



## EDITORIAL

# El ritual de la falta de camas

## The ritual of the lack of beds

M. Colmenero

*Unidad de Medicina Intensiva, Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España*

Recibido el 22 de enero de 2011; aceptado el 31 de enero de 2011

Hace ya 17 años, el doctor D. Teres<sup>1</sup> planteaba como uno de los grandes dilemas éticos que afectaba a los servicios de medicina intensiva (SMI) las decisiones de ingreso de pacientes cuando la ocupación de la unidad estaba casi al límite. Denominó a dicha situación «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 sólo el beneficio sobre ese enfermo en concreto, sino las repercusiones sobre el siguiente paciente probable, posible o casi seguro. De producirse una nueva solicitud de ingreso, el paciente se verá afectado por el retraso (en el mejor de los casos) o su traslado a otra UCI u otra dependencia hospitalaria de menor especialización. De aquellas reflexiones surgió la necesidad de establecer criterios de ingreso y alta de los pacientes en los SMI, siendo la Sociedad Americana la primera que estableció unas recomendaciones<sup>2</sup>, que no se han vuelto a actualizar desde 1999<sup>3</sup>.

Desde entonces el «éxito» de los SMI ha ido en aumento, en paralelo con su efectividad y eficiencia demostradas. En los países desarrollados el porcentaje de camas destinadas a UCI del total de las hospitalarias ronda el 5% (en España, el 2,5%)<sup>4,5</sup>, con una cartera de servicios cada vez más amplia<sup>6</sup>, incluida la aceptación de pacientes en fases más precoces y

menos graves, donde el beneficio demostrado es mayor. Esto ha motivado que las UCI se encuentren en numerosas ocasiones a plena capacidad e incluso desbordadas. Al hilo de esta evolución, en este número de la Revista, Rodríguez-Carvajal et al<sup>7</sup> nos ofrecen una nueva versión de los conflictos éticos en el ámbito asistencial de la medicina intensiva. Se trata, no ya de la última cama, sino de la ausencia de ellas, y de entre las alternativas que pueden tomarse ante esta situación, evalúan el impacto que tiene el alta no programada de un enfermo ingresado para permitir la admisión de otro.

Aunque toda decisión lleva implícita una repercusión sobre el resto de los sujetos afectados por las alternativas no elegidas (coste de oportunidad), a efectos de clasificación repasaremos las que se toman en el SMI según incidan preferentemente en el paciente potencial, el paciente ya ingresado y, por último, en las que hay una relación estrecha y directa entre unos y otros.

Hay decisiones que afectan a los pacientes potenciales. La más importante, sin duda, pero que queda en el ámbito de la política sanitaria y de la asignación de los recursos disponibles, es el dimensionamiento del SMI. Este obedece a múltiples factores, entre los que destacan, de mayor a menor jerarquización: la riqueza del país y lo que destina de su PIB a sanidad, el modelo de financiación pública o privada, el modelo de SMI (abierto o cerrado), el tipo de hospital y pacientes que atiende y los gestores (directivos y jefes de servicio). La modificación del número de recursos (camas) disponibles suele ser un proceso lento y que se produce a saltos, por lo que, a efectos de las decisiones del

Véase contenido relacionado en DOI: [10.1016/j.medin.2010.12.008](https://doi.org/10.1016/j.medin.2010.12.008)

Correo electrónico: [macol@telefonica.net](mailto:macol@telefonica.net)

día a día que debe tomar un intensivista particular, no es de aplicación.

Más allá de este marco general, a su vez podemos dividir este grupo en dos subgrupos. El primero estaría formado por los pacientes para los que se solicita su ingreso en el SMI. El intensivista consultado se enfrenta a la tarea de discriminar si se trata de un enfermo con una condición que «amenaza» su vida y tiene posibilidades «razonables» de recuperación o si, por el contrario, no debería acceder a unos medios desproporcionados a su situación por encontrarse «suficientemente» bien o «demasiado» mal. Al rechazar a estos últimos enfermos la justificación que se escucha por parte de los intensivistas suele ser: «no se beneficia de su ingreso en UCI» y debe ser atendido en otra dependencia hospitalaria. Como queda reflejado con el uso del entrecomillado, los criterios de ingreso son poco precisos y más bien elásticos, y dependen de factores relacionados con los pacientes y familiares<sup>8</sup>, los facultativos y el hospital. Como se mencionó al principio, hay pocos criterios actualizados de las sociedades científicas, que se quedan en enunciados generales y en situaciones tan extremas como la muerte cerebral (excluida la donación) o el estado vegetativo permanente. Probablemente, lo más operativo sería que cada SMI dispusiera de unas políticas escritas que recogieran las particularidades de funcionamiento de cada hospital. El segundo subgrupo lo formarían los pacientes que, pudiendo beneficiarse del ingreso en el SMI, no lo hacen. Esto puede deberse a que son admitidos directamente en otras unidades como consecuencia de una política de captación activa o como consecuencia del rechazo a su ingreso por parte del SMI, por falta de camas o decisiones facultativas individuales.

