

CRITERIOS GLOBALES DE INGRESO Y EGRESO DE UNIDAD DEL PACIENTE CRÍTICO

Autores: Bettina von Dessauer Grote, Francisco Cambra Lasasa.

INDICE

1. **Introducción y organización de Unidad de Paciente Crítico Pediátrico**
2. **Objetivos**
3. **Criterios de Admisión a UCI**
4. **Marco de trabajo para Admisión a UCI**
 - 4.1 **Factores administrativos**
 - 4.2 **Factores clínico-técnicos**
 - 4.3 **Factores bioéticos**
5. **Criterios de no Admisión a UCI**
6. **Criterios de egreso de UCI**
7. **Marco de trabajo para egreso de UTI**
 - 7a **Criterios organizacionales y administrativos**
 - 7b **Criterios clínico-técnicos**
 - 7c **Criterios bioéticos**
8. **Referencias**

"Se prohíbe la reproducción total o parcial de este documento por cualquier medio sin el previo y expreso consentimiento por escrito de la Sociedad Latinoamericana de Cuidados Intensivos Pediátricos (SLACIP) a cualquier persona y actividad que sean ajenas al mismo."

1. INTRODUCCIÓN Y ORGANIZACIÓN DE UNA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO PEDIÁTRICO

Las Unidades de Paciente Crítico Pediátrico (UPCP), integradas idealmente por una UTI (Unidad de Tratamiento Intermedio) y UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) fueron creadas con el objetivo de servir como puente en la atención de salud de un paciente pediátrico críticamente enfermo. El leitmotiv es la recuperación de la salud o la estabilización en un estado integral compatible con una calidad de vida aceptable para el paciente y su entorno, en el contexto de lo que permita el *lex artis* médico.

No es un lugar diseñado para estadias prolongadas que no cumplan con lo planteado previamente.

En 1983 en las *Guidelines for Pediatric Intensive Care* (actualizadas en 2004) se definió la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos como *"...una unidad Hospitalaria que proporciona tratamiento a pacientes pediátricos con una amplia variedad de enfermedades de naturaleza potencialmente letal incluyendo aquellos con condiciones altamente inestables y aquellos que requieren de un sofisticado tratamiento médico o quirúrgico"*.

La Junta Directiva de la European Union of Medical Specialists (UEMS) a propuesta del Multidisciplinary Joint Committee of Intensive Care Medicine (MJCICM) aprobó la siguiente definición de Medicina Intensiva para la Unión Europea: *La medicina intensiva combina médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud afines que trabajan de forma coordinada y colaborativa en el manejo de pacientes con fallo potencialmente letal de al menos un órgano o sistema vital o con fallo multiorgánico o multisistémico, incluyendo la estabilización después de intervenciones quirúrgicas graves. Se trata de un manejo continuado durante 24h que incluye monitorización, diagnóstico, soporte de las funciones vitales mal-funcionantes, así como tratamiento de las enfermedades subyacentes...El cuidado del paciente se debe proveer continuamente durante las 24h del día por un equipo médico que haya obtenido competencia especial en medicina intensiva. Esta definición habla de medicina intensiva por lo que puede y debe aplicarse también a la medicina intensiva pediátrica.*

Los criterios establecidos en estas guías deberán ser adaptadas a cada Hospital en función del grado de complejidad y de las enfermedades críticas médico-quirúrgicas a las que deba dar cobertura.

Este documento no reemplaza la aplicación del juicio clínico por el intensivista pediátrico que podrá decidir sobre el ingreso en la UCIP de pacientes en riesgo de deterioro o con manifestaciones clínicas de enfermedad grave no incluidas en estas guías.

Se prohíbe la reproducción total o parcial de este documento por cualquier medio sin el previo y expreso consentimiento por escrito de la Sociedad Latinoamericana de Cuidados Intensivos Pediátricos (SLACIP) a cualquier persona y actividad que sean ajenas al mismo.

La decisión última de ingresar a un paciente pediátrico en la UCIP será tomada por el médico responsable de la UCIP en base a la valoración clínica realizada.

