
UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO ¿AYUDA, O EXCESO QUE CASTIGA AL SISTEMA DE SALUD? *USE AND ABUSE OF INTENSIVE CARE UNITS, A BURDEN FOR HEALTH SYSTEMS?*

Jaime Fandiño Franky¹

RESUMEN

Es bien sabido que las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) en el mundo están siendo cuestionadas, no por su indiscutible servicio, sino por el castigo económico que proporcionan a los sistemas de salud al abusar de ellas. Hay muchos casos que utilizan estas unidades solamente para observación del paciente o simplemente por la costumbre de pensar que todo paciente, por ejemplo de cirugía cerebral, se complica, lo que no es cierto. Se hace énfasis en la recuperación total del paciente en las salas de recuperación, hasta llegar a una prueba de Aldrette de 10/10 y dar la salida a su cama. En recuperación debe hacerse cualquier examen para investigar una complicación inmediata, cuando el paciente sea quirúrgico. Se ha calculado muy aproximadamente que, si se sigue el concepto del Prof. Michael Pinski de Pittsburgh (U.S.A.), que prueba que solo una tercera parte de los pacientes

que entran a la UCI lo necesitaban, se ahorraría en Colombia una cifra cercana a los 250 mil millones de pesos al año, que servirían para prevención y habría más disponibilidad de camas.

Palabras clave: Unidad de Cuidados Intensivos. Abuso, Ahorro

ABSTRACT

It is well known that validity of Intensive Care Units (ICU) is questioned all over the world, not because of their invaluable services, but because of their abuse and economic derangements caused to health systems. Many cases are admitted to these units just for observation, or merely for worries of routine complications -for instance in those patients who underwent brain surgery- which may not be true in many cases. We emphasize in total recovery of patients in the recovery room, until they

¹ MD, Profesor distinguido Neurocirugía, Universidad de Cartagena. Master en Administración Hospitalaria, Miembro de Número, Academia Nacional de Medicina.

reach 10/10 Aldrette's test and can be moved to their ward bed. In surgical patients, tests for detecting any early complication should be carried out in the recovery room. If we meet criteria set up by professor Michael Pinski, only one third of patients admitted to the ICU ward need such services. In Colombia there would be approximately 250 million pesos a year in savings, sums that could be reallocated for preventive measures and/or for ready availability of hospital beds.

Key words: Intensive Care Unit, Abuse. Saving.

INTRODUCCIÓN

Objetivos

Hacer un recuento histórico de este sistema de atención a los pacientes en estado crítico, la manera de llevarse a cabo y un análisis crítico de su impacto en el sistema de salud en Colombia. No está encaminado a negar su utilidad, sino a despertar el interés de un análisis crítico y edificante, pero real, del sistema.

Recuento histórico de este tipo de atención

Es muy conocido que a medida que la tecnología comenzó a hacer su aparición en el ejercicio cotidiano de la medicina, aplicada a los pacientes críticos, se descubrió la necesidad de separar de los pabellones algunas patologías que requerían mejor atención de enfermería. Este grupo de enfermos eran especialmente aquellos quienes tenían grave compromiso respiratorio o estaban en estado de shock de cualquier etiología. Los signos vitales era necesario tomarlos muy frecuentemente y la observación cuidadosa de una enfermera entrenada era irremplazable para informar al médico rápidamente para tomar las medidas apropiadas. Tal vez fue el anesthesiólogo sueco Egström en el hospital Serafimerlazaret de Estocolmo, quien introdujo el

concepto de ventilación artificial. Este médico, por los años sesentas del siglo pasado, pudo desarrollar un equipo que en anestesia daba respiración artificial controlada, combinando el oxígeno con los gases anestésicos, especialmente el óxido nitroso y el éter. Se podía medir la presión de oxígeno pero no el CO₂. Este equipo no podía trasladarse a las camas de los pacientes por ser muy grande e inoficioso para mantenerlo conectado por largo tiempo. Apareció luego el sistema Bird que se convirtió en un aparato más versátil y con posibilidad de usarlo al borde de la cama del paciente. La medición de electrolitos en sangre, lo mismo que los gases arteriales no se podía efectuar en esos años, pero se han vuelto de rutina en años recientes.

