



Procedimiento	Código	PR_01_UC-1	
	ACEPTACIÓN CLÍNICA DEL USUARIO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	Versión	4
		Página	1 de 19

1. OBJETIVO

Evaluar el usuario comentado al servicio de UCI para verificar si cumple con los criterios de ingreso a la unidad y determinar si es o no aceptado en dicho servicio.

2. ALCANCE

Este procedimiento aplica a la Unidad de Cuidados Intensivos de la E.S.E. Hospital San Rafael de Itagüí.

3. RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN Y MANTENIMIENTO


Son responsables de la implementación y mantenimiento de este procedimiento el líder del servicio y el médico intensivista.

4. DEFINICIONES

Criterios de ingreso del usuario a la Unidad de Cuidados Intensivos: Define las condiciones clínicas del usuario que lo clasifican como candidato para justificar su internación en la UCI.

Cuidados paliativos: se refiere al tratamiento de pacientes terminales en una aproximación científica y humana, concentrando los esfuerzos en dar calidad de vida a los días que le queden al paciente y aplicando las medidas y tratamientos que alivien sus padecimientos. Se incluye la definición de Sedación paliativa a la categoría, en el sentido de la administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y/o psicológico, mediante la disminución profunda de la conciencia en un paciente cuya muerte es inminente y con su consentimiento explícito, implícito o delegado.

Elaboró: Gerardo Gómez Adarme Coordinador de UCI	Revisó: Damaris Doria Carrascal Asesora de Planeación y Calidad	Aprobó: Carlos Fredy Carmona Ramirez Gerente
Firma:	Firma: Dora Elena Rodríguez Agudelo Profesional de Calidad	Firma:
Fecha: 2019 - 08 - 21	Fecha: 2019 - 08 - 26	Fecha: 2019 - 08 - 28

	Procedimiento	Código	PR_01_UC-1
	ACEPTACIÓN CLÍNICA DEL USUARIO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	Versión	4
		Página	2 de 19

Distanasia: se refiere a prolongar agonías del enfermo con procedimientos y tratamientos biotecnológicos, sin medir la calidad de vida del paciente, en esta categoría se incluye el ensañamiento terapéutico y la futilidad.

Eutanasia: es el acto médico orientado explícitamente a ponerle fin a la vida de un paciente que sufre padecimientos intolerables, se halla en fase terminal y que así lo solicita. Puede ser por acción o por omisión.

Ingreso: acto de ser admitido.

Limitación del soporte vital: es una decisión médica discutida con la familia en la que se plantea el retiro del tratamiento o la restricción del mismo, abandonando esfuerzos o resistencias fútiles. Es la decisión de restringir o cancelar algún tipo de medidas cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios terapéuticos, con el objeto de no caer en la obstinación terapéutica.

Muerte encefálica: es el hecho biológico en una persona cuando en forma irreversible se presenta en ella ausencia de las funciones del tallo encefálico, comprobadas por examen clínico. Deberá constatarse, por lo menos, la existencia de los siguientes signos (Decreto 2493 de 2004 Republica de Colombia):

1. Ausencia de respiración espontánea.
2. Pupilas persistentemente dilatadas.
3. Ausencia de reflejos pupilares a la luz.
4. Ausencia de reflejo corneano.
5. Ausencia de reflejos óculo vestibulares.
6. Ausencia de reflejo faríngeo o nauseoso.
7. Ausencia de reflejo tusígeno.

El diagnóstico de muerte encefálica no es procedente cuando en la persona exista cualquiera de las siguientes causas o condiciones que la simulan pero son reversibles:

1. Alteraciones tóxicas (exógenos).
2. Alteraciones metabólicas reversibles.
3. Alteración por medicamentos o sustancias depresoras del sistema nervioso central y relajante muscular.
4. Hipotermia.

Orden de No resucitar (ONR): es aquella orden mediante la cual un facultativo responsable contraindica las maniobras de resucitación cardiopulmonar ante una parada cardiorrespiratoria. La existencia de una ONR no supone por sí sola ni la modificación del tratamiento ni la negación del ingreso en la UCI.

**ACEPTACIÓN CLÍNICA DEL USUARIO
EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS**

Ortonasia: se define como muerte correcta, o muerte digna dentro del proceso natural de morir. En esta categoría se incluyen cuidados paliativos y sedación terminal o paliativa.

Paciente Crítico: paciente que se encuentra en fase aguda de una disfunción de uno o más órganos potencialmente recuperables, lo que pone en peligro su vida; no necesariamente se encuentra en una Unidad de Cuidados Intensivos.