Las guías existentes se han centrado en realidades particulares que no son replicables en todos los escenarios. Los criterios de admisión y egreso deberán estar adaptadas a necesidades objetivadas, basadas en realidades epidemiológicas, administrativas, culturales y financieras de cada lugar sobre una base común: atender al paciente crítico estable (UTI) o inestable (UCI). La necesidad de camas UTI y UCI, y la carga de trabajo, dependerá de la organización y disponibilidad de la cadena completa de atención progresiva: incluye desde la atención oportuna y eficaz en el sistema ambulatorio no hospitalario, el Servicio de Emergencias del Hospital, disponibilidad de camas básicas equipadas lo suficientemente como para ser capaces de adaptarse a los requerimientos del paciente con una leve descompensación, la organización propiamente tal de la UPC y la cadena inversa. El egreso de UPC crecientemente es un problema y depende de la organización local. Idealmente la UTI debe estar anexa y en comunicación fluida con la UCI, bajo una administración común. La mayoría de los pacientes que egresan de UCI y luego de UTI necesita aún alguna atención más protegida (hasta 60%). Hay falta de lugares idóneos para ello. Las mencionadas “camas básicas” actuales son de poca capacidad para solucionar el problema y deberán ser reemplazadas progresivamente por

cupos hospitalarios con más monitorización. Los niños que no necesitan de esto último deberían estar ambulatorios. A ello se suma la carencia de centros especializados para pacientes crónicos, capaces de recibir niños con NANEAS (Niños con Necesidades Especiales en Atención de Salud) o de complejidad médica tecnología-dependientes. La meta siempre será el hogar como ideal, pero ello no siempre es alcanzable en el contexto social que vivimos.

Otro elemento por analizar es que mientras más disponibilidad de cupos críticos hay (usualmente en países más desarrollados y con una población más sana) más laxas pueden ser las indicaciones tanto de admisión como de egreso. Durante los últimos años el concepto de UCI como “caja negra” institucional (alto costo e incerteza de resultado) se ha transformado en un producto apetecido como factor de fidelización del cliente /paciente en un mercado de salud creciente. Esta no es la realidad transversal por lo que deberá analizarse en el contexto cultural organizacional particular, y podría corresponder más al sector privado en algunos países.

La evolución de la medicina crítica con adquisición de nuevo conocimiento, progresiva tecnologización, capacidad de reemplazo de funciones vitales, reducción de mortalidad, y sobrevivencia de niños cada vez más complejos ha incidido en un cambio de la población a atender. Los requerimientos de estos pacientes actualmente y en el futuro obligarán a una veloz adaptación del sistema sanitario para poder cubrir de manera adecuada sus necesidades integrales, incluida habilitación y rehabilitación oportuna.

Se prohíbe la reproducción total o parcial de este documento por cualquier medio sin el previo y expreso consentimiento por escrito de la Sociedad Latinoamericana de Cuidados Intensivos Pediátricos (SLACIP) o cualquier persona y actividad que sean ajenas al mismo.”

Todo acto relacionado con la salud de las personas debería analizarse siempre desde **perspectivas complementarias**. A saber, la **administrativa** (cuadro de mando integral, gestión adecuada de recursos siempre escasos), la **clínico-técnica** y la **bioética**. Lo esperable es que del consenso prudente de las tres emane una decisión razonable, pensando siempre en el bien del paciente, de su entorno, y de la sociedad como un todo cohesionado.

2. OBJETIVOS DE LA UPCP

- Independiente de la patología de base, recuperar la salud del paciente o una funcionalidad compatible con una calidad de vida aceptable.
- Incorporar el conocimiento en toda la cadena de atención, que la prevención y el ingreso oportuno evita complicaciones mayores (costo efectividad).
- Ingresar oportunamente a todo paciente con evolución presumible a estado crítico para detener la progresión del cuadro y evitar agravamiento (costo eficacia)
- Egresar lo antes posible de UCI realizando un trabajo oportuno y de calidad dando cabida a otros con mayor necesidad del servicio ofrecido (costo eficiencia).

- Evitar daño o complicaciones buscando la seguridad del paciente en todo momento y la excelencia trabajando bien: con el recurso físico, equipo multidisciplinario experto, tecnología e insumos idóneos disponibles.