La unidad de Cuidado Especial

Cuando a Colombia, específicamente en Cartagena de Indias, llegó el buque Hospital HOPE en 1965, trajo enfermeras especializadas en Cuidados Especiales y fue un momento feliz para el país tener la primera Unidad de Cuidados Especiales fundada en Colombia en el Hospital Universitario Santa Clara. Se trataba de atender solícitamente los pacientes críticos con cuidados especiales de enfermería. Un concepto claro fue imponiéndose, dada la necesidad de controlar permanentemente el paciente al borde de la cama, con signos vitales, respiración, estado de conciencia, etc. Se diseñó una hoja llamada "Hoja de signos vitales" en la que se consignaba, con la frecuencia que el médico había ordenado, todos los signos necesarios. Un cambio inmediatamente se avisaba al médico. Pronto vinieron los primeros monitores automáticos y ya la enfermera no requería tomar personalmente los signos vitales, sino observar el monitor. Pero era el médico tratante quien estaba encargado de la marcha de su paciente y quien acudía a pedir una interconsulta cuando la complicación era de otra especialidad. La primera especialidad que acudió a este sistema fue la neurocirugía. Nuestro servicio en el Hospital Santa Clara de Cartagena, lo hicimos

anexar a esta Unidad y el resultado fue extraordinario, dado que la enfermera de turno era una especialista en este cuidado especial. Este sistema era el que se ejercía en los Estados Unidos durante las décadas de los años 70 y 80. En los años 80 aparecieron los ventiladores y monitores. Quienes manejaban estos equipos eran las enfermeras, pero pronto se llegó a la necesidad de especializar médicos en el control de los signos vitales, interpretando los parámetros que los aparatos mostraban y enviando señales a los monitores para obtener respuestas precisas en los signos vitales y gases arteriales. Los ventiladores se tornaron más sofisticados y el inicial de Egström pronto fue reemplazado por aquellos capaces de mezclar gases, controlar las presiones, dar presiones negativas y positivas a voluntad del médico. La medición de los electrolitos y gases arteriales entró en este protocolo de atención a los pacientes críticos.

En esos momentos, nació la necesidad de entrenar un médico en estas labores y así surgió el especialista en Cuidado Intensivo o intensivista, que hasta la fecha, con profundidad de conocimientos, es quien maneja estas unidades y responde por la vida y tratamientos de los pacientes críticos. Hace apenas una década que se organizó la Asociación de Medicina Crítica o de Cuidados Intensivos y se comenzaron a ofrecer programas de entrenamiento en esta importante rama del conocimiento médico.

Las Unidades de Cuidado Intensivo

Muy pronto, siguiendo el ejemplo de Estados Unidos, Colombia entró rápidamente en la era de las unidades aisladas dentro del hospital, para atender a pacientes con patologías críticas con peligro de muerte, que se llamaron Unidades de Cuidados Intensivos o UCI. Su desarrollo fue impulsado por las fábricas de ventiladores y monitores que año tras año innovan, haciendo que quienes no tengan la última tecnología aparezcan ante la comunidad como atrasados. La era de todo género de catéte-

res, la medición de la presión intrarterialmente, el mantenimiento del tubo endotraqueal para poder dar respiración controlada, la posibilidad de adaptar el paciente al ritmo respiratorio que la máquina da por orden del médico, la medición de la presión intracraneana, las camas llenas de ordenadores electrónicos cada vez más costosos y las tarifas *in crescendo* para pagar especialistas y proveedores de equipos, hacen de estas unidades un verdadero dolor de cabeza para los administradores hospitalarios y las empresas prestadoras de salud.

¿Quién puede negar una cama en la UCI cuando un médico la pide?

Y qué pasa cuando un cirujano no opera mientras no haya una cama disponible en la UCI? Estos principios que se ejercen diariamente en los hospitales de III y IV nivel, producen trastornos muy graves en la marcha de los hospitales al aumentar los costos, permitiendo la permanencia del paciente varios días esperando una cirugía. Casi nunca hay una cama libre en estos departamentos y la presión de la comunidad crece más y más, hasta el punto que los mismos pacientes exigen que los coloquen en una UCI después de la cirugía (1).

Las EPS tratan de frenar este flujo de pacientes por problemas económicos, creando una tensión permanente en las relaciones interpersonales entre los pacientes, sus familias, el hospital y ellos mismos. Al mismo tiempo, los hospitales tratan de tener más camas de UCI porque naturalmente las entradas aumentan y así ayudarán al financiamiento de sus obligaciones y habrá más trabajo médico, con mejores honorarios.

Sostenibilidad de una Unidad de Cuidados Intensivos en Colombia

Quienes hemos administrado hospitales y departamentos especializados, tenemos las amargas experiencias de no poder conseguir dinero para

pagar a tiempo los especialistas en cuidados intensivos y costear administrativamente los gastos que en progresión geométrica necesitan estas unidades. *No hay referencias serias en Colombia sobre los gastos causados en las UCI* ni se conoce un análisis cuidadoso de la desproporción existente entre la atención y el gasto.