Paciente terminal: es aquel paciente con una enfermedad aguda o crónica, avanzada, progresiva e incurable que no responde a ningún tratamiento médico. En esta categoría, dentro de su definición, se incluye paciente irrecuperable, paciente irreversible y en punto de no retorno.

Remisión: indicación en un escrito, del lugar y las razones por las cuales se desea trasladar a un paciente de un servicio a otro.

Traslado: llevar a un paciente de un lugar a otro, cumpliendo las normas para ello.

Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y Unidad de Cuidados Intermedios: Son servicios para la atención de pacientes, críticamente enfermos, recuperables, con disponibilidad permanente de personal médico especializado; personal paramédico con adiestramiento en cuidados intensivos y equipos de ayuda diagnóstica y de complementación terapéutica. Contando la UCI con mayor grado, intensidad y frecuencia de monitoreo e intervención.

5. ENTRADAS

INSUMOS	PROVEEDORES	CONDICIONES
Solicitud de ingreso de un usuario al servicio de UCI.	Servicios Asistenciales, Centro Regulador, EPS, IPS	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitud de ingreso al servicio realizada a través de llamada telefónica. - Solicitudes de ingreso al servicio por correo electrónico. - Usuario en estado crítico o sometido a RCCP (Reanimación Cerebro Cardio Pulmonar).
Solicitud para evaluación de un usuario por médico intensivista.	Servicios Asistenciales	<ul style="list-style-type: none"> - Usuario que a criterio del médico tratante requiere evaluación de médico intensivista para establecer si reúne los criterios de ingreso a la unidad. - Usuario en estado crítico o sometido a RCCP (Reanimación Cerebro Cardio Pulmonar).

6. CONTENIDO

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTROS
Valoración del usuario procedente de un servicio de la institución	Recibir llamada telefónica o solicitud directa de otro servicio de la institución requiriendo la valoración del usuario por médico intensivista para determinar la pertinencia clínica de la internación del usuario en el servicio de UCI.	Médico Intensivista	Registros en la Historia Clínica Electrónica
	Indagar al equipo de salud que solicita el traslado acerca del estado de salud del mismo paciente y determinar si requiere o no valoración previa para determinar el ingreso a la unidad. Requiere valoración previa: Realizar desplazamiento al servicio correspondiente para efectuar la respectiva evaluación física del usuario. No requiere valoración previa: Verificar la disponibilidad de cama, autorizar el ingreso del usuario a la unidad e informar al equipo de enfermería para el alistamiento de la cama y coordinación del traslado del usuario con el servicio de procedencia.	Médico Intensivista	
	Determinar si el usuario cumple con los criterios de ingreso a UCI de acuerdo con su patología, siguiendo los lineamientos que se encuentran en las Guías de Práctica Clínica y teniendo en cuenta el anexo "Criterios de Ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos." Cumple criterios de ingreso a UCI: Informar al médico tratante para que éste explique a la familia del usuario las condiciones del mismo y su necesidad de traslado a UCI. No cumple criterios de ingreso a UCI: Dar recomendaciones al Médico tratante del usuario para que se continúe con el tratamiento del mismo, dejando registro en la historia clínica de la intervención	Médico Intensivista	Historia Clínica Electrónica, Evolución médica (F_01_SI-5)




**ACEPTACIÓN CLÍNICA DEL USUARIO
EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS**

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTROS
	<p>realizada.</p> <p>Verificar la disponibilidad de camas y la especialidad o nivel de atención requerido.</p> <p>Se cuenta con la disponibilidad de camas, especialidad y nivel de atención requerido: Coordinar con el equipo de salud el traslado del usuario a la UCI.</p> <p>No se cuenta con la disponibilidad de camas, especialidad y nivel de atención requerido: Informar al médico tratante para que éste informe la situación al usuario y/o su familia y proceda a gestionar la remisión a otra institución.</p>	<p>Médico Intensivista</p>	<p>Historia Clínica Electrónica, Evolución médica (F_01_SI-5)</p>
<p>Valoración del usuario procedente de otra institución</p>	<p>Recibir llamada telefónica y/o correo electrónico del Centro Regulador informando la solicitud realizada por la institución externa para recibir el usuario en el servicio de UCI e identificar si hay disponibilidad de camas.</p> <p>Hay disponibilidad de camas: Continuar con la actividad siguiente.</p> <p>No hay disponibilidad de camas: Informar al centro regulador por correo electrónico y/o llamada telefónica la "No Disponibilidad de camas" para recibir al usuario.</p> <p>Nota: Cuando la llamada telefónica o correo electrónico se recibe directamente de la EPS, IPS (incluye Davita y Angiosur), el servicio de UCI debe realizar contacto o redireccionar al Centro Regulador para que se comente administrativamente el usuario.</p> <p>Leer y analizar la información clínica del paciente, contenida en los correos electrónicos (o comunicación telefónica) enviados por el Centro Regulador o EPS e IPS externas, para determinar si cumple con los Criterios de Ingreso a las Unidades UCI/UCE.</p>	<p>Médico Intensivista</p>	<p>Correo electrónico para regulación de pacientes y llamadas</p> <p>Correo electrónico para regulación de pacientes y llamadas</p>

