiento informado en proyectos de investigación, entre otros. Cada uno de estos problemas lleva a una resolución que requiere de diferentes puntos de vista y profundas reflexiones que consideren los intereses y valores del paciente, de la comunidad y de la propia Institución, respetando los principios éticos que comprometen estas situaciones.

Las recomendaciones que establecen los Comités de Ética son de carácter mandatario en el caso de las investigaciones clínicas, pero de carácter no vinculante en los casos clínicos, el equipo y el médico tratante de la Unidad de Cuidados Intensivos deben cotejar la posición del

Comité de Ética con las opciones terapéuticas concretas de apoyo al paciente y a su familia.

La participación, entonces, de un representante de la Unidad de Cuidados Intensivos en el Comité de Ética es un aporte valioso para mantener la discusión de los diversos aspectos por los cuales se producen los problemas de conflictos de intereses en este campo tan exigido, como es el área de Medicina Intensiva.

IV. FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIO

1. Criterios de admisión

Tanto el ingreso como el egreso de pacientes afectados de una patología aguda y severa a las unidades de pacientes críticos, constituye una decisión médica difícil. La admisión y permanencia de enfermos que no se benefician con las técnicas de vigilancia, monitorización y terapia intensiva que se brindan en estas unidades significa restar posibilidades a otros, que por su patología o condición basal, pudieran obtener sin mayor provecho de las mismas.

El ingreso a UCI de pacientes con una patología no susceptible de recuperar constituye un serio error, ya que la permanencia a veces prolongada de dichos pacientes en la Unidad restará posibilidades de ingreso a otros enfermos que eventualmente pueden beneficiarse con el manejo que se les presta en la UCI. Al mismo tiempo significa dilapidar recursos.

El establecer criterios para el ingreso y egreso de pacientes a este tipo de Unidades, basados en elementos de juicio concretos, permite un mejor aprovechamiento de los recursos humanos y tecnológicos concentrados en ellas.

1.1. Criterios de Admisión para el ingreso a UCI

Dado que no todas las Unidades de Cuidados Intensivos o de Pacientes Críticos aceptan el mismo tipo de enfermos, cada una de ellas debiera tener sus propias normas de admisión y egreso. Los pacientes que requieren terapia intensiva tienen prioridad sobre aquellos que requieren solamente monitorización, así como los que por su patología de base tienen un bajo índice de recuperabilidad.

Dependerá del jefe de la Unidad, o de quien éste delegue decidir qué pacientes cumplen con los requisitos de ingreso o egreso de la Unidad.

Es responsabilidad del médico residente evaluar las solicitudes de ingreso del paciente a una Unidad de Cuidados Intensivos, como asimismo recibirlo sin demora cuando cumpla con los criterios de ingreso y exista disponibilidad de camas en la Unidad.

Se consideran pacientes candidatos a ingresar a UCI, aquellos que cumplan con las condiciones que se señalan para definir al paciente crítico.

Para facilitar la admisión de pacientes críticos a estas unidades se han establecido criterios de prioridad.

Prioridad 1: incluye pacientes críticos inestables que necesitan tratamiento intensivo (ventilación mecánica, monitorización hemodinámica, infusión continua de drogas vaso activas).

Prioridad 2: incluye pacientes con una enfermedad crónica que presentan una complicación aguda o severa reversible y que se benefician con los procedimientos practicados en la UCI.

Prioridad 3: incluye pacientes que al momento de la admisión no se encuentran en situación crítica, pero que requieren los servicios de monitorización de una UCI y aquellos que se encuentran en riesgo de necesitar en el corto plazo tratamiento intensivo. Con el desarrollo de Intermedios adosados a la UCI, con técnicas de monitoreo no invasivo, parte de estos pacientes pueden ser ingresados a Intermedio.

Sin embargo, los esfuerzos terapéuticos no deben ir más allá de las reales posibilidades que presente la enfermedad de base del paciente.

