



EDITORIAL

Criterios de ingreso y alta y organización de los cuidados intensivos pediátricos

Guidelines of admission, discharge and organization of the pediatric intensive care



J. López-Herce^{a,b,c,d,*} y A. Carrillo Álvarez^{a,b,c,d}

^a Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^b Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

^c Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Madrid, España

^d Red de Salud Maternoinfantil y del Desarrollo (Red SAMID) RD16/0022/0007, Madrid, España

En este número de *MEDICINA INTENSIVA* se publican las guías para el ingreso, el alta y la clasificación en las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) españolas, que han sido elaboradas mediante el consenso de un grupo de expertos de la Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos, la Asociación Española de Pediatría y la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias¹.

Los cuidados intensivos, y en concreto los cuidados intensivos pediátricos, son una especialidad de la Medicina (Pediatría) que, a diferencia de otras, no se ocupa de los pacientes con enfermedades de un órgano o sistema, sino que se dedica al tratamiento integral de los niños que padecen cualquier enfermedad médica y/o quirúrgica que altere uno o, más frecuentemente, varios órganos, que ponen en peligro su vida².

El desarrollo de la Medicina permite el tratamiento de un número cada vez más importante de pacientes con enfermedades complejas, que requieren una estricta vigilancia y un tratamiento continuo. El tratamiento de estos pacientes exige una unidad específica (UCIP), especialmente diseñada para este fin, con profesionales tanto médicos como de

enfermería, con formación específica en cuidados intensivos pediátricos, que garanticen el tratamiento adecuado durante las 24 h del día, todos los días del año^{2,3}. La UCIP permite, por tanto, tratar a todos los pacientes pediátricos en estado grave, independientemente de que su enfermedad sea médica o quirúrgica y de que su evolución sea aguda o que requiera un ingreso prolongado⁴.

Los 2 criterios fundamentales de ingreso de un niño en la UCIP son que el paciente precise un elevado nivel de vigilancia y/o cuidados y que presente un proceso potencialmente reversible^{1,2}. Además, dependiendo de las circunstancias y los hospitales, la UCIP también puede asumir los cuidados paliativos y los cuidados intermedios de niños que no requieren tratamiento intensivo, pero necesitan más cuidados y monitorización que los que se les pueden ofrecer en las salas de hospitalización convencional².

La UCIP es una unidad que debe dar apoyo al resto de los servicios del hospital y facilitar sus actividades y progreso de forma coordinada. Por eso, los responsables sanitarios tienen la obligación de dimensionar adecuadamente su aforo, adaptar su estructura arquitectónica y dotar del aparataje y personal adecuados para cubrir las necesidades asistenciales del área sanitaria y las actividades del resto de los servicios del hospital, dando una asistencia integral de calidad a los pacientes y sus familias^{2,5}.

La calidad asistencial de la UCIP debe sustentarse, además, en la capacitación específica en cuidados intensivos

Véase contenido relacionado en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2017.10.015>

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pielvi@hotmail.com (J. López-Herce).

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2017.12.011>

0210-5691/© 2018 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.

pediátricos de su personal médico y de enfermería, para asegurar que se aplican las medidas terapéuticas propias de los niños y se incorporan e integran las nuevas tecnologías^{2,5,6}. Sin embargo, la actividad de la UCIP no puede quedar circunscrita a su espacio físico, sino que debe prestar apoyo a especialistas de otras áreas, en la realización de técnicas específicas, sedación, organización y dirección del sistema de respuesta rápida intrahospitalaria, transporte del niño en estado crítico, seguimiento de pacientes con enfermedades especiales o dependientes de tecnologías complejas, cuidados paliativos y telemedicina^{1,2,6}.

La UCIP requiere un número importante de personal sanitario especialmente preparado y el consumo de muchos recursos. Por este motivo, al tener un coste económico elevado, no deben aumentar su tamaño ni su número de forma indiscriminada⁷. Es necesario, por tanto, establecer claramente el tipo de pacientes que se pueden beneficiar de ingresar en la UCIP. No es posible, ni necesario, que existan UCIP en todos los hospitales españoles, siempre que se garantice el derecho de cualquier niño a recibir un cuidado intensivo adecuado cuando lo precise^{2,7}. Por ello, las autoridades sanitarias tienen la responsabilidad de proveer el número suficiente de camas de UCIP y organizar su funcionamiento de forma abierta y flexible, con distintos niveles de complejidad, para que se adapten a las necesidades reales actuales y futuras de la población. Es imprescindible que cada hospital defina el nivel de cuidados que puede ofrecer, garantizando en todos los casos la estabilización inicial del paciente pediátrico grave. Además, en cada comunidad autónoma y a nivel estatal se debe desarrollar de forma prioritaria un sistema de transporte específicamente pediátrico que, por desgracia, actualmente no existe en la mayor parte de nuestro país⁸.