3. CRITERIOS DE ADMISIÓN A UCI

El listado por órganos y sistemas es similar en diferentes publicaciones. Puede ser una guía, sin ser una limitante para decisiones locales ajustadas a las realidades particulares.

Sistema Respiratorio

Pacientes con enfermedad pulmonar o de la vía aérea alta y baja grave, potencialmente letal o inestable. Incluye, pero no está limitado a las siguientes situaciones:

1. Intubación endotraqueal o potencial necesidad de intubación endotraqueal de emergencia y de ventilación mecánica, independientemente de la etiología
2. Enfermedad pulmonar grave rápidamente progresiva o de la vía aérea inferior o superior, con riesgo de progresión a fallo respiratorio y/o a obstrucción total
3. Elevados requerimientos de oxígeno suplementario ($FiO_2 \geq 0,5$), independientemente de la etiología
4. Realización reciente de traqueostomía con o sin necesidad de ventilación mecánica
5. Barotrauma agudo que compromete la vía aérea inferior o superior
6. Requerimiento de medicaciones nebulizadas o aerosolizadas con más frecuencia de lo que puede ser administrado con seguridad fuera de la UCIP (de acuerdo con las guías de la institución)
7. Pacientes que requieren asistencia respiratoria extracorpórea: ECMO veno-veno o veno-arterial, eliminación extracorpórea de CO_2 .
8. Ocupación del espacio pleural que compromete la respiración o produce inestabilidad hemodinámica requiriendo infusión de fluido o vasopresores.
9. Postoperatorio de tórax que requiera monitorización, ventilación u otra medida propia de UCI

Sistema Cardiovascular

Pacientes con enfermedad cardiovascular grave, potencialmente letal o inestable. Incluye, pero no está limitado a las siguientes situaciones:

1. Shock, independientemente de la etiología
2. Post-resucitación cardiopulmonar
3. Disritmias graves potencialmente letales

4. Insuficiencia cardíaca congestiva inestable, con o sin necesidad de ventilación mecánica
5. Enfermedad cardíaca congénita con estado cardio-respiratorio inestable
6. Después de procedimientos intratorácicos y cardiovasculares de alto riesgo
7. Necesidad de monitorización invasiva continua de la presión arterial, venosa central, de la arteria pulmonar o del gasto cardíaco
8. Necesidad de marcapasos cardíaco transitorio o permanente
9. Hipertensión arterial grave que requiere terapia Intravenosa
10. Pacientes que requieren soporte cardiocirculatorio extracorpóreo: ECMO, asistencia ventricular externa, balón de contrapulsación.
11. Taponamiento cardíaco establecido o inminente
12. Miocarditis agudas graves

Infeccioso

Pacientes con infección o sospecha de infección potencialmente letal. Incluye, pero no está limitado a las siguientes situaciones:

1. Sepsis
2. Shock séptico con SDMO (Síndrome de Disfunción Multiorgánica)
3. Meningitis y/o encefalitis con deterioro del nivel de conciencia o manifestaciones sistémicas graves.
4. Infección o absceso que por su localización, extensión o estado clínico del paciente comprometan o puedan potencialmente comprometer gravemente el funcionamiento de al menos un órgano o sistema vital o de la vía aérea.
5. Infección grave en paciente con inmunosupresión de origen congénito o farmacológico
6. Enfermedades infecciosas cuya conocida evolución natural y/o potenciales complicaciones sean potencialmente letales o amenacen la disfunción grave de al menos un órgano o sistema vital.

Neurológico

Pacientes con enfermedad neurológica actual grave, potencialmente letal o inestable. Incluye, pero no está limitado a las siguientes situaciones:

1. Convulsiones que no responden al tratamiento o que requieren infusión continua de agentes anticonvulsivantes, incluyendo el estatus epiléptico.
2. Pacientes con convulsiones que muestren inestabilidad de los signos vitales relacionados con la vía aérea, respiración o circulación.