Para ingresar un paciente a UCI es un requisito fundamental que sea previamente evaluado por el médico residente de la Unidad, en lo posible en su lugar de origen. En su defecto, a través de una conversación personal o, excepcionalmente, telefónica con el médico tratante, cuando el paciente se encuentre fuera del recinto hospitalario, para determinar con exactitud si cumple con los requisitos de ingreso.

De lo anterior se concluye que solamente el médico residente está facultado para decidir el ingreso de un paciente en la Unidad, constituyendo la única excepción aquellos que son autorizados por el jefe de la Unidad y que deben ser analizados con el residente de UCI.

Todo paciente que provenga de la calle, de su domicilio o de otro centro asistencial deberá ingresar a través de la Unidad de Emergencia o de Admisión, donde será evaluado previamente por el residente de la UCI, si las condiciones de gravedad lo permiten, o de lo contrario será trasladado directamente a la UCI.

En caso de rechazo de ingreso a UCI, quedará consignado en la ficha del paciente con la firma y nombre completo del médico de turno.

Responsabilidad del manejo del paciente crítico en UCI

Durante la estadía del paciente crítico en la UCI, las decisiones acerca del manejo de éste competen al equipo de la UCI, el cual considerará la opinión del médico tratante y/o de los médicos especialistas interconsultores cuando sea necesario.

La responsabilidad ética y médico-legal de los procedimientos efectuados antes, durante o, después de la estadía en UCI, corresponde a quienes los efectúan.

1.2. Criterios de Admisión para el ingreso a UTI (Unidad de Tratamiento Intermedio)

Pacientes con enfermedades agudas o crónicas reaguizadas, que requieren de cuidados de mediana complejidad o ventilación mecánica no invasiva y que sean potencialmente recuperables.

Pacientes post operados con complicaciones médicas y/o quirúrgicas.

Pacientes trasladados de una UCI una vez superado el periodo crítico.

No se admitirán pacientes que al momento del ingreso o en las próximas horas requieran de ventilación mecánica invasiva, instalación de catéter de Swan-Ganz y cualquier otro procedimiento considerado de alta complejidad y demandante de atención de enfermería de alta especialización.

2. Criterios de egreso

2.1. Criterios de egreso de UCI

Los pacientes catalogados en prioridad 1 para ingresar a la UCI serán dados de alta cuando ya no requieran de tratamiento intensivo por más tiempo o cuando la terapia haya fracasado, el pronóstico a corto plazo sea pobre y no tengan posibilidades de recuperación o beneficio con la terapia intensiva.

En esta última circunstancia se brindarán al paciente cuidados de enfermería y soporte básico (incluyendo ventilación mecánica invasiva si fuera necesario) en una Unidad de Cuidado Intermedio.

Ante la circunstancia de tener que decidir el alta de la Unidad de algún paciente crónico o cuyo estado de salud no se beneficie de la hospitalización en una Unidad de Cuidados Intensivos, será recomendable recurrir a la asesoría del Comité de Ética del hospital.

Los pacientes con prioridad 2 egresan cuando cesa la necesidad de tratamiento intensivo, lo que podrá ser aun más precoz si el paciente no tiene posibilidades de recuperación o no se beneficia con la terapia intensiva. Debido a que estos pacientes requieren un cuidado continuo y a veces especializado, deberán tomarse las precauciones del caso, previo al traslado a otro servicio.

Los pacientes con prioridad 3 serán egresados cuando la monitorización no determine un tratamiento intensivo y la indicación desaparezca.

Frente a la necesidad urgente de ingresar a otro paciente, cuya patología sea de mayor gravedad que la de uno de la Unidad y que, obviamente, cumpla con los requisitos de ingreso enunciados anteriormente, se pro-

cederá a evacuar al paciente que, a juicio del médico de turno, se encuentre en las condiciones más estables o, en su defecto, a aquel en el cual el retiro de determinadas técnicas de vigilancia no tenga una repercusión negativa en la evolución del enfermo.