Por una parte, las EPS no pagan a tiempo estas cuentas, argumentando falta de recursos y las IPS, lógicamente, al no recibir el dinero de la facturación, tampoco pueden cubrir los gastos. Vemos unidades llenas de tecnología; camas sofisticadas y ambientes con temperaturas controladas por aire acondicionado en competencia con otras, que indudablemente atraen más pacientes. Pero no es simplemente el acto de pasar una facturación y recibir un pago lo que nos mueve diariamente, hay en el fondo una cultura del negocio en que el paciente es simplemente un instrumento o puente entre estas dos acciones.

Debemos partir del principio que en los Estados Unidos ya hay serios problemas para sostener las Unidades de Cuidado Intensivo. En el último Congreso de Cuidado Crítico, organizado en Bogotá por dicha sociedad médica, fue invitado el Dr. Michael Pinski, jefe de la UCI en Pittsburgh (3). En sus conferencias dejó el mensaje que estas unidades se están usando exageradamente en los EEUU y sin justificar, frecuentemente, la permanencia del paciente en ellas. En un estudio hecho por él mismo, descubrió que entre cerca de tres mil pacientes que habían ingresado a la UCI, solo un pequeño porcentaje (30%) ameritó realmente haber estado allí. Concluye el Dr. Pinski, (3) que la gran mayoría de estos pacientes estaban allí simplemente para el control de los signos vitales y muchos de ellos ni siquiera habían recibido un examen de pO₂, ni de gases arteriales o electrolitos. Cuánto le cuesta al sistema de salud de los EE.UU este derroche de dinero en las miles de UCI que existen allí?

Termina el conferencista diciendo que estos gastos están socavando el sistema de salud. Si esto ocurre en un país poderoso económicamente, qué decir de nosotros, donde la inmensa mayoría de los pacientes son subsidiados por el Estado con presupuestos deficitarios? Se ha propagado la costumbre de que todo paciente de cirugía de III o IV nivel debe ir a la UCI; se enseña en la facultades de medicina a los noveles médicos, lo que está lejos de ser cierto. No se piensa en la responsabilidad que tiene el médico de cuidar el patrimonio de quienes envían los pacientes y tienen que pagar por ellos y las pérdidas insensibles que los hospitales tienen por estos excesos. Una cama/día en cualquier UCI puede, con gastos totales, llegar cerca de \$500.000. Si agregamos los medicamentos, el costo diario puede elevarse a \$1'000.000 o más. Una UCI tiene en promedio 10 camas, es decir que su costo diario será mínimo de 10 millones de pesos. En Colombia, aunque no hay datos claros, puede haber un estimado de 1000 camas de UCI, sin tener en cuenta las unidades coronarias y neonatales, es decir, el costo diario sería de mil millones de pesos y en un año \$365.000.000.000 en cifras aproximadas, dado que estudios confiables no existen en Colombia en este aspecto. **¿Pueden todas las EPS unidas costear con generosidad esta suma?**

Algunos ejemplos pueden ilustrarnos. Es muy frecuente que un anesestesiólogo, con un paciente de cirugía cerebral, solamente proceda a dar una anestesia si hay cama disponible en la UCI. Igualmente el cirujano retrasa la cirugía si no hay camas libres allí. Pero, ¿quién ha dicho que los pacientes de neurocirugía salen todos tan complicados como para necesitar un ventilador? Es frecuente oír el concepto de que “es bueno dejarlo en la unidad para así ganar el hospital un día de cuidado intensivo”. No estaremos tocando los límites de la ética y el engaño a las EPS? Un paciente con un ACV estabilizado, porqué debe estar en la unidad, si, acaso no hay enfermeras y médicos en los pabellones, donde tam-

bién puede tener una atención óptima de enfermería y un monitor? O tantos postoperatorios tardíos que no requieren ya ventilador, ni tecnología especial?

El Test de Aldrete, la Sala de Recuperación y la UCI

Un paciente que sale de cirugía, especialmente las cirugías cerebrales o de pulmón y corazón o cirugías prolongadas, debe pasar a la Sala de Recuperación y permanecer allí hasta que se despierte y demuestre que está estabilizado. Esta es la norma universal. Con el Test de Aldrete, que es llevado por la enfermera o el médico, puede el anesthesiólogo y el cirujano llegar al convencimiento que un 10/10 lo autoriza para enviar el paciente a su pabellón o habitación con órdenes específicas. Si el paciente no despierta en el trascurso de un tiempo prudencial en la Sala de Recuperación, se debe pedir los exámenes de control como una escanografía cerebral, exámenes de laboratorio y llegar a un diagnóstico. Si hay necesidad de enviar de nuevo el paciente a la sala de cirugía, de aquí debiera pasar a una exploración quirúrgica. Pero qué se gana con enviar el paciente a la UCI intubado, sin haberlo recuperado totalmente? Quizá solo un ahorro del tiempo del anesthesiólogo, que le pertenece en realidad al paciente. Es sabido que un tubo dejado después del plazo prudencial es causa de infección casi seguramente. Y el médico tratante deja que su paciente sea controlado por médicos que no saben qué cirugía se hizo y qué complicaciones hubo. El Intensivista trata síntomas y signos, pero no sabe qué técnica quirúrgica se hizo y qué posibles complicaciones inmediatas puede el paciente presentar. Muchas veces la UCI es una manera de descargar el cirujano u otros especialistas su responsabilidad en otros, mientras va a sus deberes de consultorio u otros menesteres. Sería mil veces mejor dejar despertar completamente el paciente bajo su control y el del anesthesiólogo y luego irse tranquilo a la casa. Algo similar sucede