3. Alteración aguda y/o grave del sensorio donde el deterioro o depresión neurológica es probable o impredecible, o coma con compromiso potencial de la vía aérea.
4. Tras procedimientos quirúrgicos que requieren monitorización invasiva u observación clínica estrecha y continuada; Graduación Glasgow del Coma < 13.
5. Inflamación o infecciones agudas de la médula espinal, meninges o cerebro que se acompañan de depresión neurológica, alteraciones metabólicas y hormonales, compromiso hemodinámico y/o respiratorio o del potencial incremento de la presión intracraneal.
6. Traumatismo encefalocraneano con incremento de la presión intracraneal
7. Cualquier condición preoperatoria neuroquirúrgica que se acompañe de deterioro neurológico.
8. Disfunción neuromuscular progresiva con o sin alteración del sensorio que requiera monitorización cardiovascular y/o soporte respiratorio
9. Compresión de la médula espinal establecida o inminente.
10. Colocación de un dispositivo para drenaje ventricular externo
11. Hemorragia intraventricular externa o edema cerebral evidenciado por imagen
12. Nuevo cambio pupilar, del nivel de conciencia, del estado mental o deterioro de la Graduación Glasgow del Coma.
13. Necesidad de monitorización de la presión intracraneal, saturación tisular cerebral y/o presión arterial cruenta continúa.
14. Tras la sospecha o diagnóstico de un accidente cerebrovascular agudo.

Hematología/oncología

Pacientes con enfermedad hematológica u oncológica grave, potencialmente letal o inestable o con sangrado activo que amenaza su vida. Incluye pero no está limitado a las siguientes situaciones:

1. Cualquier patología hematooncológica descompensada grave, sea por complicaciones del tratamiento específico o infecciones intercurrentes (sepsis, neutropenia febril alto riesgo)
2. Exanguineo-tranfusiones
3. Plasmaféresis y leucoféresis con condición clínica inestable
4. Coagulopatía grave
5. Anemia grave que resulta en compromiso hemodinámico y/o respiratorio
6. Complicaciones graves de la crisis de células falciformes como cambios neurológicos, síndrome del tórax agudo o anemia aplásica con inestabilidad hemodinámica

7. Iniciación de quimioterapia con anticipación del síndrome de lisis tumoral
8. Masas o tumores que comprimen o amenazan con comprometer vasos vitales, órganos o la vía aérea.
9. Hiperleucocitosis que se acompañe de o implique un riesgo elevado de hiperviscosidad e hipertensión pulmonar.

Endocrino/metabólico

Pacientes con enfermedad endocrina o metabólica grave, potencialmente letal o inestable.

Incluye pero no está limitado a las siguientes situaciones:

1. Cetoacidosis metabólica grave que requiere tratamiento que excede la capacidad institucional para el cuidado del paciente fuera de la UCIP (si existiera compromiso hemodinámico o neurológico ver la sección específica)
2. Otras anomalías electrolíticas graves, tales como:
 - Hiperkalemia que requiere monitorización cardíaca e intervención terapéutica aguda.
 - Hipo- o hipernatremia
 - Hipo- o hiperglicemia que requiere monitorización intensiva
 - ~~Acidosis metabólica grave que requiere infusión de bicarbonato, monitorización intensiva o intervención compleja~~
Se prohíbe la reproducción total o parcial de este documento por cualquier medio sin el previo y expreso consentimiento por escrito de la Sociedad Latinoamericana de Cuidados Intensivos Pediátricos (SLACIP) a cualquier persona y actividad que sean ajenas al mismo.
 - Situaciones clínicas con anomalías agudas graves establecidas o potenciales de los iones divalentes: fósforo, calcio o magnesio
 - Si se requiere una intervención compleja para mantener el balance de fluido
3. Errores congénitos del metabolismo con deterioro agudo que requiere soporte respiratorio, diálisis, hemofiltración, manejo de la hipertensión intracraneal o soporte inotrópico.
4. Insuficiencia suprarrenal de cualquier etiología que se acompañe de anomalías electrolíticas y/o de disfunción cardiovascular que requiera soporte vasopresor.
5. Cualquier patología que involucre disfunción grave de alguno de los sistemas endocrinos y secundariamente a alteración grave de la homeostasis.