En lo posible, y con objeto de mantener y afianzar los resultados obtenidos en la Unidad de Cuidados Intensivos, el egreso deberá ser hacia una Unidad de Cuidado Intermedio, Unidad de Cuidados especiales o de Agudos y sólo excepcionalmente a una sala de atención básica.

2.2. Criterios de egreso de UTI (INTERMEDIO)

Pacientes que ya no necesitan de cuidados de mediana complejidad, debiendo ser derivados a un servicio clínico o que estén en condiciones de ser dados de alta.

3. Traslado de pacientes

El traslado de pacientes fuera de la Unidad, para ser sometido a un determinado procedimiento o para efectuar un examen dentro o fuera del recinto hospitalario, deberá contar con la aprobación del residente de la Unidad, el que determinará la necesidad de que sea acompañado por un médico, una enfermera o personal calificado, que esté en condiciones de enfrentar y resolver cualquier emergencia que se presente durante el traslado. Además, determinará la necesidad de que el paciente concorra debidamente monitorizado, intubado o con un respirador portátil o bolsa de insuflación manual de acuerdo con su patología.

4. Sistema de registro y evaluación

El sistema de registros dependerá de cada nivel local; en un futuro próximo debería crearse un sistema estándar para todo el país, con procedimientos computarizados. Los registros deben ser documentos confidenciales, que pueden llegar a tener connotaciones legales. El lenguaje empleado debe ser técnico y detallado, con datos de máxima exactitud. En ellos no deben utilizarse abreviaturas que no sean de uso común.

Deberá desarrollarse un sistema de indicadores de cobertura y calidad de atención de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Se recomienda realizar periódicamente en la Unidad de Auditoría médica de complicaciones y muertes.

5. Entrega de turno

La entrega de turno es una actividad que debe ser realizada por todos los estamentos para informar sobre

las condiciones del paciente, tratamiento y novedades en la Unidad. Para esta actividad cada estamento definirá el tiempo y el lugar. De efectuarse frente a la cama del paciente, ésta se hará con la necesaria prudencia y con lenguaje y actitud que no le afecte.

Los médicos procurarán hacer entrega de turno en un lugar definido para tal, en lo posible fuera del área de atención de pacientes, de modo de discutir con detalle y con todos los antecedentes disponibles todo lo relacionado con cada uno de los pacientes.

La entrega de turno entre el personal de enfermería debe ser frente al paciente por la necesidad de comprobar la velocidad de infusiones parenterales y/o enterales, permeabilidad de las vías, características del sitio de punción, drenajes, heridas operatorias, parámetros de ventilador mecánico y control hemodinámico, entre otros. Debe contemplar las condiciones del paciente, así como los insumos del carro de paro, ingresos y egresos, novedades, control de estupefacientes y toda aquella información que la Unidad estime pertinente.

El registro de la entrega de turno debe señalar el nombre completo y firma del responsable.

6. Visitas de pacientes

Debe existir una política de visitas que no interfiera con el funcionamiento de la Unidad ni signifique riesgos al paciente. No obstante lo anterior, considerando que las visitas a los pacientes no constituyen mayor riesgo de infecciones intrahospitalarias y en un contexto de mayor humanización de la atención, la tendencia actual es ser cada vez menos restrictivo. Se recomienda implementar un sistema de visitas diarias, en horario que el nivel local establezca.

7. Capacitación del recurso humano

La capacitación es una de las herramientas principales en el desarrollo del recurso humano. Constituye un incentivo y un factor de motivación que actúa a favor de la permanencia del personal en el sistema y permite un desempeño eficiente.

Los Departamentos de Capacitación de cada Servicio de Salud y/o de cada establecimiento deberán disponer de programas coherentes, funcionales y en revisión permanente, que logren ofrecer una capacitación actual centrada en el paciente, a los diferentes niveles profesionales y técnicos. La Unidad debe ser capaz de formar al personal de enfermería y técnico paramédico.

