

Relación entre los servicios de urgencia y las unidades de cuidados intensivos

Eduardo Tobar Almonacid^{1*} 

Los servicios de urgencia (SU) constituyen un elemento central para la atención inicial del paciente ambulatorio que requiere de una evaluación médica de forma no programada, de carácter urgente o emergente. En ellos, se evalúa un amplio espectro de pacientes, desde condiciones de baja complejidad susceptibles de manejo ambulatorio, hasta el manejo inicial de condiciones que ponen al paciente en riesgo vital, y que requerirán de admisión hospitalaria en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Las UCI, por su parte, cumplen un rol central en la atención sanitaria compleja de la actualidad, concentrando personal, equipamiento e infraestructura, que permiten implementar terapias de soporte vital ante condiciones de riesgo, susceptibles de ser estabilizadas y/o resueltas. A nivel nacional, las UCI se han agrupado en conjunto con las unidades de tratamientos intermedios (UTI), en unidades de pacientes críticos (UPC), lo cual favorece eficiencias organizacionales, concentrando recursos y personal que maneja los conceptos centrales del enfrentamiento de pacientes críticos, favorece el desarrollo de liderazgos en la disciplina de otros profesionales de la salud como enfermería, kinesiología y farmacia clínica, y permite elementos de flexibilidad ante incrementos en la demanda sanitaria, como vimos recientemente en la pandemia COVID-19 (MINSAL, 2020).

El SU y la UCI comparten algunos elementos a considerar y desafíos que afrontar.

Ambos servicios clínicos, constituyen un eje central del circuito de atención y flujo del paciente hospitalizado. Los ingresos que se originan en los SU constituyen entre un 30 y un 70% de las admisiones hospitalarias a nivel nacional. Este grupo de pacientes concentran un mayor riesgo de estadía prolongada y mortalidad, así como mayores costos que los pacientes que ingresan vía programada. La proporción de pacientes en UCI admitidos directamente desde

los SU es muy variable, pudiendo alcanzar entre un 20 y un 80% del total de los pacientes ingresados.

El sistema sanitario chileno enfrenta un contexto marcado por el cambio demográfico, con un incremento en las enfermedades crónicas no transmisibles y un patrón de causas de mortalidad que se asemeja a los países desarrollados (Martínez-Sanguinetti, *et al.*, 2021). En estos servicios, ello se refleja en una mayor edad de los pacientes, multimorbilidad, elevada frecuencia de condiciones cardiovasculares y neurológicas, entre otras. Estos elementos, hacen cada vez más necesario emplear una “aproximación geriátrica” en la evaluación de los adultos mayores tanto en urgencia, como en las UPC, donde la funcionalidad, el estado cognitivo, y la consideración de las preferencias respecto a la toma de decisiones son consideraciones relevantes.

Durante los últimos 30 años se ha establecido a nivel global, la importancia de contar con especialistas en ambas disciplinas, las cuales han alcanzado un mayor nivel de desarrollo a nivel internacional y local. El impacto de contar con especialistas de medicina de urgencia para la gestión clínica de los SU ha documentado beneficios en el flujo y satisfacción de los pacientes evaluados en los SU (van der Linden *et al.*, 2019). A su vez, la presencia de intensivistas acreditados para el manejo y continuidad de los pacientes más críticos ha documentado mejorar sus desenlaces (Reynolds *et al.*, 1988).

Ambas disciplinas comparten el concepto de que las intervenciones precoces pueden mejorar el pronóstico en patologías tiempo dependiente. La sepsis y el shock séptico constituyen la primera causa de admisión a UCI, y al igual que para los pacientes que se presentan con un Accidente Cerebrovascular en periodo de ventana, o un Infarto Agudo al Miocardio susceptible de revascularizar, el diagnóstico precoz y la implementación de intervenciones basadas en la evidencia modifican el pronóstico (Romero, *et al.*, 2017).

