



Asesoría Jurídica

Mat.: Aprueba "Criterios de ingreso y egreso a la unidad de paciente crítico médico quirúrgico".

102013290922

Resolución Exenta N° _____ /

Santiago.

VISTOS, Lo dispuesto en:

1. El Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2.763, de 1979, y de las leyes N°s. 18.933 y 18.469;
2. El Decreto con Fuerza de Ley N° 1/19.653, de 2001, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado;
3. La Ley N°19.880, sobre Bases de los Procedimientos Administrativos de los Órganos del Estado;
4. El Decreto Supremo N°35, de 2012, del Ministerio de Salud; Subsecretaría de Salud Pública, que aprueba el Reglamento Sobre el Procedimiento de Reclamo de la Ley N°20.584;
5. Los Decretos Supremos N°140 y N°38, de 2004 y 2005, respectivamente, ambos del Ministerio de Salud; sobre Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud y Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red, respectivamente;
6. La Resolución N°7 de 2019 y N°16 de 2020 de la Contraloría General de la República;
7. La Resolución Exenta N°506, de fecha 20 de abril de 2022, del Servicio de Salud Metropolitano Central, que establece el orden de subrogancia en el cargo de Director del Hospital de Urgencia Asistencia Pública;

CONSIDERANDO

- a) Que, las demandas de servicios médicos tales como la medicina crítica son probablemente los que más a menudo exceden la disponibilidad de recursos.



En el contexto de estas limitadas condiciones, las instituciones y el personal de salud responsable de estas atenciones se ven obligados a usar algunas definiciones técnicas así como éticas para distribuir equitativa y eficientemente los recursos disponibles.

b) Que, la mayoría de los médicos opinan que los beneficios que otorgan las unidades de cuidados intensivos deberían ser reservadas para aquellos pacientes que poseen condiciones médicas reversibles, es decir, que tienen una “perspectiva razonable de recuperación”.

c) Que, el concepto de agrupar a los pacientes de acuerdo a la severidad de la enfermedad que los aqueja existe desde hace por los menos 100 años. Sin embargo, esto no fue aceptado hasta el nacimiento de las primeras unidades de quemados y los centros de trauma de la década de los 40.

d) Que, el estímulo para este cambio fue inicialmente de tipo administrativo, ya que el cuidado de los pacientes podía ser hecho más eficientemente agrupando al personal especializado y los equipos adecuados en un recinto apropiado. En 1983, la primera conferencia de consenso sobre medicina crítica condujo al National Institute of Health a señalar que la práctica clínica ha conducido a expandir las indicaciones de admisión a las unidades de pacientes críticos.

e) Que, a medida que las demandas aumentan, la capacidad de satisfacerlas se restringen debido al inadecuado reembolso, al crecimiento de las restricciones en los cuidados en salud, y a la falta de personal. Por este motivo, cada vez toma mayor importancia el definir claramente los criterios de ingreso, alta y triage en estas unidades.

f) Que, en este Protocolo se establece como objetivo específico:

i. Establecer un documento de carácter institucional, una guía que unifique los criterios de ingreso y egreso de pacientes hacia o desde la UPC del HUAP, permitiendo otorgar equidad, oportunidad y seguridad de la atención a los usuarios, como a su vez un mejor aprovechamiento de los recursos humanos y tecnológicos.

ii. Establecer criterios clínicos de ingreso y egreso de pacientes a UPC HUAP.

iii. Definir responsables durante todo el proceso.



g) Que, de conformidad con lo anterior, en el ejercicio de lo dispuesto en el artículo 23 letra c) del Decreto Supremo N°38. De 2005, del Ministerio de Salud, que contiene el Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red, según el cual le corresponde al Director organizar internamente el Establecimiento Autogestionado y asignar las tareas correspondientes, con el fin de atender las necesidades públicas o colectivas de una manera regular, continua y permanente, como lo ordenan los artículos 3° y 28 de la Ley N°18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, y con la finalidad de establecer la *cuarta versión* del “*Criterios de ingreso y egreso a la unidad de paciente critico médico quirúrgico*”, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