Gastrointestinal

Pacientes con enfermedad gastrointestinal grave, potencialmente letal o inestable. Incluye pero no está limitado a las siguientes situaciones:

1. Sangrado gastrointestinal agudo grave que conduce a inestabilidad hemodinámica y/o respiratoria
2. Después de una endoscopia de emergencia para extraer cuerpos extraños
3. Fallo hepático agudo que conduce o potencialmente pueda conducir a coma o inestabilidad hemodinámica y/o respiratoria.
4. Pancreatitis aguda

Quirúrgico

Pacientes postquirúrgicos en estado de enfermedad grave y/o que requieren monitorización continuada y/o que potencialmente requieran intervención o monitorización invasiva y/o que se acompañen o potencialmente se puedan acompañar de fallo o disfunción grave de al menos un órgano, aparato o sistema vital. Incluye pero no está limitado a las siguientes situaciones:

1. Cirugía cardiovascular
2. Cirugía torácica
3. Neurocirugía y procedimientos relacionados
4. Cirugía mayor vía aérea - otorrinolaringológica- maxilofacial - plástica
5. Cirugía ortopédica y columna
6. Cirugía general que se acompañe de inestabilidad respiratoria y/o hemodinámica
7. Trasplante de órganos
8. Politraumatizados - Gran Quemado
9. Pérdida sanguínea masiva ya sea durante la cirugía o durante el periodo postoperatorio

Sistema Renal

Pacientes con enfermedad renal grave, potencialmente letal o inestable. Incluye pero no está limitado a las siguientes situaciones:

1. Fallo renal
2. Pacientes que requieren hemodiálisis aguda, diálisis peritoneal u otras terapias de remplazamiento renal como la hemofiltración o hemodiafiltración veno-venosa continua en un paciente inestable.
3. Rabdomiólisis aguda con insuficiencia renal

Afectación multisistémica, multiorgánica y otros

Pacientes con enfermedad multisistémica o multiorgánica grave o potencialmente letal o inestable. Incluye pero no está limitado a las siguientes situaciones:

1. Ingestión de tóxicos o sobredosis de fármacos con potencial descompensación aguda de órganos o sistemas vitales
2. Síndrome de disfunción o fallo multiorgánico
3. Trombocitopenia asociada a fallo multiorgánico
4. Hipertermia maligna sospechada o documentada
5. Lesiones por corriente eléctrica y otras domésticas o ambientales
6. Casi-ahogamiento
7. Quemaduras que cubran 20% de la superficie corporal
8. Evidencia o signos sugerentes de la existencia de hipoxia tisular sistémica
9. Hipertensión abdominal y síndrome compartimental abdominal

Necesidad de aplicar tecnologías o procedimientos invasivos especializados

Condiciones clínicas en las que el paciente necesite de tecnologías o procedimientos asistenciales especializados, monitorización, intervenciones complejas o tratamiento, incluyendo medicaciones, y que por el riesgo o complejidad inherente a su aplicación o por el estado de enfermedad del paciente excedan la capacidad institucional para su cuidado fuera de la UCIP.

Se prohíbe la reproducción total o parcial de este documento por cualquier medio sin el previo y expreso consentimiento por escrito de la Sociedad Latinoamericana de Cuidados Intensivos Pediátricos (SLACIP) o cualquier persona y actividad que sean ajenas al mismo.

Debe considerarse que podrá ser ingresado en UCIP cualquier paciente para la realización de técnicas, monitorización o tratamiento siempre que, valorando los riesgos y los beneficios por el equipo médico, los padres y el propio paciente (si está capacitado) entiendan que puede ser beneficioso, independientemente del pronóstico y momento evolutivo de su patología.

4. MARCO DE TRABAJO PARA ADMISIÓN A UCI**4a Factores administrativos que inciden en la admisión a UCI**

- Calidad organizacional de la red de atención progresiva pre-y post UPC
- Atención médica oportuna y de calidad pre-UCI
- Disponibilidad de sistema de transporte adecuado para el paciente crítico pediátrico.
- Disponibilidad de camas UCI equipadas según estándares aceptados y vigentes
- Cobertura de seguros sanitarios para la atención requerida en UPC
- Disponibilidad de recurso físico, tecnología e insumos para la atención del paciente
- Disponibilidad de especialistas y subespecialistas para la atención del paciente

- Capacidad de resolución del problema sanitario del paciente
- Alternativa organizacional de la red sanitaria de no poder admitir al paciente a pesar de cumplir con criterios (traslado inter-sistemas público-privado).