(1) Departamento de Medicina Interna Norte, Facultad de Medicina, Hospital Clínico, Universidad de Chile, Santiago, Chile
*Autor de correspondencia: etobar@hcuch.cl



Entre los desafíos comunes que enfrentan ambos servicios clínicos, se encuentran el fortalecimiento continuo de la calidad y seguridad de la atención de sus pacientes, y el propiciar la continuidad de la atención. A nivel de los SU, y para poder hacer frente a estos desafíos, es necesario implementar estrategias de nivel hospitalario que enfrenten el fenómeno de la congestión que los afecta a nivel global (Salway *et al.*, 2017).

Finalizando, es necesario recordar que ambos servicios clínicos son complementarios, y lo que sucede en uno impacta en el funcionamiento del otro. Así, un adecuado manejo precoz de los pacientes críticos en su evaluación en el SU, impacta posteriormente en los costos de su manejo en la UCI (Huang, 2004). A la vez, se ha reportado una creciente demanda de cuidados críticos prolongados en los SU, lo que se traduce en un incremento en las horas de permanencia de los pacientes que requieren cuidados críticos en los SU, previo a su traslado efectivo a UCI (Herring *et al.*, 2013). A la inversa, la disponibilidad de cama en UCI puede afectar las decisiones de triage y determinación de los objetivos de los cuidados en los SU (Mathews *et al.*, 2018).

En suma, para una adecuada gestión hospitalaria, y considerando como objetivo el mayor bienestar de nuestros pacientes y familias, es fundamental un funcionamiento armónico, y coordinado entre ambas unidades. El éxito en los desenlaces para un grupo relevante de pacientes depende de ello.

Referencias

- Herring AA, Ginde AA, Fahimi J, Alter HJ, Maselli JH, Espinola JA, Sullivan AF, Camargo CA Jr. (2013). Increasing critical care admissions from U.S. emergency departments, 2001-2009. *Critical care medicine* **41**, 1197-1204
- Huang DT. (2004) Clinical review: Impact of emergency department care on intensive care unit costs. *Critical care* **8**, 498-501.
- Martínez-Sanguinetti MA, Leiva-Ordoñez AM, Petermann-Rocha F, Celis-Morales C. (2021) ¿Cómo ha cambiado el perfil epidemiológico en Chile en los últimos 10 años? *Revista Médica de Chile* **149**, 149-151
- Mathews KS, Durst M, Vargas-Torres C, Olson AD, Mazumdar M, Richardson LD. (2018) Effect of Emergency Department and ICU Occupancy on Admission Decisions and Outcomes for Critically Ill Patients. *Critical Care Medicine* **46**, 720-727
- MINSAL (2020) Guías de Funcionamiento y Organización Unidad de Pacientes Críticos Adultos. Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Gestión de la Red Asistencial, Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria. Decreto Exento N° 514, Ministerio de Salud, 31 agosto 2020
- Reynolds HN, Haupt MT, Till-Baharozian MC, Carlson RW (1988). Impact of critical care physician staffing on patients with septic shock in a university hospital medical intensive care unit. *JAMA* **260**, 3446-3450
- Romero C, Luengo C, Regueira T, Cariqueo M, Castro R, Rosales R, Arancibia JM, Alegría L, Arellano D, Silva F, Calvo M, Berasaín MA, Luppi M, Amador J, Sepúlveda I, Vidal F, Hernández G. (2017) Recomendaciones SOCHIMI para el manejo Inicial de la Sepsis. *Revista Chilena de Medicina Intensiva* **31**, 107-126
- Salway RJ, Valenzuela R, Shoenberger JM, Mallon WK, Viccellio A. (2017) Congestión en el Servicio de Urgencia: Respuestas basadas en evidencia a preguntas frecuentes. *Revista Médica Clínica las Condes* **28**, 220-227
- van der Linden MC, de Beaufort RAY, Meylaerts SAG, van den Brand CL, van der Linden N. (2019). The impact of medical specialist staffing on emergency department patient flow and satisfaction. *European journal of emergency medicine: official journal of the European Society for Emergency Medicine* **26**, 47-52