Hay decisiones que tienen que ver con enfermos ya ingresados en los SMI, que son las que han sido objeto de mayor debate y estructuración. Entre ellas destaca la limitación del esfuerzo terapéutico (LET)<sup>9</sup>, actualmente renombrada limitación de los tratamientos de soporte vital (LTSV), para despojarla de la connotación negativa que la primera definición parecía acarrear<sup>10</sup>. Ligadas a esta cuestión se encuentran las instrucciones previas, el consentimiento informado, las órdenes de no reanimación<sup>11</sup> y los cuidados médicos al final de la vida. Los intensivistas españoles han sido pioneros en el debate acerca de estos temas<sup>12</sup> y en el establecimiento de recomendaciones y pautas de actuación. Asimismo, han tenido un importante papel en la difusión de la formación entre los profesionales implicados en esta área

de enorme trascendencia para los pacientes y sus familiares.

Sin embargo, las decisiones más frecuentes corresponden a la salida del paciente del SMI, ya que ocho de cada diez logran sobrevivir al episodio que los condujo a su ingreso. El momento oportuno del alta es difícil de definir y debemos recurrir de nuevo al sentido clínico razonable y al consenso. Sería apropiada, bien porque se haya recuperado «suficientemente» de sus alteraciones orgánicas y requiera de unos cuidados que se le pueden proporcionar en su nueva ubicación o bien porque se considera que no van a mejorar y no se precisa de los tratamientos de soporte facilitados en el SMI. El incumplimiento de este tiempo óptimo convertiría un alta en precoz o tardía, poniendo en riesgo al paciente y/o haciendo un uso ineficiente de los recursos que la sociedad nos entrega.

Y por último, hay decisiones que afectan simultáneamente a pacientes potenciales y a pacientes ya ingresados. En este caso nos encontramos con el ritual de la falta de camas, en el que el ingreso en el SMI de un paciente afecta directamente a otro ya ingresado o potencial. El proceso de priorizar el acceso de los pacientes ha recibido el nombre de *triaje* y es de uso habitual en las situaciones de catástrofes, emergencias e incluso urgencias hospitalarias. En los SMI es un asunto que ha vuelto a retomarse con ocasión de las epidemias de gripe y las catástrofes con múltiples víctimas<sup>13</sup>. Ante la falta de camas en el SMI existen varias alternativas a seguir<sup>14</sup>. La primera, suspender la actividad programada, generalmente quirúrgica de alta complejidad. Aunque aparentemente la más intuitiva y aceptable, se enfrenta con dos fuerzas poderosas. Por un lado, la posibilidad de deterioro clínico e incluso fallecimiento en lista de espera y, por otra, la presión administrativa para el cumplimiento de plazos de respuesta. Además, la decisión suele ser responsabilidad del jefe de la unidad y tomada a primera hora de la mañana, no recayendo sobre el personal ni en horario de guardia. La segunda posibilidad es la trasferencia del paciente a otro SMI, siempre que exista esa disponibilidad, con los riesgos inherentes al traslado de un paciente en situación crítica. La tercera es la permanencia del paciente en otras áreas del hospital (urgencias, recuperación postanestésica, etc.) hasta que quede libre una cama en el SMI, a cargo de una estructura con menos recursos humanos especializados y tecnológicos<sup>15</sup>. La cuarta, temporizadora y aplicable sólo a determinados pacientes de gravedad intermedia y en un plazo corto y determinado, la realización de una prueba de tratamiento intensivo en la planta de hospitalización, con

**Tabla 1** Frecuencia e impacto de las estrategias utilizadas cuando la capacidad del SMI está completa y se solicita un nuevo ingreso.

Decisión	Frecuencia (%)	Mortalidad atribuible (RR, IC del 95%)
Prueba de tratamiento intensivo en planta	(?)	(?)
Permanencia en urgencias (> 8 h)	5,1	1,36 (0-1,56)
Permanencia en unidad de reanimación posquirúrgica	(?)	(?)
Traslado a otra UCI	1,8-2,6	1,38 (0-2,2)
Alta en horario distinto de la jornada laboral ordinaria	18,4-18,8	1,35 (1,28-1,42)
Alta no programada o por priorización*	10,8	2,16 (1,06-4,4)
Cancelación de cirugía mayor	3-5,2	(?)