I. APRUÉBANSE la *cuarta versión* del “*Criterios de ingreso y egreso a la unidad de paciente critico médico quirúrgico*”, que es del siguiente tenor:

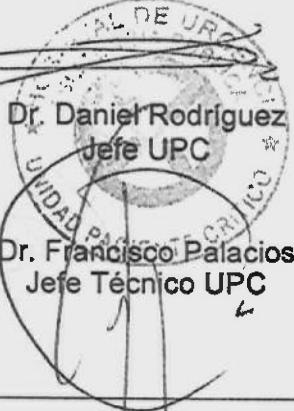
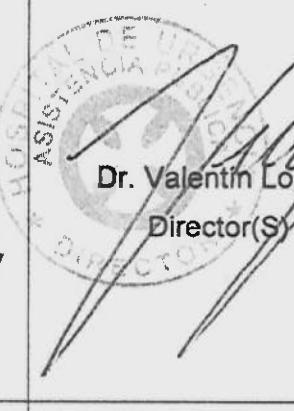


12 SEP 2022

 Servicio de Salud Metropolitano Central Ministerio de Salud	CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A LA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO MÉDICO QUIRÚRGICO			
	VERSIÓN 4	FECHA 08/2022	VIGENCIA 5 años	Nº PÁGINAS 20



CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A LA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO MÉDICO QUIRÚRGICO

Actualizado Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
 Dr. Daniel Rodríguez Jefe UPC	 Dr. Rubén Nissin Subdirector de Gestión Clínica	 Dr. Valentín López Director(S)
Fecha: Junio 2022	Fecha: Agosto 2022	Fecha: Agosto 2022



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Versión: 04
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	
	UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS	Fecha: 08/2022 Vigencia: 5 años
	CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A LA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO MÉDICO QUIRÚRGICO	Página 2 de 20

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	3
II. OBJETIVOS	4
III. ALCANCE	4
IV. DEFINICIONES	4
V. RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN	5
VI. DESARROLLO DEL PROCESO	5
VII. DISTRIBUCIÓN	19
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Versión: 04
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	
	UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS	Fecha: 08/2022 Vigencia: 5 años
	CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A LA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO MÉDICO QUIRÚRGICO	Página 3 de 20

I. INTRODUCCIÓN:

Las demandas de servicios médicos tales como la medicina crítica son probablemente los que más a menudo exceden la disponibilidad de recursos. En el contexto de estas limitadas condiciones, las instituciones y el personal de salud responsable de estas atenciones se ven obligados a usar algunas definiciones técnicas así como éticas para distribuir equitativa y eficientemente los recursos disponibles.

La mayoría de los médicos opinan que los beneficios que otorgan las unidades de cuidados intensivos deberían ser reservadas para aquellos pacientes que poseen condiciones médicas reversibles, es decir, que tienen una "perspectiva razonable de recuperación".

El concepto de agrupar a los pacientes de acuerdo a la severidad de la enfermedad que los aqueja existe desde hace por lo menos 100 años. Sin embargo, esto no fue aceptado hasta el nacimiento de las primeras unidades de quemados y los centros de trauma en la década de los 40. El estímulo para este cambio fue inicialmente de tipo administrativo, ya que el cuidado de los pacientes podía ser hecho más eficientemente agrupando al personal especializado y los equipos adecuados en un recinto apropiado. En 1983, la primera conferencia de consenso sobre medicina crítica condujo al National Institute of Health a señalar que la práctica clínica ha conducido a expandir las indicaciones de admisión a las unidades de pacientes críticos.

A medida que las demandas aumentan, la capacidad de satisfacerlas se restringen debido al inadecuado reembolso, al crecimiento de las restricciones en los cuidados en salud y a la falta de personal. Por este motivo, cada vez toma mayor importancia el definir claramente los criterios de ingreso, alta y triage en estas unidades.



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Versión: 04
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	
	UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS	Fecha: 08/2022 Vigencia: 5 años
	CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A LA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO MÉDICO QUIRÚRGICO	Página 4 de 20

II. OBJETIVOS:

General:

- Establecer en un documento de carácter institucional, una guía que unifique los criterios de ingreso y egreso de pacientes hacia o desde la UPC del HUAP, permitiendo otorgar equidad, oportunidad y seguridad de la atención a los usuarios, como a su vez un mejor aprovechamiento de los recursos humanos y tecnológicos.