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTROS
	<p>El usuario cumple criterios de ingreso a la unidad o es autorizado por el especialista de UCI: Informar la aceptación clínica del usuario al Centro Regulador y a la EPS o IPS externa a través de correo electrónico y/o llamada telefónica.</p> <p>Nota: Cuando la llamada telefónica o correo electrónico se responde directamente a la EPS, IPS (incluye Davita y Angiosur), el servicio de UCI debe redireccionarlos al Centro Regulador para que se continúe el trámite administrativo pertinente.</p> <p>El usuario No cumple criterios de ingreso a la unidad o No es autorizado por el especialista de UCI: Comunicar mediante correo electrónico o llamada telefónica al Centro Regulador y/o a las IPS externas, IPS, las razones de la no aceptación del usuario en la unidad y dar recomendaciones de manejo en caso de ser necesario.</p>		
	<p>Informar al (a los) Jefe(s) de Enfermería de la Unidad acerca de los usuarios clínicamente aceptados para que proceda(n) a verificar el alistamiento del cubículo, suficiencia de personal y recursos</p>	Médico Intensivista	
	<p>Recibir llamada o comunicación directa del médico del servicio de urgencias informando la llegada y el estado clínico del usuario y determinar si éste requiere ser evaluado previamente a su traslado a la Unidad.</p> <p>Requiere evaluación previa: Continuar con la actividad siguiente.</p> <p>No requiere evaluación previa: Autorizar el traslado del usuario a la unidad.</p> <p>Nota: Los usuarios de la Unidad Renal o de la Unidad de Hemodinamia pueden ser trasladados directamente a la UCI,</p>	Médico Intensivista	

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTROS
	<p>previa autorización del intensivista, en cuyo caso, la admisión podrá ser realizada en la unidad.</p> <p>Realizar desplazamiento al servicio de urgencias, evaluar al usuario y comunicar al médico de este servicio, al usuario y/o su familia la conducta a seguir, consignando en la historia clínica la evaluación realizada y la decisión tomada.</p> <p>El usuario requiere traslado al servicio de UCI: Continuar con la actividad "Coordinación del traslado del usuario a UCI".</p> <p>El usuario No requiere traslado al servicio de UCI: Dar recomendaciones al Médico del servicio de urgencias para que continúe con el manejo del usuario, dejando registro de la intervención realizada en la historia clínica.</p>	Médico Intensivista	Evolución médica (F_01_SI-5)
Coordinación del traslado del usuario a la UCI	<p>Informar al (a los) jefe(s) de enfermería de UCI sobre las condiciones y requerimientos de equipos para la admisión del usuario.</p>	Médico Intensivista	
	<p>Informar a la secretaria de sala del servicio de UCI la aceptación del usuario a la unidad para que proceda a solicitar autorización ante la aseguradora y realice los trámites administrativos pertinentes a la admisión.</p>	Enfermero Jefe de UCI	
	<p>Confirmar los siguientes datos con el Enfermero Jefe del servicio en el cual se encuentra el usuario:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre del usuario. - Documento de Identidad. - Sexo. - Edad. - Diagnóstico. - Necesidad de aislamiento y recomendaciones especiales (si aplican). 	Enfermero Jefe de UCI	
	<p>Comunicar al equipo de salud de turno el nuevo ingreso anunciado y la información</p>	Enfermero Jefe de UCI	