Modificada de Sprung et al<sup>13</sup>.

\* Datos de Rodríguez-Carvajal et al<sup>6</sup>.

contacto estrecho con el personal de esta. Por último, dar de alta a un paciente ingresado para permitir el ingreso de uno nuevo, que está esperando y se supone se beneficiaría más. Esta forma de proceder se sustenta en el principio ético de la Justicia, de primer orden en un sistema público de prestación de la asistencia sanitaria, siempre que se actúe con equidad, evitando toda forma de discriminación. Es esta la opción que analizan Rodríguez-Carvajal et al en este número de *MEDICINA INTENSIVA*. La variable que estudian es el alta no programada o por priorización, definida como aquella que no había sido consensuada por el equipo médico durante la jornada matutina y que se ven «obligados» a dar para permitir el ingreso de un paciente que suponen se beneficiará más. Desafortunadamente, en la literatura anglosajona existen muy pocos estudios que definan el alta de esta manera, sino que la incluyen en la acepción más amplia de alta que se efectúa en horario no laboral (*after-hours*), programada o no<sup>16</sup>, con lo que las comparaciones presentan limitaciones. Un aspecto clave a nuestro juicio en el estudio de este tema es el establecimiento de definiciones y criterios precisos para el tipo de alta, pues más que si está o no programada o el momento en que se produce, debiéramos poder distinguir entre precoz y tardía en función de lo apropiado de esta<sup>17</sup>.

Ante toda esta multiplicidad de posibles decisiones hay, al menos, dos preguntas relevantes: ¿cuál es la frecuencia con que se toman? ¿A qué riesgo estamos sometiendo a los pacientes en términos de morbimortalidad? No disponemos de información de todas las alternativas posibles, pero de la bibliografía podemos obtener las siguientes estimaciones (Tabla 1): por frecuencia, es el alta en horario no laboral la que se lleva la palma, lo que indica que el funcionamiento de los SMI están muy influidos por la organización de la asistencia en las plantas de hospitalización, de tal manera que los pacientes no pueden salir por la mañana porque todavía están ocupadas las camas de planta. Este hecho influye en la mortalidad atribuible, con un riesgo extra de un 35%, justificable por la menor atención disponible en turnos no matutinos. El alta realmente precoz, aun siendo escasa, es la que más impacto tiene en la mortalidad de los pacientes con una OR de 1,6. No sabemos la cuantía que representan las altas tardías ni su repercusión en los enfermos potenciales.

El estudio de Rodríguez-Carvajal et al nos aporta información sobre estas dos variables (frecuencia e impacto) en relación con las altas no programadas en su centro. Atendiendo a la frecuencia que informan (10,8%), cabría considerarla como preocupante. Sin embargo, y ligada al porcentaje de ocupación que presentan (el 80% de media), nos atrevemos a decir que la realidad actual de los SMI de nuestro entorno es muy parecida. Igual de llamativo resulta el impacto que presenta el alta no programada, ya que eleva la mortalidad al doble (OR = 2,16; IC, 1,06-4,41). Este resultado hay que tomarlo con cautela, ya que el diseño del estudio presenta importantes limitaciones, como se encargan de señalar los propios autores. A mi juicio, la principal radica en que para una buena parte de los pacientes a los que se da el alta de la UCI la mortalidad hospitalaria no es un indicador de calidad asistencial, como muy bien han puesto de manifiesto Fernández et al<sup>18</sup>. Hay grupos de pacientes cuyas expectativas vitales están ya marcadas durante su estancia en la UCI y probablemente no se modifiquen con una estancia más prolongada. Estos enfermos deben ser

derivados hacia cuidados paliativos, sin posibilidad de reintegro en el SMI. Hubiera sido deseable que el análisis se hubiera llevado a cabo teniendo en cuenta estos distintos grupos de pacientes. Es posible, también, que la categorización hubiera señalado que los pacientes de «buen pronóstico» no hayan sufrido perjuicio alguno por el alta no programada, ya que las tasas de reingresos son similares a las programadas.