Específicos:

- Establecer criterios clínicos de ingreso y egreso de pacientes a UPC HUAP
- Definir responsables durante todo el proceso.

III. ALCANCE

- Esta guía está dirigida a todas las Unidades y/o Servicios del HUAP, tanto críticos, como no críticos que otorguen atención de salud a pacientes. Se excluyen en este proceso los servicios de apoyo.

IV. DEFINICIONES:

- **Ingreso de paciente:** Procedimiento técnico administrativo que tiene por objetivo hospitalizar al paciente en un determinado servicio.
- **Egreso de paciente:** Procedimiento técnico administrativo que se efectúan cuando el paciente abandona el hospital de acuerdo al tipo de egreso (mejoría, curación, máximo beneficio, traslado, alta voluntaria, defunción).
- **Criterios de ingreso:** Conjunto de características previamente definidas, que al cumplir, otorgan la condición de inclusión, si no cumple queda excluido.
- **Criterios de ingreso a UPC:** Conjunto de características, respecto al estado de salud de un paciente que debe cumplir para ser ingresado en la UPCA.
- **Unidad de Pacientes Críticos (UPC):** Estructura que reúne a la Unidad de Cuidados Intensivos y Unidad de Cuidado Intermedio de un establecimiento bajo una organización y dependencia común.
- **Unidad de Cuidados Intensivos (UCI):** Es aquella dependencia hospitalaria destinada a proporcionar cuidados médico y de enfermería permanente y oportuno a pacientes críticos inestables. Se caracteriza por contar con residencia médica permanente, así como tecnología de alta complejidad, solamente disponibles en estas unidades.



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Versión: 04
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	
	UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS	Fecha: 08/2022 Vigencia: 5 años
	CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A LA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO MÉDICO QUIRÚRGICO	Página 5 de 20

- **Unidad de Tratamiento Intermedio (UTI):** Es aquella dependencia del hospital destinada al manejo de pacientes críticos estables que requieren para su cuidado de monitoreo no invasivo, vigilancia y manejo de enfermería permanente además de cuidados médicos. En los hospitales de mayor complejidad formaran parte de la Unidad de Paciente Crítico.
- **Médico de Servicio no Crítico (MSNC):** Profesional médico a cargo de pacientes en los Servicios de Medicina, Cirugía, Traumatología, Médico Quirúrgico, Pabellón y Unidad de Emergencia.
- **Médico Residente de UPC (MUPC):** Profesional médico a cargo de paciente en las unidades de UCI y/o UTI.

V. RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN:

- Jefaturas de Servicio: Responsables de supervisar el cumplimiento de este protocolo.
- Médicos Residentes de UPC: Responsables de definir ingresos y egresos de UPC según criterios señalados en este protocolo.
- Médicos de Servicio no Crítico: Responsables de hacer la solicitud de evaluación de paciente beneficiario de ingreso a UCI, según los criterios establecidos en este protocolo.
- Enfermeros Gestores de Camas Críticas: Responsables de informar y coordinar los traslados entre distintas unidades hacia y desde las UPC.
- Enfermeros UPC: Responsables de recibir al paciente, preparar la unidad y facilitar los procesos clínicos de cuidado del enfermo.
- Enfermero de Servicio no Crítico: Responsable de informar condición clínica del paciente, así como los dispositivos y fármacos que está recibiendo al Enfermero de UPC y del posterior traslado del paciente hacia UPC.
- TENS: Responsables de recibir al paciente, preparar la unidad y apoyo en los procesos clínicos de cuidado del enfermo.

VI. DESARROLLO DEL PROCESO:

En el HUAP, el primer paso a considerar para efectos de este protocolo, será desarrollar un mecanismo confiable que sea capaz de distinguir a aquellos pacientes que se beneficiarán de ingresar a UPC de aquellos que no lo harán.