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTROS
	suministrada por el Enfermero Jefe del servicio de procedencia, incluyendo las recomendaciones que considere pertinentes.		
	Confirmar que el (la) auxiliar de enfermería que tiene asignada la unidad a ocupar y el (la) terapeuta respiratoria de turno hayan comprendido la información acerca del usuario a ingresar y las consideraciones especiales (cuando aplique), con el fin de que inicien el alistamiento de la unidad.	Enfermero Jefe de UCI	
	Verificar que la unidad se encuentre aseada y desinfectada conforme a los lineamientos de aseo y desinfección adoptados por la institución.	Enfermero Jefe de UCI	
	Verificar el correcto funcionamiento de los ventiladores cuando se esté realizando el alistamiento de la unidad, aplicando el formato "Control del estado de ventilador mecánico (F 01 UC-1)".	Terapeuta respiratoria	Control del estado de ventilador mecánico (F 01 UC-1)
	Informar al personal de enfermería del servicio de procedencia del usuario la asignación de la cama solicitada en UCI.	Enfermero Jefe de UCI	
	Informar al jefe de enfermería del servicio donde se encuentra el usuario cuando la unidad esté lista para que proceda al trasladarlo del mismo conforme al "Instructivo traslado interno de usuarios (IN_04_IT-1)" o el "Procedimiento traslado de usuarios en ambulancia (PR_07_UG-2)" si el traslado se debe realizar de una sede a otra.	Enfermero Jefe de UCI	
	Realizar contacto con el jefe de enfermería de turno del servicio de procedencia del usuario cuando se evidencien demoras en el traslado del usuario.	Enfermera y/o secretaria Administrativa de la UCI-UCE	


	Procedimiento	Código	PR_01_UC-1
	ACEPTACIÓN CLÍNICA DEL USUARIO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	Versión	4
		Página	9 de 19

7. SALIDAS

PRODUCTO O RESULTADO	CLIENTES	REQUISITOS
Usuario aceptado en el servicio de UCI.	Usuario y su familia, Servicios asistenciales, Centro regulador, instituciones externas	<ul style="list-style-type: none"> - Usuario comentado al médico intensivista de turno. - Cumplimiento de los criterios de ingreso del usuario a la unidad de cuidados intensivos.

8. ADVERTENCIAS Y RECOMENDACIONES

- Es responsabilidad del Equipo de Salud incorporar durante las diferentes actividades asistenciales el cumplimiento de los derechos y deberes del usuario, darlos a conocer al usuario y su familia y asegurarse de que estos los comprendan, registrando en la historia clínica la actividad realizada.
- Si el usuario es un menor de edad o adulto con problemas mentales o dificultades para entender o decidir frente a su enfermedad y tratamiento, tal responsabilidad la asume la persona que lo representa.
- El cliente interno está en la obligación de informar al usuario y su familia los canales de comunicación existentes en la institución para que exprese sus quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones y explicar la importancia que tienen sus opiniones para el mejoramiento de la calidad de su atención.
- Tenga siempre presente que en el momento de la atención a un usuario no debe hacer comentarios refiriéndose a otros usuarios.
- Escuche con atención las dudas e inquietudes del usuario y su familia, aclare en lenguaje sencillo respetando sus opiniones creencias y costumbres, asegúrese que haya comprendido y repita si es necesario.
- Todo el personal que tenga que intervenir en la atención del usuario y su familia debe conservar las normas de Bioseguridad establecidas en la institución y orientar a éstos para que también las conserve.
- A la UCI ingresarán pacientes con edad igual o superior a 18 años que cumplan los criterios de admisión a la unidad, teniendo como prioridad los pacientes de la institución.
- En caso de que el paciente proceda de cirugía, el anestesiólogo deberá determinar la necesidad del ingreso a UCI en el periodo perioperatorio y se comunicará con el especialista de turno en la UCI para determinar su ingreso a la unidad.

	Procedimiento	Código	PR_01_UC-1
	ACEPTACIÓN CLÍNICA DEL USUARIO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	Versión	4
		Página	10 de 19

- En caso de que el paciente proceda de cirugía programada, el jefe de enfermería deberá informar y solicitar la cama al menos un día de antelación a la cirugía y verificar ANTES de iniciar el acto quirúrgico que la cama está reservada.
- Cuando no sea posible la admisión del paciente a la UCI, éste continuará bajo la responsabilidad del especialista tratante, quien deberá determinar la necesidad de una remisión hacia otra institución y activar los mecanismos para garantizar que dicho traslado se cumpla según los lineamientos definidos por la institución.
- La decisión definitiva de aceptación del paciente en UCI se hará de acuerdo con los criterios de ingreso mencionados en el anexo, siempre en cabeza del intensivista de turno y, en caso de no existir acuerdo con el médico solicitante, deberá hacerse una evaluación conjunta para analizar las causas de la diferencia, solicitando la opinión de otros especialistas de ser necesario.
- El traslado interno hasta la UCI deberá ser asumido por el servicio remitente y debe cumplir con todos los requerimientos propios del mismo.
- Siempre que se valore un usuario se deberá dejar en la historia la constancia de la conclusión a la que se llegue e informarle a los familiares y/o al paciente la decisión final.

9. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

CÓDIGO	NOMBRE
Resolución 1216 de 2015 expedida por el Ministerio de Salud y protección Social	Por medio de la cual se da cumplimiento a la orden cuarta de la sentencia T-970 de 2014 de la Honorable Corte Constitucional en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los Comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad.
MN_02_PE-3	Manual de Buen Gobierno.
IN_04_IT-1	Instructivo traslado interno de usuarios.
PR_07_UG-2	Procedimiento traslado de usuarios en ambulancia.
No aplica.	Acta Colombiana de Cuidado Intensivo. Criterios de ingreso a UCI e intermedios. Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. Vol 9 suplemento 3 / Diciembre de 2009.
MN_01_GL-3	Manual de aseo y desinfección Hospitalaria
MN_01_GL-2	Plan de Gestión Integral de Residuos Asociados a la Atención en Salud PEGIRASA
MN_03_GH-5	Manual de Bioseguridad



Procedimiento	Código	PR_01_UC-1
	ACEPTACIÓN CLÍNICA DEL USUARIO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	
	Versión	4
	Página	11 de 19


PT_01_AD-1	Bioseguridad y Manejo de Desechos en Servicio Transfusional
MN_03_GC-8	Precauciones de Aislamiento

10. CAMBIOS

FECHA	NATURALEZA DEL CAMBIO	SOLICITANTE
21-10-2010	Actualización de procedimiento.	Marco González Agudelo – Director de Unidad de Cuidados Intensivos y Especiales
05-10-2015	Actualización del procedimiento “admisión e ingreso del usuario a las unidades (PR_01_UC-1)” conforme a la nueva estructura documental adoptada por la institución, lo que implicó la desagregación del mismo.	Gerardo Gómez Adarme – Coordinador de UCI
05-08-2019	Actualización del procedimiento “admisión e ingreso del usuario a las unidades (PR_01_UC-1)” conforme a la nueva estructura documental adoptada por la institución.	Gerardo Gómez Adarme – Coordinador de UCI

11. ANEXOS

CÓDIGO	NOMBRE
Anexo 1	Criterios de Ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos.
F_01_UC-1	Control del estado de ventilador mecánico

	Procedimiento	Código	PR_01_UC-1
	ACEPTACIÓN CLÍNICA DEL USUARIO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	Versión	4
		Página	12 de 19

ANEXO 1

CRITERIOS DE INGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

1. Atención a personas con patologías contempladas en los Artículos 28 y 29 de la Resolución 5261 de 1994. Aunque tiene respaldo legal, debe ser aplicado con cuidado pues tiene limitaciones técnicas y es inconsistente en algunas consideraciones.
2. Ausencia de uno de los estados clínicos relacionados en el Artículo 30 de la Resolución mencionada. Sin embargo, existen estados terminales en los cuales sería inhumano y antiético negarles la atención en UCI si la requiere por la patología crónica o por enfermedades agudas asociadas potencialmente reversibles.
3. Atención de pacientes inestables o con alteraciones críticas de sistemas vitales y que no se resuelven en forma definitiva y pueden comprometer la vida o la salud de los pacientes.

Bajo cualquier circunstancia es necesario plantear que el intensivista, con soporte en la historia clínica, debe tomar parte activa y determinante en la definición del ingreso de un enfermo a las unidades de cuidado intensivo o intermedio. Es importante en lo posible la valoración en base a indicadores de morbimortalidad o usados y aceptados para el paciente crítico: APACHE II; TISS; SOFA.

Modelo de prioridades

Prioridad 1: Pacientes inestables, necesitan tratamiento y monitoreo intensivo imposibles de proveer fuera de la UCI (drogas vasoactivas, ventilación mecánica). Estos pacientes no tienen límites en la extensión de la terapia que han de recibir. Ejemplo: choque agudo, falla respiratoria aguda, POP inestable.

Prioridad 2: Pacientes inestables, requieren monitoreo intensivo y potencialmente intervención inmediata. No hay límites para la atención. Ejemplo: Enfermedad previa que desarrolla evento médico o quirúrgico agudo.

Prioridad 3: Pacientes críticos, inestables, con poca posibilidad de recuperación por la enfermedad subyacente o la naturaleza de la enfermedad aguda. Pueden ingresar a UCI, con limitaciones en la terapéutica empleada, tales como no intubación o no reanimación. Ejemplo: malignidad metastásica complicada por obstrucción aguda de vía aérea o infección o taponamiento cardiaco.