Hay otra razón importante para prestar atención a estos temas y es el impacto que tiene en los profesionales que nos dedicamos a la atención de los pacientes críticos. Una de las razones fundamentales del síndrome del desgaste profesional (*burn-out*) es el hecho de lidiar de manera continuada con situaciones de este tipo, donde la incertidumbre, junto con la presión de familiares y otros profesionales, etc., induce a conductas de desinterés y evitación. Asimismo, se relaciona con los conflictos existentes entre los distintos grupos profesionales que atienden a los pacientes en los SMI<sup>19</sup>.

Podemos concluir que, por la importancia del tema en los SMI, estudios como el de Rodríguez-Carvajal et al son bienvenidos a las páginas de esta Revista, aun con las limitaciones referidas, ya que nos deben servir de acicate para generar nuevo conocimiento en el que sustentar nuestras difíciles decisiones diarias. Añadiríamos así la mejor evidencia científica posible a la imprescindible humanidad que todo acto médico requiere para ser considerado como tal.

## Bibliografía

1. Teres D. Civilian triage in the intensive care unit: the ritual of the last bed. *Crit Care Med*. 1993;21:598–606.
2. Task Force on Guidelines. Society of Critical Care Medicine. Recommendations for intensive care unit admission and discharge criteria. *Crit Care Med*. 1988;16:807–8.
3. Task Force of the American College of Critical Care Medicine. Society of Critical Care Medicine. Guidelines for intensive care unit admission, discharge and triage. *Crit Care Med*. 1999;27:633–8.
4. Wunsch H, Angus DC, Harrison DA, Collange O, Fowler R, Hoste EAJ, et al. Variation in critical care services across North America and Western Europe. *Crit Care Med*. 2008;36:2787–93.
5. Medicina intensiva en España. Junta Directiva de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). *Med Intensiva*. 2011;35:92–101.
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;34:46–55.
7. Rodríguez-Carvajal M, Mora D, Doblas A, García M, Domínguez P, Tristancho A, et al. Impacto de las altas no programadas en la mortalidad hospitalaria tras la estancia en una unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva*. 2011;000–10.
8. Escher M, Perneger TV, Heidegger CP, Chevrolet JC. Admission of incompetent patients to intensive care: doctors' responsiveness to family wishes. *Crit Care Med*. 2009;37:528–32.
9. Cabré L, Solsona JF, Grupo de trabajo de Bioética de la SEMICYUC. Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. *Med Intensiva*. 2002;26:304–11.
10. Monzón JL, Saralegui I, Abizanda R, Cabré L, Iribarren S, Martín MC, et al. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. *Med Intensiva*. 2008;32:121–33.
11. Monzón JL, Saralegui I, Molina R, Abizanda R, Cruz M, Cabré L, et al. Ética de las decisiones en resucitación cardiopulmonar. *Med Intensiva*. 2010;34:534–49.

12. Gómez Rubí JA. *Ética en medicina crítica*. Madrid: Triacastela; 2002.
13. Sprung CL, Zimmerman JL, Christian MD, et al. Recommendations for intensive care unit and hospital preparations for an influenza epidemic or mass disaster: summary report of the European Society of Intensive Care Medicine Task Force for intensive care unit triage during an influenza epidemic or mass disaster. *Intensive Care Med*. 2010;36:428–43.
14. Duke GJ, Buist MD, Pilcher D, Scheinkestel CD, Santamaria JD, Gutteridge GA, et al. Interventions to circumvent intensive care access block: a retrospective 2-year study across metropolitan Melbourne. *Med J Aust*. 2009;190:375–8.
15. Vidal B, Micó M, Abizanda R, Álvaro R, Belenguer A, Mateu L, et al. Sesgo de retraso en el ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos como causa de mal pronóstico o lead time bias. *Med Intensiva*. 2008;32:272–6.
16. Pilcher DV, Duke GJ, George C, et al. After-hours discharge from intensive care increases the risk of readmission and death. *Anaesth Intensive Care*. 2007;35:477–85.
17. Capuzzo M, Moreno RP, Alvisi R. Admission and discharge of critically ill patients. *Curr Opin Crit Care*. 2010;16:499–504.
18. Fernández R, Serrano JM, Umarán I, Abizanda R, Carrillo A, López-Pueyo MJ, et al. Ward mortality after ICU discharge: a multicenter validation of the Sabadell score. *Intensive Care Med*. 2010;36:1196–201.
19. Azoulay EL, Timsit JF, Sprung CL, Soares M, Rusinova K, Lafabrie A, et al., for the Conflicus Study Investigators and for the Ethics Section of the European Society of Intensive Care Medicine. Prevalence and Factors of Intensive Care Unit Conflicts. The Conflicus Study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2009;180:853–60.