Descargado el: 8-11-2026 ISSN 1727-897X

CARTA AL DIRECTOR

¿Qué pacientes deben ir a la unidad de cuidados intensivos?
Which Patients Should Be Admitted to Intensive Care Units?

Lester Pérez Hernández[1]

[1] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguia Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100

Cómo citar este artículo:
Pérez-Hernández L. ¿Qué pacientes deben ir a la unidad de cuidados intensivos?. **Medisur** [revista en Internet]. 2015 [citado 2026 Nov 8]; 13(4):[aprox. 2 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3010

Aprobado: 2015-06-16 10:45:48

Correspondencia: Lester Pérez Hernández. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguia Lima. Cienfuegos. lester.perez@gal.sld.cu

Sr. Director:

Es un impostergable deber comentar lo que, en la actualidad, para muchos profesionales de la salud constituye un verdadero enigma: ¿Qué pacientes deben ir a la unidad de cuidados intensivos?

Queríamos referirnos, específicamente, a los criterios de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). En esta ocasión el fin no es otro que transmitir y compartir la preocupación de autores nacionales y extranjeros cuando advierten que el ingreso no justificadoen UCI, pudiese traer consecuencias funestas como: el incremento de las infecciones nosocomiales, alteración de la dinámica de trabajo, desviación de la atención de pacientes graves.[1]

Al concluir el pasado año 2014, en la Unidad de Cuidados Intensivos Polivalentes de nuestro Hospital Gustavo Aldereguía Lima, se había admitido un total de 580 pacientes, con un índice ocupacional de 75%, el segundo más alto en los últimos 20 años de trabajo; la cirugía oncológica, con un 13 %, fue la causa más frecuente de ingreso, y para asombro de muchos solo el 8,2 % de estos pacientes requirieron ventilación mecánica o tuvieron disfunción orgánica,el resto cursó un posoperatorio sin complicaciones; un comportamiento muy diferente mostraron los pacientes admitidos por lesiones traumáticas, segunda causa de ingreso de la Unidad, pues cerca del 80% presentaron complicaciones y 30% de ellos fallecieron.

Dentro de las afecciones clínicas el protagonismo lo obtuvieron la cardiopatía isquémica aguda complicada y la neumonía adquirida en la comunidad, la letalidad de la cardiopatía isquémica alcanzó un 32 % y fue la primera causa de muerte del total de pacientes admitidos.

Estos indicadores nos llevan a la pregunta de si en realidad estamos utilizando de manera óptima las capacidades instaladas en estas unidades, cumpliendo con la misión y el objetivo para lo cual fueron diseñadas y por ende si los pacientes, máximos beneficiarios del proceso, están recibiendo una asistencia médica de máxima calidad.

Es una necesidad palpable lograr distinguir aquellos pacientes que se beneficiarán de estas unidades de aquellos que no lo harán.Tampoco se trata de votar por un “no” rotundo a la idea de “terapias a puertas abiertas”, lo cual se pudiese adoptar ante determinado grupo de pacientes o situación particular.

La preocupación de nuestros galenos toma máxima expresión cuando la Unidad se encuentra casi al límite y no se tiene un mecanismo totalmente confiable para lograr ubicar a los pacientes en los extremos del espectro de riesgo vital: *“Demasiado bien para beneficiarse*" *o “Demasiado enfermo para beneficiarse”.*[2] Esta situación se pudiera describir como *“el ritual de la última cama”,* expresión muy gráfica que tuvo gran difusión entre los intensivistas y que denota el conflicto que surge cuando la solicitud de un nuevo ingreso termina por completar la dotación de camas de la unidad, lo que obliga a valorar no solo el beneficio sobre ese enfermo en concreto, sino las repercusiones sobre el siguiente paciente probable, posible o casi seguro.[3]

La provincia, además, se encuentra dentro de las más envejecidas del país, con un incremento progresivo en los últimos años de las enfermedades malignas,[4] por lo que las políticas de salud están siendo encaminadas a la organización en aras de mejorar la calidad de la asistencia a estos grupos de pacientes, no son siempre las Unidades de Cuidados Progresivos la respuesta a estas interrogantes, pero sí permiten una visión más amplia del problema.

Referente a este tema, numerosos grupos y sociedades científicas han elaborado guías para la admisión y el egreso de los pacientes en las unidades de atención al paciente grave, las cuales se han adaptado a la condiciones políticas, económicas y sociales de las instituciones, y aunque han contribuido a aumentar la eficiencia y la efectividad en la atención médica, no han logrado escapar totalmente de la crítica.[5,6]

Los profesionales que nos dedicamos a esta rama de la medicina no nos podemos conformar con protocolos rígidos, quedándonos como única salvación: someter estas políticas de admisión y egreso a revisiones sistemáticas, basadas en datos objetivos que permitan rediseñar el proceso.[7]

Se hace oportuno y saludable, arribar a un consenso entre todos –intensivistas, demás especialistas y la administración- sobre quiénes se beneficiarían en mayor medida con estos servicios, para optimizar el proceso de atención médica con la máxima calidad requerida, con la condición primordial de "Atención centrada en el

paciente".

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Uriarte Méndez A, Pérez Pintado E, López González Y, Capote Padrón J, Fernández González A, Herrera L, Penichet Cortiza J. Bronquiolitis aguda ¿qué pacientes deben ir a la unidad de cuidados intensivos?. Medisur [revista en Internet]. 2014 [cited 5 Feb 2015] ; 12 (6): [aprox. 7p]. Available from: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2675/1619.

2. Society of Critical Care Medicine. Guidelines for UCI Admission, discharge and triage. Critical Care Med. 1999 ; 27 (3): 633-38.

3. Colmenero M. El ritual de la falta de camas. Med Intensiva. 2011 ; 35 (3): 139-42.

4. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registro Médico y Estadística de Salud. Anuario Estadístico de Salud. 2014. Ciudad de La Habana: MINSAP; 2015.

5. Capuzzo M, Moreno RP, Alvisi R. Admission and discharge of critically ill patients. Curr Opin Crit Care. 2010 ; 16 (5): 499-504.

6. Murias G, Sales B, García-Esquirol O, Blanch L. Telemedicina: mejora de la calidad en la atención de los pacientes críticos desde la fase prehospitalaria hasta el servicio de medicina intensiva. Med Intensiva. 2010 ; 34 (1): 46-55.

7. Society of Critical Care Medicine. Guidelines for Admission and discharge for Adult Intermedie Care Units. Critical Care Med. 1998 ; 26 (3): 607-10.