Deberá haber programas específicos y diferenciados de preparación para el personal que se presta a ingresar al sistema de atención de Unidades de Pacientes Críticos, así como programas de reciclaje constante para el desempeño de los cargos.

Cada integrante del equipo debe ser capaz de desarrollar funciones y tareas propias del cuidado crítico que le compete según su función. Es necesario reforzar aspectos de trabajo en equipo, evaluación de calidad de atención, liderazgo, resolución de conflictos, relación con familiares, aspectos éticos y *triage*.

Biblioteca

La Biblioteca del Hospital debiera contar con los manuales de consulta habitual sobre los temas atingentes a paciente crítico y acceso computacional vía Internet a bases de datos médicos.

8. Infecciones Intrahospitalarias

Conforme a las Normas de Control de Infecciones Intra hospitalarias para Áreas Críticas, "debe existir en la Unidad un médico y una enfermera a cargo del control de IIH, los que serán designados por el Jefe de Servicio. Debe existir un diagnóstico epidemiológico actualizado que permita conocer las infecciones más frecuentes y las tasas de infecciones asociadas a procedimientos invasivos. La Unidad debe tener un Programa de Control de Infecciones basado en el diagnóstico de situación. Este programa debe ser realizado en la Unidad y estar aprobado por el Comité de IIH. Debe contener medidas de control específicas para los problemas detectados, tales como normas, capacitación e implementación. El programa debe ser evaluado y reactualizado al menos semestralmente.

"Debe existir en el hospital un sistema de vigilancia que establezca que en todas las UCI los pacientes se vigilen continuamente en busca de IIH. La vigilancia debe ser realizada por la enfermera de control de IIH del hospital y sus resultados deben ser conocidos por el personal de la Unidad.

"Las normas que se generen del programa deben estar en conocimiento de todo el personal y estar disponibles en un sitio de fácil acceso. Pueden ser difundidas a través de una actividad educativa o ser distribuidas a cada uno de los funcionarios. Se recomienda que el funcionario, por escrito a través de su firma, tome conocimiento de las normas.

"Con frecuencia las complicaciones infecciosas que se observan en las UCI están asociadas a procedimientos que se realizan en la Unidad tanto de atención directa como indirecta. Este riesgo es mayor cuando se trata de procedimientos invasivos debido a que por definición atraviesan barreras de defensa naturales del organismo. Tal como se mencionó anteriormente, los pacientes de las UCI son sometidos a múltiples procedimientos invasivos que alteran sus mecanismos de defensa y crean puertas de entrada a microorganismos. Por este motivo,

se deben adoptar todas las medidas necesarias para prevenir IHH u otras complicaciones derivadas de su uso.

“Los procedimientos invasivos en general sólo deben ser usados cuando existe una indicación clínica específica.

“Debe preservarse la técnica aséptica en el uso de todos los procedimientos invasivos.

“Deben existir normas para la ejecución de todos los procedimientos invasivos en la Unidad:

- Catéteres urinarios
- Catéteres vasculares periféricos y centrales
- Nutrición parenteral
- Intubación endotraqueal
- Traqueotomía
- Manejo de drenajes
- Aspiración endotraqueal
- Punciones y extracción de muestras para exámenes.

“Debe existir en la Unidad un programa que contemple los siguientes aspectos:

- Limpieza y desinfección concurrente
- Limpieza y desinfección terminal
- Mantención de la planta física.

“No deben existir desechos contaminados con sangre o fluidos corporales en áreas clínicas ni tampoco basureros. Ambos pueden constituir reservorios de microorganismos.

“El personal que trabaja en la Unidad debe lavarse las manos antes y después de tomar contacto con los pacientes. Se debe utilizar un antiséptico y secarse con toalla desechable e individual.

“No se debe esterilizar material en recintos de la Unidad.

“La fumigación no es un método que prevenga infecciones y no debe utilizarse en la Unidad (Circular 3G / 48 del 8 de abril de 1985).