Prioridad 4: Pacientes inapropiados para ingreso a UCI. En caso de ser admitidos, será en circunstancias inusuales, administrativas, individualizando el caso y a discreción del intensivista. Son de dos categorías: poco o ningún beneficio (demasiado bien para estar en UCI) o terminales con muerte inminente (Ejemplo: muerte cerebral en NO donante de órganos, falla orgánica múltiple irreversible, cáncer metastásico refractario a



**ACEPTACIÓN CLÍNICA DEL USUARIO
EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS**

quimioterapia, estado vegetativo persistente, rechazo voluntario de UCI, daño cerebral severo irreversible).

Criterios clínicos

- **De orden cardiovascular**

- a) Pulso menor de 40 ó mayor de 150 pulsaciones por minuto.
- b) Presión arterial sistólica menor de 80 mm Hg, o 20 mm Hg por debajo de la presión usual del enfermo.
- c) Presión arterial media menor de 60 mm Hg.
- d) Presión arterial diastólica mayor de 120 mm Hg.

- **De orden respiratorio**

- a) Signos de insuficiencia respiratoria aguda como polipnea mayor de 35 por minuto, cianosis (central o periférica) y trabajo respiratorio (uso de músculos accesorios, respiración paradójica, aleteo nasal).
- b) Presión arterial de oxígeno/fracción inspirada de oxígeno menor de 200.

- **De orden neurológico**

- a) Estado de coma, con excepción de los casos clínicos en los que hay diagnóstico, previo al ingreso a la UCI, de muerte cerebral (hecho en el servicio de urgencias).
- b) Estatus convulsivo.
- c) Hemorragia intracerebral, contusión o hemorragia subaracnoidea con alteración del estado mental o con signos neurológicos focales.


- **De orden renal y metabólico**

Para estos sistemas se debe considerar, en términos generales, el cambio agudo de los siguientes parámetros:

- a) Sodio menor de 110 ó mayor de 170 meq/lt.
- b) Potasio sérico menor de 2 ó mayor de 7 meq/lt.66
- c) pH menor de 7.1 ó mayor de 7.7.
- d) Glicemia mayor de 800 mg/dl.
- e) Calcio sérico mayor de 15 meq/lt.
- f) Necesidad aguda de terapia de remplazo renal.
- g) Acidosis metabólica con BE > 15.

- **De otros órdenes**

Enfermos en postoperatorio que requieran monitoria invasiva o ventilación mecánica, a quienes, por razón de sus condiciones clínicas, no se les puede extubar en sala de Anestesia. Ejemplo: cirugía cardiovascular, neurocirugía (craniectomía, terapia endovascular o cirugía compleja de columna), cirugía de tórax, cirugía abdominal compleja, etc.

	Procedimiento	Código	PR_01_UC-1
	ACEPTACIÓN CLÍNICA DEL USUARIO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	Versión	4
		Página	14 de 19

4. Implantación y manejo de por lo menos una línea invasiva. Existe acuerdo en que pacientes que requieren balón de contrapulsación aórtico, catéter de arteria pulmonar, presión intracraneana o línea arterial deben considerarse como de cuidado intensivo. Sin embargo, un paciente que requiera un catéter central, *per se*, no cataloga al servicio como UCI si el problema se puede manejar en intermedio.
5. Uso de inotrópicos o de vasoactivos para el manejo de los problemas cardiovasculares o hemodinámicos. Lógicamente, la ausencia de estos no descarta *per se* que el servicio sea UCI.
6. Vigilancia de cuidado intensivo en cuanto a la atención de enfermería, lo que significa que el monitoreo de signos vitales y de otros parámetros de importancia para el manejo del enfermo, debe hacerse cada hora.
7. Soporte por terapia respiratoria en forma continua o muy frecuente (por lo menos cada dos horas), condición que, por ello mismo, determina que la vida o la salud del enfermo peligre si no recibe este tipo de asistencia.

Más que un criterio individual, son el contexto clínico y el criterio médico los que determinan que la atención sea intensiva o no.

MODELO DE DIAGNÓSTICOS

Esta es una guía para orientar prioridades sobre qué tipo de pacientes pueden requerir monitoreo invasivo y/o manejo y tratamiento en medicina crítica. Es necesario integrarlo al modelo de prioridades.