El estado de salud de los pacientes, es el criterio más importante para determinar el acceso a estas unidades, por sobre otras consideraciones como las económicas y



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Versión: 04
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	
	UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS	Fecha: 08/2022 Vigencia: 5 años
	CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A LA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO MÉDICO QUIRÚRGICO	Página 6 de 20

legales, que si bien también son de importancia, son a todo evento secundarias. Por lo tanto, las primeras preguntas a responder por los Médicos de las Unidades Críticas antes de definir el ingreso deberían ser:

1. ¿Es diferente el resultado en aquellos pacientes de bajo riesgo, que ingresan a la UPC, de aquellos que se rechazan y que son tratados en unidades alternativas?
2. Si no hay diferencias en este grupo, ¿Qué punto en la escala de gravedad utilizada al ingreso hace la diferencia?
3. ¿Pueden los pacientes con una posibilidad de 0% de sobrevida ser identificados antes del ingreso y ser tratados en unidades de cuidados especiales para pacientes terminales?

Otras determinantes de admisión, tales como disponibilidad de camas, recursos humanos y técnicos, consideraciones éticas, morales y económicas o capacidad de la UPC de prestar servicios clínicos con un adecuado estándar de calidad, deben ser tratadas en cada caso particular con el paciente, cuando sea posible, o con la familia y el médico de cabecera.

1) CRITERIOS DE INGRESO A LA UNIDAD DE INTENSIVO ADULTO

Hay dos condiciones en las que el manejo en UCI no ofrece beneficios sobre el cuidado convencional. Esto ocurre cuando los pacientes se encuentran ubicados en los extremos del espectro de riesgo vital, es decir, riesgo demasiado bajo o muy alto de muerte.

"Demasiado bien para beneficiarse"

"Demasiados enfermos para beneficiarse"

Estas interpretaciones están sujetas a diferencias en los criterios de admisión entre médicos e instituciones.

Existen instrumentos para evaluar la severidad y pronóstico de los pacientes críticos, los cuales sumados al juicio clínico representan la mejor manera disponible actualmente para determinar dichos parámetros. Sin embargo, estos instrumentos predictores han sido aplicados a pacientes que ya han sido admitidos en la UCI y no han sido probados como instrumentos de tamizaje pre admisión.

Sin embargo, como medida local se recomienda usar el APACHE II como criterio complementario, no se recomienda ingreso a la unidad de Intermedio HUAP, de pacientes con puntuación inferior o igual a 9 (prioridad 4.i) o bien aquellos que tengan



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Versión: 04
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	
	UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS	Fecha: 08/2022 Vigencia: 5 años
	CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A LA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO MÉDICO QUIRÚRGICO	Página 7 de 20

puntuación mayor a 19 (prioridad 4.ii). Los primeros deberían ir a sala de agudos y los que exceden 19 puntos, deberían ir a UCI o recibir tratamiento proporcional.

A. Criterios generales o Modelo de Priorización

Estos sistemas definen a la mayor parte de los pacientes que serán beneficiados con la atención en UPC (prioridad 1) y aquellos que no lo harán al ingresar a ella (prioridad 4).

Prioridad 1: Son pacientes inestables con necesidad de monitoreo y tratamiento intensivo que no puede ser entregado fuera de estas unidades. En estos pacientes generalmente no hay límites para la prolongación de la terapia que están recibiendo. Pueden incluir pacientes post-operados, con insuficiencia respiratoria que requieren soporte ventilatorio, que están en shock o inestabilidad circulatoria, que necesitan monitoreo invasivo y/o drogas vasoactivas.

Prioridad 2: Estos pacientes requieren monitoreo intensivo y potencialmente pueden necesitar una intervención inmediata y no se han estipulado límites terapéuticos. Por ejemplo pacientes con estados co-mórbidos quienes han desarrollado una enfermedad severa médica o quirúrgica.

Prioridad 3: Pacientes que pueden recibir tratamiento intensivo para aliviar su enfermedad aguda, sin embargo, se le puede colocar límite a los esfuerzos terapéuticos, tales como no intubar o no efectuar reanimación cardiopulmonar si la requirieran. Ejemplos: pacientes con enfermedades malignas metastásicas complicadas con infección, taponamiento cardíaco u obstrucción de la vía aérea.