“No deben realizarse cultivos rutinarios de superficies ni de portadores. No se ha comprobado que se puedan prevenir infecciones por este método. Los cultivos se reservarán si se está investigando una situación puntual de IHH o un brote epidémico en los que se piensa que está involucrado el ambiente o un portador. En este caso, la indicación e interpretación de los cultivos deben ser del Comité de IHH.

“Los secadores de aire caliente no deben ser utilizados en áreas clínicas. Estos pueden diseminar partículas y reservorios de microorganismos.

“La preparación de medicamentos y soluciones sólo puede ser realizada en el área limpia de la clínica de enfermería. Deben existir normas respecto a la manipulación y conservación de medicamentos y soluciones de limpieza y desinfección de las áreas mencionadas.

“Deben existir normas que establezcan el manejo de los reservorios húmedos (nebulizadores, humidificadores, agua de aspiración, entre otros).

“Todos los procedimientos deben estar por escrito y en conocimiento del personal que los ejecutará. Además, deben estar disponibles en la Unidad.

El manejo de ropa en la Unidad debe ser el que esté establecido en el resto del hospital. La ropa que esté contaminada con sangre o secreciones corporales debe ser sacada de la Unidad en bolsas plásticas y debe ser manipulada con guantes. Las frazadas deben cambiarse si se contaminan con sangre o secreciones.

“Debe existir un programa de supervisión y evaluación permanente de todos los procedimientos que se realizan en la Unidad.

“Los pacientes con patología infecciosa deben ser aislados de acuerdo a su afección. Sin embargo, debido a la frecuencia con que estos pacientes pueden colonizarse o infectarse, se deben tomar precauciones entre la atención de uno y otro. Estas precauciones incluyen lavado de manos con solución antiséptica y artículos de uso individual.

“Los antisépticos y desinfectantes en la Unidad deben ser los aprobados por el Comité y debe existir una norma que establezca tipo y concentración a usar para los diferentes procedimientos. No deben ser diluidos en dependencias de la Unidad.

“Deben existir normas para manejo de sangre y fluidos corporales.

“Los pacientes colonizados con bacterias multiresistentes constituyen un problema actual en las UCI, puesto que son un reservorio de estos agentes y pueden ser eslabones para la persistencia de brotes epidémicos. Estos pacientes deben ser aislados a su ingreso o cuando se detecte el germen en aislamiento de contacto para impedir su diseminación. Al alta o traslado se debe comunicar su condición para que se tomen las medidas respectivas en otros servicios clínicos o en un ingreso posterior. Se ha demostrado que los pacientes que permanecen mucho tiempo hospitalizados en la UCI son más susceptibles de colonizarse con este tipo de microorganismos, por lo que se recomienda que se haga pesquisa en este tipo de pacientes o se hospitalicen separados de los que están hospitalizados por periodos cortos (estos últimos constituyen la mayoría de los pacientes de UCI).

“Los pacientes febriles deben ser evaluados en busca de IHH. Cada UCI debe tener normas de estudio de pacientes febriles. En estas normas se debe especificar de qué forma se hará la pesquisa, incluyendo los exámenes a solicitar.

“El estrés de los pacientes altera los mecanismos de defensa y puede hacerlos más susceptibles a contraer IHH u otras complicaciones por este motivo la Unidad debe procurar mantener un ambiente cómodo, libre de ruidos molestos, con equipos lejos de la vista de los pacientes y con posibilidad de relación con el exterior.

Se debe tender a que la UCI sea lo más independiente posible desde el punto de vista médico. Esto quiere decir realizar la mayor cantidad de procedimientos sin trasladar al paciente. Los traslados ocasionan molestias al paciente, dificultad al personal para cumplir las prácticas de prevención y control de IIH y riesgos de accidentes”.

9. Políticas y normas de comunicación externas a la unidad

Cada centro debe adecuar el mecanismo de información según su realidad.