con los pacientes médicos que son enviados a la UCI para el tratamiento de una hemorragia cerebral sin explicar muchas veces al intensivista los pormenores del diagnóstico, con el cual el intensivista no está familiarizado (1,3).

La situación australiana (1)

Teniendo en cuenta probablemente los conceptos anteriores, Australia ha implantado el sistema de atención de las urgencias en la cama del pabellón del paciente. El Prof. Pinski relata que allí se ha introducido un método de atención de las emergencias que surgen en los pabellones, organizando un equipo humano entre el médico de turno y la enfermera, entrenados adecuadamente, que acude cuando hay una emergencia. Ellos transportan el monitor y el ventilador (que los hay ahora portátiles y pequeños) y equipos de entubación para montar inmediatamente una unidad de cuidado especial en la cama del paciente. Si hay precisas indicaciones, el paciente puede ir a la UCI, si no, seguirá en su cama con la atención debida. En esta forma, el ahorro de dinero es significativo y la atención del paciente excelente, porque aumenta la autoestima de quienes lo manejan en su cama al demostrar su solvencia de conocimientos. ¿Qué diferencia habría, si se trata al borde de su cama? Tendencias similares existen en Suiza y otros países.

Un cálculo de ahorro al sistema de salud

Si seguimos los conceptos del Prof. Pinski y transpolamos sus conceptos a Colombia, podemos hacer un pequeño pero trascendente análisis. Si nosotros iniciamos un control minucioso de los criterios para recibir un paciente en la UCI, de los cuales hay seis verdaderamente valederos (falla respiratoria aguda central o periférica, Shock de cualquier origen, cuadro de isquemia aguda cerebral, poli trauma con shock, postoperatios con signos vitales inestables y status convulsivus) y organizamos la atención del resto de pacientes

fuera de la unidad, solo entrarían a la UCI 330 pacientes aproximadamente de los 1000 diariamente. El costo disminuiría de 365 mil millones a 120 mil millones año. Tremenda diferencia que facilitaría la inversión de dinero en la prevención y curación de muchas enfermedades que actualmente son precariamente consideradas.

Además, las EPS y los entes territoriales podrían pagar cumplidamente a los hospitales y médicos y hasta podrían bajarse las cuotas a los afiliados y el Estado tendría más dinero para la atención de comunidades deprivadas. Además, habría más camas libres en las UCI y más tranquilidad para las EPS, los hospitales, los médicos y el Estado.

CONCLUSIÓN

Si se controlara, mediante una vigilancia muy estricta y protocolos severos el ingreso de pacientes a las unidades de cuidado intensivo, siguiendo las investigaciones del Profesor Michael Pinski de Pittsburgh, solo entrarían a este tipo de tratamiento,

la tercera parte de los pacientes que actualmente se reciben, dando un ahorro al sistema de salud, con cálculo muy aproximado, de 240 mil millones de pesos. Dinero que podría utilizarse en otros campos de la salud y mejoramiento de las condiciones de los colombianos.

Se propone que para usar las Unidades de Cuidado Intensivo haya un estricto protocolo, para así evitar que los pacientes que no ameriten este servicio, sean tratados en los pisos, de acuerdo con el manejo que otros países hacen, especialmente Australia.

REFERENCIAS

1. Fandiño F J. Silvenius H. World wide disparities in epilepsy treatment. *Epilepsia*. 1995; supl.3:28-37.
2. Mayer S. Rincon F Treatment of intracerebral haemorrhage. *Lancet neurol* 2005; 4::662-672.
3. Pinski M. Intensive Care Unit. Conferencia en el Congreso de Medicina Crítica. Bogotá.2010.
4. Restrepo J. Hemorragia intracerebral espontánea: Aspectos útiles en la práctica diaria. En: *Guía Neurológica* 8. Ed. Germán Enrique Pérez. Asociación Colombiana de neurología.2007; 1989-195.

Recibido para evaluación: 20 de noviembre de 2010

Aceptado para publicación: 3 de diciembre de 2010

*Correspondencia:
Jaime Fandiño Franky
fandinojaime@gmail.com*