Prioridad 4: Son pacientes no apropiados para cuidados en UCI. Estos deberían ser admitidos sobre una base individual, bajo circunstancias inusuales y bajo la supervisión del jefe de la unidad. Estos pacientes se pueden clasificar en las siguientes dos categorías:

- i. Pacientes que se beneficiarían poco de los cuidados brindados por una UPC, basados en un bajo riesgo de intervención activa que no podría ser administrada en forma segura en una unidad que no fuera una UPC (demasiado bien para beneficiarse), y que deben responder a la realidad local. Estos incluyen, por ejemplo, pacientes con cirugía vascular periférica, cetoacidosis hemodinámicamente estable, insuficiencia cardíaca congestiva leve, sobredosis de drogas sin alteración de conciencia, etc.



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Versión: 04
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	
	UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS	Fecha: 08/2022 Vigencia: 5 años
	CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A LA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO MÉDICO QUIRÚRGICO	Página 8 de 20

- ii. Pacientes con enfermedad terminal e irreversible que enfrentan un estado de muerte inminente (demasiado enfermos para beneficiarse). Por ejemplo: daño cerebral severo irreversible, falla multiorgánica irreversible, cáncer metastásico que no ha respondido a quimio y/o radioterapia (salvo que el paciente esté en un protocolo específico), pacientes capaces de tomar decisiones que rechazan el monitoreo invasivo y los cuidados intensivos por aquellos destinados solo al confort, muerte cerebral que no son potenciales donadores de órganos, pacientes que se encuentran en estado vegetativo persistente, etc.

B. Criterios específicos o Modelo por Diagnósticos

Este se basa en un listado de condiciones o enfermedades específicas que determinan admisiones apropiadas a las unidades de cuidados intensivos.

Sistema Cardiovascular

1. Infarto agudo de miocardio complicado.
2. Shock cardiogénico.
3. Arritmias complejas que requieren monitoreo continuo e intervención.
4. Insuficiencia cardíaca congestiva con falla respiratoria y/o que requieran soporte hemodinámico.
5. Emergencias hipertensivas.
6. Angina inestable con inestabilidad hemodinámica, disritmias o dolor torácico persistente.
7. Paro cardíaco reanimado
8. Taponamiento cardíaco o constricción con inestabilidad hemodinámica.
9. Aneurisma disecante de la aorta
10. Bloqueo AV completo u otro que requiera marcapasos.

Sistema Respiratorio

1. Insuficiencia respiratoria aguda que requiera soporte ventilatorio
2. Embolia pulmonar con inestabilidad hemodinámica
3. Pacientes en unidades de intermedio que inicien deterioro respiratorio
4. Necesidad de cuidados respiratorios de enfermería que no pueda brindarse en unidades de menor complejidad
5. Hemoptisis masiva
6. Falla respiratoria con intubación inminente
7. Obstrucción de la vía aérea postoperatoria



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Versión: 04
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	
	UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS	Fecha: 08/2022 Vigencia: 5 años
	CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A LA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO MÉDICO QUIRÚRGICO	Página 9 de 20

Desordenes Neurológicos

1. Accidente vascular cerebral con deterioro del estado de conciencia
2. Coma: metabólico, tóxico o anóxico.
3. Hemorragia intracraneal con riesgo potencial de herniación
4. Hemorragia subaracnoidea aguda
5. Meningitis con alteración del estado de conciencia o compromiso respiratorio
6. Afecciones del SNC o neuromusculares con deterioro del estado neurológico o de la función pulmonar
7. Estatus epilépticos
8. Muerte cerebral o muerte cerebral potencial quienes estén siendo agresivamente manejados mientras se determina su condición de donante
9. Vasoespasmo tratado
10. Injuria cerebral aguda severa (TEC)

Sobredosis de drogas

1. Ingestión de drogas con inestabilidad hemodinámica
2. Ingestión de drogas con alteración significativa del estado de conciencia
3. Ingestión de drogas con riesgo de aspiración pulmonar
4. Convulsiones post-ingesta de drogas

Desordenes gastrointestinales

1. Hemorragia digestiva masiva incluyendo hipotensión, angina, sangrado incoercible o la presencia de condiciones co-mórbidas
2. Falla hepática fulminante o subfulminante
3. Pancreatitis aguda severa
4. Perforación esofágica con o sin mediastinitis.