En relación a la comunicación con familiares, se recomienda establecer algunos niveles de información que podrían estructurarse de la siguiente manera:

- **Primer nivel:** información telefónica, realizada por la secretaria de la Unidad o por telefonista de la central de informaciones del establecimiento. Esta será de carácter general sobre el estado de salud del paciente.
- **Segundo nivel:** información entregada por enfermera supervisora o médico residente.
- **Tercer nivel:** información entregada por el médico jefe.

De ningún modo la información relativa al estado de un paciente podrá ser entregada por el personal técnico paramédico.

V. AREAS A DESARROLLAR EN LAS UNIDADES DE PACIENTES CRITICOS

1. Criterios generales para la creación de una unidad de pacientes críticos (UPC)

La creación de la Unidad de Paciente Crítico debe encontrarse enmarcada en el Modelo de Atención de la Red Asistencial.

Este modelo está orientado en los Cuidados Progresivos de los pacientes, sobre la base de escalones sucesivos de competencias y prestaciones de complejidad creciente.

En esta lógica, las Unidades de Pacientes Críticos, reúnen a las UCI y las UTI en una nueva forma de organización.

Esta organización permite que las actualizaciones científico-tecnológicas requeridas para un grupo de pacientes altamente complejos se traduzcan en menos complicaciones, menos secuelas, mejor calidad de vida y menos mortalidad.

La realidad actual indica que muchos establecimientos cuentan con UCI, pero no poseen Intermedio, y si existen se encuentra separado de la UCI. En el nuevo modelo planteado se hace necesario que donde exista UCI debe existir UTI, de tal manera de generar un flujo adecuado a la complejidad del paciente.

Donde existan ambas unidades se deberá ir generando estrategias para que estas funcionen con esta nueva estructura de tal manera de lograr una óptima utilización de los recursos humanos y tecnología asociada a ellas.

Cuando se cree una Unidad de Paciente Crítico asumirá como Médico jefe UPC el médico jefe de UCI. Si se concursa el cargo, este deberá cumplir los mismos requisitos, funciones establecidos para el médico jefe de UCI.

2. Incorporación del recurso Kinesiólogo en la UCI

Dada la alta complejidad de los pacientes de Unidades de Cuidados Intensivos y su necesidad de atención kinésica integral y considerando los estándares internacionales de dependencia terapéutica en Kinesiología, además el amplio uso de ventilación mecánica y los altos costos sanitarios como económicos implicados, es indispensable contar con cobertura de Kinesiólogo las 24 hrs. del día en las Unidades de Pacientes Críticos, para lo cual se deben definir estrategias de atención con el fin de asegurar esta cobertura, aprovechando las capacidades actualmente existentes en los centros hospitalarios y ampliándolas de modo de asegurar cobertura nocturna que pueda dar atención a pacientes en otros servicios del hospital. Estos profesionales deben poseer un elevado nivel técnico profesional y deben demostrar conocimientos, experiencias y actitud, para lo cual deben estar debidamente capacitados.

Perfil del Kinesiólogo en Cuidados Intensivos

Debe poseer condiciones físicas y psicológicas compatibles con el cargo.

Debe estar capacitado para la atención de pacientes de alta complejidad de manera continua y permanente.

Se requieren capacidades y competencias acreditadas en las áreas de cuidados respiratorios, cuidados neuromusculares, ventilación mecánica y terapia respiratoria.

Se recomienda que el profesional Kinesiólogo posea formación y/o capacitación de post título en kinesiología Intensiva.

Responsabilidad del cargo

Encargados de entregar cuidados respiratorios y cuidados neuromusculares, con colaboración activa en ventilación mecánica y terapia respiratoria.

Para la coordinación de sus actividades y evaluaciones de su desempeño, los Kinesiólogos de Unidades de Cuidados Intensivos dependerán del médico jefe de la UCI.

Deben mantener una participación activa en programas de capacitación y formación continua en Kinesio-

gía Intensiva, con un mínimo de una actividad anual certificada.