4b Factores clínico-técnicos que inciden en admisión a UCI

Debería ingresar en la UCIP cualquier paciente en edad pediátrica (0 a 18 años o según acuerdo local), que presente fallo o disfunción grave o potencialmente letal de al menos un órgano o sistema vital, o que manifieste fallo o disfunción multiorgánica o multisistémica, o que requiera estabilización después de intervenciones quirúrgicas graves, o durante aquellos estados pre o postquirúrgicos que se acompañen o potencialmente se puedan acompañar de fallo o disfunción grave o potencialmente letal de al menos un órgano o sistema vital.

Algunas precisiones:

- Condición clínica crítica estable o inestable
- Requiere reemplazo o apoyo de función vital (renal , cardíaca , respiratoria, digestiva neurológica)
- Requiere drogas vasoactivas
- Requiere ventilación mecánica convencional no invasiva aguda, ventilación mecánica convencional invasiva , ventilación oscilatoria, ECMO
- Requiere monitorización continua
- Requiere atención de enfermería continua
- Requiere procedimiento invasivo o no invasivo susceptible de causar inestabilidad
- Requiere medicamento o infusiones de drogas susceptibles de causar inestabilidad fisiológica

4c Factores bioéticos que inciden en la admisión a UCI

- Beneficio esperable de la atención propia de UCI
- Indicación médica de admisión considerada proporcionada a su condición clínica

5. CRITERIOS DE NO INGRESO A UCI

1. Paciente terminal
2. Paciente en estado vegetativo permanente o estado de mínima conciencia
3. Paciente fuera de alcance médico-quirúrgico en consenso con sus médicos tratantes, independiente del sistema u órgano involucrado

6. CRITERIOS DE ALTA/TRASLADO DESDE LA UCI

Los pacientes ingresados en la UCIP serán evaluados y considerados para alta/traslado cuando la enfermedad, proceso o condición fisiológica inestable que condicionó su admisión en la UCIP se haya resuelto y el paciente ya no requiera de intervenciones complejas que excedan la capacidad institucional para su cuidado fuera de la UCIP.

El egreso dependerá de la **coordinación y co-existencia de UCI y UTI como UPC, la calidad de servicio e implementación de las “camas básicas” existentes y una eventual Unidad de Cuidados Prolongados o Crónicos en una cadena denominada “stepdown facilities”.**

El alta/traslado del paciente desde UCI debe estar basado en los siguientes criterios:

1. Parámetros hemodinámicos estables
2. Estado respiratorio estable (paciente extubado con gases arteriales estables) y vía aérea permeable.
3. Requerimientos mínimos de oxígeno que no exceden las guías de cuidado del paciente fuera de la UCIP.
4. El paciente ya no requiere soporte inotrópico, vasodilatador y antiarrítmico, o con el paciente estable las dosis requeridas son bajas y pueden ser administradas de forma segura fuera de la UCIP.
5. Se han controlado las arritmias cardiacas.
6. Se ha retirado el equipo de monitorización de la presión intracraneal.
7. El paciente está neurológicamente estable y se han controlado las convulsiones.
8. Se han retirado todos los catéteres (salvo los de larga duración o manejo crónico)
9. Pacientes crónicamente en ventilación mecánica que permanecen estables y en quienes la enfermedad crítica aguda se ha resuelto o ha revertido y pueden ser transferidos a una unidad que maneja rutinariamente a pacientes ventilados crónicamente o a su domicilio.
10. Pacientes con diálisis peritoneal o hemodiálisis crónica en lo que se ha resuelto la enfermedad crítica y que ya no requieren de intervenciones complejas, cuidados o monitorización que exceda la capacidad institucional para su cuidado fuera de la UCIP.

11. Pacientes con traqueostomía madura (7 días, primer cambio de cánula realizado), que ya no requieren de aspiración frecuente e intensiva

El equipo encargado del cuidado del paciente y su familia, después de una valoración cuidadosa determinan que ya no se derivan beneficios para el paciente de su permanencia ingresado en la UCI.