Tal como refieren los autores, estas guías pretenden «facilitar la toma de decisiones para el ingreso y el alta de los niños en las UCIP en España de forma que los pacientes pediátricos reciban el nivel de cuidados más apropiado para su situación clínica»¹. Estas guías ofrecen unos criterios claros para el ingreso y el alta de la UCIP de niños con alteraciones y enfermedades de cada uno de los sistemas orgánicos, enfermedades multisistémicas, cirugías y procedimientos invasivos¹. Su objetivo es optimizar la utilización de las UCIP y garantizar una asistencia de calidad adecuada al nivel de gravedad, y la seguridad de los pacientes.

Las guías solo son recomendaciones generales que deben ser dinámicas^{1,9} y que los profesionales han de adaptar a las características del paciente, la capacidad de la UCIP y las peculiaridades y capacidades físicas y profesionales del resto de los servicios hospitalarios.

Es esencial la clasificación y valoración de cada paciente (los autores utilizan el extranjerismo «triage») para decidir si su ingreso o alta pueden ser beneficiosos según su necesidad de monitorización y tratamiento intensivo. El beneficio para el paciente no solo se debe valorar en términos de supervivencia, sino de calidad de vida^{1,10}. En este proceso deben intervenir los profesionales sanitarios de la UCIP junto con los del resto de los servicios implicados en el tratamiento del paciente.

Por último, es necesario, tal como comentan los autores, realizar una evaluación posterior, mediante un estudio

multicéntrico, en la que se verifique la validez de la aplicación de estos criterios.

En conclusión, estas guías ofrecen una importante ayuda para los profesionales a la hora de tomar las decisiones de ingreso y alta en las UCIP en España, y deberían servir de base para la reorganización de la asistencia intensiva pediátrica en nuestro país.

Financiación

RETIC financiada por el PN I+D+i 2008-2011, ISCIII-Subdirección General de Evaluación y Fomento de la Investigación y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER), ref. RD16/0022/0007.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. De la Oliva P, Cambra-Lasaosa FJ, Quintana-Díaz M, Rey-Galán C, Sánchez-Díaz JI, Martín Delgado MC, et al. Guías de ingreso, alta y triage para las unidades de cuidados intensivos pediátricos en España. *Med Intensiva*. 2018;42:235-50.
2. Martínón-Sánchez JM, Trabazo-Rodríguez S, Marques F, Rodríguez-Núñez A. Organización de las unidades de cuidados intensivos pediátricos. En: López-Herce J, Calvo C, Rey C, Rodríguez A, Baltodano A, editors. *Manual de cuidados intensivos pediátricos*, 1, 4.ª ed. Madrid: Publimed; 2013. p. 37-40.
3. Marshall JC, Bosco L, Adhikari NK, Connolly B, Diaz JV, Dorman T, et al. What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *J Crit Care*. 2017;37:270-6.
4. González-Cortés R, López-Herce-Cid J, García-Figueroa A, Tesorero-Carcedo G, Botrán-Prieto M, Carrillo-Álvarez A. Prolonged stay in pediatric intensive care units: Mortality and healthcare resource consumption. *Med Intensiva*. 2011;35:417-23.
5. Butler A, Copnell B, Willetts G. Family-centred care in the paediatric intensive care unit: An integrative review of the literature. *J Clin Nurs*. 2014;23:2086-99.
6. Nguyen YL, Wunsch H, Angus DC. Critical care: The impact of organization and management on outcomes. *Curr Opin Crit Care*. 2010;16:487-92.
7. Rosenberg DI, Moss MM. Guidelines and levels of care for pediatric intensive care units. *Crit Care Med*. 2004;32:2117-27.
8. De la Mata S, Escobar M, Cabrero M, Gómez M, González R, López-Herce Cid J, Grupo de estudio del transporte pediátrico. Transporte pediátrico y neonatal en España, Portugal y Latinoamérica. *Med Intensiva*. 2017;41:143-52.
9. Nates JL, Nunnally M, Kleinpell R, Blosser S, Goldner J, Birriel B, et al. ICU admission, discharge, and triage guidelines: A framework to enhance clinical operations, development of institutional policies, and further research. *Crit Care Med*. 2016;44:1553-602.
10. Blanch L, Abillama FF, Amin P, Christian M, Joynt GM, Myburgh J, et al. Triage decisions for ICU admission: Report from the Task Force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *J Crit Care*. 2016;36:301-5.