El Kinesiólogo asignado a la Unidad de Cuidados Intensivos deberá destinar del total de sus horas un porcentaje a estas de acuerdo a los requerimientos de los pacientes hospitalizados en cuidados intermedios.

3. Sistema de rotación del personal

El personal que labora en las Unidades de Pacientes críticos UCI o UTI, dadas las características de complejidad de su trabajo, se encuentra permanentemente sometido a tensión y angustia. En estas circunstancias, es recomendable que exista una rotación programada entre el personal de UCI e Intermedio UTI u otras áreas afines con objeto de disminuir la tensión psicológica y proteger la salud mental de los funcionarios, mejorando el ambiente laboral e incidiendo además en una mejor calidad de la atención.

El personal de UTI debe estar entrenado para efectuar reemplazos en UCI, de modo de asegurar el funcionamiento permanente de la dotación completa de camas de UCI.

4. Comité de coordinación para la atención del paciente crítico

La atención del paciente crítico en los hospitales públicos debe estar organizada de una forma coherente, desde el rescate en el terreno de los pacientes hasta la atención y soporte prolongado en las Unidades de Cuidados Intensivos. No tiene sentido que la UCI sea una isla desde el punto de vista operativo, y por ello es necesario asegurar la continuidad del cuidado de los

pacientes durante las diversas fases de su enfermedad crítica.

Lo anterior implica que los hospitales deben promover una adecuada atención en la fase prehospitalaria, deben asegurar una eficiente reanimación en las Unidades de Emergencia y garantizar una adecuada coordinación entre éstas y las Unidades de Cuidados Intensivos y Servicios de Apoyo, para completar el ciclo con Unidades de Cuidado Intermedio, Unidades de Cuidados especiales o de Agudos que puedan drenar y amortiguar el flujo de pacientes críticos.

Desde este punto de vista es recomendable la creación de una entidad de coordinación entre los servicios, la que podría corresponder a un Comité Coordinador de Atención a Pacientes Críticos u otro, que permita establecer las políticas locales de referencia, interacción con otros servicios, control de calidad y desarrollo del área en el ámbito de un hospital determinado y recomendaciones para el desarrollo de una red regional.

A esta entidad de coordinación técnica podrán ser llamados a participar los jefes de Unidades de Emergencia, Servicios de medicina, Cirugía, Pediatría, Traumatología, UCI, Intermedio, Recuperación Post-anestésica, Unidad de Trasplante y otros especialistas que intervengan en el tratamiento o cuidado de un grupo determinado de pacientes críticos.

Para una mejor administración de estas estructuras, se recomienda la existencia de un Comité Coordinador de Atención a Pacientes Críticos Regional, que permita establecer las políticas locales de referencia y derivación, el control de calidad y el desarrollo del modelo en un hospital determinado y formular recomendaciones para el desarrollo de la red a nivel regional.

PARTICIPANTES EN LA ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS 2004 DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE UNIDADES DE PACIENTES CRÍTICOS:

Ministerio de Salud:

- Dr. Mario Ramírez EMI Salud, Ministerio de Salud.
- Dra. María Irene Brito, EMI Salud, Ministerio de Salud.
- EU. Angélica Villaroel, EMI Salud, Ministerio de Salud.
- Paulette Poirier, Ministerio de Salud.

Jefes de UPC y Directivos de la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva:

- Dr. Enzo Sáez, Médico Jefe UPC Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago.
- Dr. Sebastián Ugarte, Médico Jefe UPC Hospital Salvador, Santiago.
- Dr. Eugenio Poch, Médico Jefe UPC Hospital de Neurocirugía, Santiago.
- Dr. Hugo González, Médico Jefe UPC Hospital San Juan de Dios, Santiago.
- Dr. Jorge Godoy, Médico Jefe UPC Hospital Sótero del Río, Santiago.
- Dr. Eduardo Chávez, Médico Jefe UPC Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Santiago.
- Dr. Sergio Gálvez, Médico Jefe UPC Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar.
- Dr. Luis Soto, Médico Jefe UPC Hospital INERCYT, Santiago.
- Dr. Guillermo Buggedo, Médico Jefe Intensivo quirúrgico, Hospital Clínico U. Católica.
- Dr. José Miguel Puccio, Médico Jefe UPC Hospital San José.