7. MARCO DE TRABAJO PARA EGRESO DE UTI

7a. Factores administrativos que inciden en egreso de UTI

- Resolución del problema sanitario que motivó la admisión y permanencia en UTI
- Alto costo de permanecer en UTI sin indicación perentoria
- No es un lugar diseñado para “vivir” en forma prolongada
- Resta cupo para otro paciente con mayor indicación
- Traslado se da en contexto de seguridad razonable para el paciente
- Lugar seguro existente para cuidado prolongado

7b. Factores clínico-técnicos que inciden en egreso de UTI

- El paciente ya no cumple criterios de UTI local

“Se prohíbe la reproducción total o parcial de este documento por cualquier medio sin el previo y expreso consentimiento por escrito de la Sociedad Latinoamericana de Cuidados Intensivos Pediátricos (SLACIP) a cualquier persona y actividad que sean ajenas al mismo.”

7c. Factores bioéticos que inciden en egreso de UTI

- No hay beneficio esperable de la permanencia en UTI
- Interfiere con un proceso adecuado de digno morir en el lugar idóneo
- Deseo de los padres o tutores o del niño si es considerado capaz
- Es injusto desde el punto de vista distributivo (la sociedad)

Nota: Es importante consignar que sumado a criterios de admisión y egreso debe haber una conducta activa en cuanto a criterios de permanencia, que debe ser analizado periódicamente a lo largo de la evolución y estadía de cada paciente.

8-REFERENCIAS

1. Guidelines for pediatric intensive care units. *Pediatrics* 1983; 72: 364-372.
2. Rosenberg DI, Moss MM: Guidelines and levels of care for pediatric intensive care units. *Crit Care Med* 2004; 32: 2117-2127.
3. De Lange S, Van Aken H, Burchardi H: European Society of Intensive Care Medicine statement: intensive care medicine in Europe--structure, organisation and training guidelines of the Multidisciplinary Joint Committee of Intensive Care Medicine (MJCICM) of the European Union of Medical Specialists (UEMS). *Intensive Care Med* 2002; 28: 1505-1511.
4. Guidelines for developing admission and discharge policies for the pediatric intensive care unit. Pediatric Section Task Force on Admission and Discharge Criteria, Society of Critical Care Medicine in conjunction with the American College of Critical Care Medicine and the Committee on Hospital Care of the American Academy of Pediatrics. *Crit Care Med* 1999; 27: 843-845.
5. Documento Provisional de Criterios de Ingreso y Alta elaborado por la Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos
6. Guía de Ingreso y Egreso a Unidad de Paciente Crítico UPC Hospital Roberto del Río, Santiago de Chile. 2013. Disponible
7. Mayorga M. Atención inicial del paciente crítico para no especialistas. Editorial. Acta Med Peruana 2010;27(4):222-223
8. Launes C, Cambra FJ, Jordán I, Palomeque A. Withholding or withdrawing life-sustaining treatments: an 8-yr retrospective review in a spanish pediatric intensive care unit. *Pediatr Crit Care Med* 2011;12(6):383-385
9. Simón Lorda P, Esteban López MS, Cruz Piqueras ; En Estrategia de Bioética del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2011-2014. Edita Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad , Salud y Políticas Sociales. Limitación del Esfuerzo Terapéutico en Cuidados Intensivos: 1-87
10. www.minsal.cl . Guía de organización y funcionamiento. Unidades de Pacientes Críticos Pediátricos (UPCP) MINSAL Chile 2017.
11. Comité Nacional de Emergencias y Cuidados Críticos de la Sociedad Argentina de Pediatría y Capítulo Terapia Intensiva Pediátrica-Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Normas de categorización, organización y funcionamiento de la Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Pediátricos en los establecimientos asistenciales. *Arch Argent Pediatr* 2014;112(4):375-390 / 375

12. Paredes M Cristina. Limitación del esfuerzo terapéutico en la práctica clínica. Percepciones de profesionales médicos y de enfermería de unidades de pacientes críticos de un hospital público de adultos en la región metropolitana. Acta Bioethica 2012;18(2):163-171