- **Orden cardiovascular**
 - Pacientes con infarto agudo del miocardio complicado.
 - Pacientes con cor-pulmonar agudo.
 - Pacientes con reinfarto complicado.
 - Pacientes con cuadro clínico de angina inestable.
 - Pacientes con bloqueo A.V. completo.
 - Pacientes con bloqueo A.V. II grado tipo Mobitz II.
 - Pacientes con extrasistolia ventricular multifocal.
 - Pacientes con enfermedad del nódulo sinusal, «síndrome de taquibradiarritmia».
 - Pacientes para cardio versión y/o desfibrilación.
 - Pacientes con franca inestabilidad hemodinámica.
 - Pacientes con cardiomiopatías congestivas de difícil manejo, bajo gasto cardíaco y/o falla de bomba.
 - Pacientes con shock séptico, cardiogénico, hipovolémico y/o neurogénico.
 - Pacientes que presenten posibilidad de recuperación según valoración conjunta con el médico tratante y/o grupo de especialistas.

**ACEPTACIÓN CLÍNICA DEL USUARIO
EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS**

- Pacientes con falla ventricular izquierda aguda.
- Pacientes postcirugía cardiovascular.
- Pacientes post-reanimación cardiopulmonar hemodinámicamente inestables, sometidos a dichas maniobras en áreas distintas a cuidado intensivo.


- **Orden neurológico**
 - Pacientes con enfermedades neurológicas del tipo polirradículo neuromielopatías agudas de cualquier etiología, cuando exista compromiso de la función respiratoria.
 - Pacientes con porfiria aguda (PIA) con compromiso hemodinámico.
 - Pacientes con cuadro de edema cerebral post-trauma con signos de riesgo, tales como inconsciencia, deterioro de su cuadro neurológico en forma progresiva o empeoramiento de sus signos vitales y que no presenten signos de muerte cerebral.
 - Pacientes con status convulsivo, al cual se considere necesaria la asistencia ventilatoria.
 - Accidentes cerebro vasculares hemorrágicos y oclusivos con signos de hipertensión endocraneana, edema cerebral y que a juicio del médico de la UCI, en relación con la historia clínica, edad, estado cardiovascular, complicaciones y patologías concomitantes del paciente, ofrezca posibilidades para su recuperación.

- **Orden infeccioso**
 - Pacientes con cuadro clínico de tétanos.
 - Shock séptico de cualquier etiología.
 - Pacientes con hipertermia maligna.
 - Pacientes con leucemias agudas que requieran asistencia ventilatoria.

- **Orden neumológico**
 - Pacientes con síndrome de dificultad respiratoria aguda severa de cualquier etiología que requieran asistencia ventilatoria.

- **Tóxicos**
 - Pacientes intoxicados que requieran asistencia ventilatoria.

- **Metabólicos**
 - Trastornos metabólicos severos que requieran asistencia ventilatoria.
 - Los pacientes en cetoacidosis diabética y/o estados hiperosmolares, deberán ser manejados en principio en el servicio de medicina interna según normas convencionales.

	Procedimiento	Código	PR_01_UC-1
	ACEPTACIÓN CLÍNICA DEL USUARIO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	Versión	4
		Página	16 de 19

NO SE ADMITIRÁN EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO LOS SIGUIENTES CASOS CLÍNICOS:

- Pacientes en estado terminal de cualquier etiología.
- Pacientes politraumatizados mientras no se haya definido la conducta quirúrgica o neuroquirúrgica.
- Pacientes con signos de muerte cerebral no donante.

I. Indicaciones fisiológicas

- TAS < 90 mmHg y/o caída de la PAS >20 mmHg después de 1.000 ml de líquidos.
- Necesidad de inotrópicos para mantener presión arterial o perfusión tisular.
- PAD > 120 mmHg y uno de los siguientes:
 - o Edema pulmonar
 - o Encefalopatía hipertensiva
 - o Disección aórtica
 - o Isquemia miocárdica aguda
 - o Toxemia
- Hemorragia subaracnoidea (diastólica > 100 mmHg)
- Taquicardia sinusal
 - >130/min (<50 años)
 - >120/min (>50 años)
- Frecuencia respiratoria > 30 min.
- PaO₂ < 55 mmHg con FiO₂ > 40%
- pH arterial < 7.20 (cetoacidosis < 7.10)
- Temperatura < 35°C
- Hiperpotasemia, con K > 6 meq/L
- Score de Coma de Glasgow < 12 después de:
 - o Trauma craneano
 - o Convulsiones
 - o Alteraciones metabólicas
 - o Hemorragia subaracnoidea
 - o Sobredosis de droga

Se excluyen accidentes cerebrovasculares

II. Indicaciones por patología

Nota: estas indicaciones son asociadas a las fisiológicas.