PARTICIPANTES DEL GRUPO DE TRABAJO QUE ELABORÓ EL DOCUMENTO ORIGINAL:

Normas de Funcionamiento de las Unidades de Cuidados Intensivos elaborado desde agosto 1995 y publicado en Revista Paciente Crítico en 1997, y que sirvió de base para la elaboración de las actuales Guías

- Dr. Manuel Ipinza R., Jefe de Dpto. Atención Integrada, División Programa de Salud, Ministerio de Salud.
- Dr. Arturo Arribada Contreras, Jefe UCI Hospital San Borja Arriarán.
- Dr. Eduardo Chávez Sánchez, Jefe UCI Hospital Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río.
- EU. Myriam Gálvez Pinto, Enfermera Coordinadora UCI Hospital Mutual de Seguridad.
- Dr. Sergio Gálvez Gómez, Jefe UCI Hospital Gustavo Fricke.

- Dr. Carlos Hurel Morales, Jefe UCI Hospital Carlos Van Buren.
- Dr. Francisco Manzur Marzuka, Jefe UCI Hospital del Salvador.
- Dr. Juan Mendoza Navarro, Jefe UCI San Juan de Dios.
- Dr. Enzo Sáez Herrera, Jefe UCI Hospital Barros Luco-Trudeau.
- Dr. Víctor Vargas Klapp, Jefe UPC Hospital Clínico Universidad de Chile.
- Dra. Verónica Solís Pérez, Encargada Unidad Atención Hospitalaria. Dpto. Atención Integrada, División Programa de Salud. Ministerio de Salud.
- EU. Lorena Reyes Álvarez, Unidad Atención Hospitalaria Dpto. Atención Integrada, División Programa de Salud. Ministerio de Salud.
- EU. Patricia Morgado Alcayaga, Depto. Programa de las Personas, División Programas de Salud. Ministerio de Salud.
- Arqto. Ingrid Hever Vargas, Coordinador Unidad de Estudios y Normas, Dpto. Recursos Físicos, División de Planificación Estratégica. Ministerio de Salud.
- Arqto. Rolando Quinlan Espinoza, Unidad de Estudios y Normas, Dpto. Recursos Físicos, División de Planificación Estratégica. Ministerio de Salud.
- Arqto. Salomón Rosenblitt Berenstein, Unidad de Estudios y Normas, Depto. Recursos Físicos, División de Planificación Estratégica. Ministerio de Salud.

Con la colaboración de:

- Dra. Aurora Matus de la Parra, Jefe Laboratorio Clínico Hospital San Juan de Dios. Coordinadora de Laboratorios, Servicio de Salud Metropolitano Occidente.
- Q.F. María E. Fernández Ramírez, Unidad de Farmacia Dpto. de Programa de las Personas. División Programa de Salud. Ministerio de Salud.
- Dr. Fernando Otaíza O’Ryan, Encargado de Programa de Infecciones Intra-Hospitalarias, Dpto. de Epidemiología. División Programa de las Personas. Ministerio de Salud.
- EU Pola Brenner Friedmann, Programa de Infecciones Intra-Hospitalarias, Dpto. de Epidemiología. División Programa de Salud. Ministerio de Salud.
- Sra. Luisa Pardo Ormazábal, Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos, División de Planificación Estratégica. Ministerio de Salud.
- Sr. Hernán Fernández Valverde, Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos, División de Planificación Estratégica. Ministerio de Salud.
- Dra. Marisol Concha Barrientos, Jefe Departamento de Epidemiología, División Programa de Salud. Ministerio de Salud.

Santiago, 8 de Octubre 2004.