- Neumonía en un factor fisiológico o dos de los siguientes:
 - o Leucocitos >30.000 o < 4.000 mm³
 - o BUN > 20 mg/dl
 - o PaO₂ < 60 mm Hg (aire ambiente)
 - o Compromiso multilobar



**ACEPTACIÓN CLÍNICA DEL USUARIO
EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS**

- o Plaquetas < 80.000
- o Confusión
- o Asma
- o Dificultad para hablar
- o Alteración de conciencia
- o FEV1 y/o FEP < 40% del predicho
- o Pulso paradójico > 18 mm Hg
- o Neumotórax o neumomediastino
- o PaO2 < 65 mm Hg con 40% O2
- o PaCO2 > 40 mm Hg
- o EPOC
- o pH < 7.25
- o Alteración de conciencia
- Neumotórax o Neumomediastino
- Paciente fatigado
- Isquemia miocárdica
- Angina inestable
- Todo IAM

Sangrado digestivo

- Sangrado persistente o resangrado
- Inestable termodinámicamente
- PAS < 100 mm Hg o PAM < 60 mm Hg
- Uso de presores
- Hipotensión postural con caída de la PAS > 20 mmHg postbolo de 1.000 ml
- Sangrado masivo: pérdida de 30% o más de la volemia o que requiere más de seis unidades de sangre en 24 horas

Pancreatitis

- Tres o más criterios de Ranson
- APACHE II > 7
- Ajuste fino preoperatorio
 - o IAM seis meses antes
 - o Cirugía mayor no-cardíaca en paciente clase funcional III o IV
 - o Cirugía mayor no-cardíaca y fracción de eyección < 35%
 - o Cirugía mayor vascular
- Cuidado postoperatorio
 - o IAM seis meses antes
 - o Cirugía mayor no-cardíaca en paciente clase funcional III ó IV
 - o Cirugía mayor no-cardíaca y fracción de eyección < 35%
 - o Cirugía mayor vascular
 - o Cirugía cardiorácica mayor

**ACEPTACIÓN CLÍNICA DEL USUARIO
EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS**

- EPOC con VEF1 preoperatorio < 2L y/o PaCO₂ > 45 mm Hg
- Obesidad mórbida
- Trauma
- Politrauma mayor
- Trauma torácico mayor
- Trauma craneano con escala de Glasgow < 12
- Quemaduras en adultos > 25% superficie corporal
- Quemaduras en niños > 20% superficie corporal
- Lesiones eléctricas
- Lesiones por inhalación



Procedimiento
**ACEPTACIÓN CLÍNICA DEL USUARIO
 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
 INTENSIVOS**

Código	PR_01_UC-1
Versión	4
Página	19 de 19

ANEXO 2

	Formato	Código	F_01_UC-1
	CONTROL DEL ESTADO DE VENTILADOR MECÁNICO	Versión	2
		Fecha	2018-10-01

VENTILADOR (SERIAL)	MES	DÍA																															OBSERVACIONES					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31						
CHEQUEO PREVIO																																						
AUTOTEST LARGO																																						
SISTEMA:																																						
VÁLVULA DE ESPIRACIÓN																																						
SENSOR DE FLUJO																																						
FUNCIÓN:																																						
HUMIDIFICADOR																																						
SISTEMA DE TUBULADURAS																																						
VÁLVULA DE CONMUTACIÓN AIRE - O2																																						
VÁLVULA DE SEGURIDAD																																						
ALIMENTACIÓN DE GAS																																						
ALARMA AUXILIAR																																						
CHEQUEO DE LED																																						
PRUEBA DE ESTANQUEIDAD																																						
SENSORES:																																						
CALIBRACIÓN DE SENSOR DE FLUJO																																						
CALIBRACIÓN DE SENSOR DE O2																																						
AUTOTEST CORTO																																						
SENSOR DE FLUJO																																						
SENSOR DE O2																																						
OTROS																																						
TIPO DE CIRCUITO																																						
ESTADO DE LOS FILTROS																																						
ESTADO DE LAS BATERIAS																																						
LIMPIEZA DEL EQUIPO																																						
MANTENIMIENTO																																						
REPORTE A ING. BIOMÉDICA																																						
MANTENIMIENTO CORRECTIVO																																						
MANTENIMIENTO PREVENTIVO																																						
FIRMA DEL RESPONSABLE																																						

CONVENCIONES	MARQUE "V" SI FUNCIONA BIEN O ESTÁ EN BUEN ESTADO. SI NO LO ESTÁ, MARQUE "X".
	EN LAS CASILLAS PARA "TIPO DE CIRCUITO" MARQUE "A" SI ES CIRCUITO DE ANESTESIA O "S" SI ES CIRCUITO SILICONADO.