Sistema Endocrino

1. Cetoacidosis diabética con inestabilidad hemodinámica, alteración de conciencia, insuficiencia respiratoria, acidosis severa y alteraciones hidroelectrolíticas graves
2. Tormenta tiroidea o coma mixidematoso con inestabilidad hemodinámica
3. Estado hiperosmolar con coma o inestabilidad hemodinámica
4. Otras condiciones endocrinas como crisis adrenales con inestabilidad circulatoria
5. Hipercalcemia severa con alteración de conciencia y necesidad de monitoreo hemodinámico



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Versión: 04
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	
	UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS	Fecha: 08/2022 Vigencia: 5 años
	CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A LA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO MÉDICO QUIRÚRGICO	Página 10 de 20

6. Hiper o hiponatremia con convulsiones y alteración de la conciencia
7. Hiper o hipomagnesemia con compromiso hemodinámico, de conciencia, convulsiones y/o arritmias
8. Hiper o hipokaliemia con disritmias o debilidad muscular severa
9. Hipofosfatemia con debilidad muscular

Quirúrgicos

1. Pacientes postoperatorios con necesidad de monitoreo hemodinámico, soporte ventilatorio y cuidado de enfermería intensivo (drenajes, ostomías, etc.)

Misceláneas

1. Shock séptico
2. Monitoreo hemodinámico
3. Condiciones clínicas con altos requerimientos de cuidados de enfermería (por ej.: uso de ventilación mecánica no invasiva, etc.)
4. Injurias ambientales (radiación, ahogamiento, hipo- o hipertermia)
5. Terapias nuevas o experimentales con potenciales complicaciones (trombolisis de infartos cerebrales, tromboembolismo pulmonar, etc.)
6. Postoperatorio de transplantes (renal, hepático y pulmonar)
7. Cirugía en enfermedad pulmonar obstructiva crónica

C. Modelo por parámetros objetivos

Se han desarrollado, con el objetivo de estandarizar la atención de salud, protocolos de acreditación para ser aplicados en cada hospital en forma individual que incluyen: signos clínicos, parámetros de laboratorios e imagenológicos, como criterios de ingreso a unidades de cuidados críticos (MINSAL). Este proceso ha sido recientemente revisado y modificado sin embargo cada hospital tiene la obligación de continuar incorporando nuevos parámetros objetivos de acuerdo con el tipo de pacientes y patologías que son de mayor frecuencia según las circunstancias locales.

Los criterios que serán listados a continuación, mientras no se establezca un consenso, son arbitrarios, ya que no hay datos disponibles hasta la fecha que algún criterio o rango específico haya demostrado mejoría en los resultados.



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Versión: 04
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	
	UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS	Fecha: 08/2022 Vigencia: 5 años
	CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A LA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO MÉDICO QUIRÚRGICO	Página 11 de 20

Signos vitales

1. Pulso <40 o > 150 latidos por minuto (sostenido al menos por 30 minutos). Sin embargo dependerá de la etiología ej. bloqueo av, arritmias, sepsis concomitante el tiempo no se considera.
2. Presión arterial sistólica < 80 mmhg o 20 mmhg por debajo de la presión habitual del paciente.
3. Presión arterial media < 60 mmhg
4. Presión arterial diastólica > 120 mmhg
5. Frecuencia respiratoria >35 respiraciones por minuto

Valores de laboratorio

1. Sodio sérico <110 mEq/L ó > 170 mEq/L
2. Potasio sérico <2 mEq/L ó > 7 mEq/L
3. PaO₂<50mmHg(6.67kPa)
4. pH <7.1 ó >7.7
5. Glicemia>800mg/dl
6. Calcemia>15mg/dl
7. Niveles tóxicos de drogas u otra substancia química en un paciente con compromiso neurológico, circulatorio o respiratorio.

Imagenología

1. Hemorragia cerebrovascular, contusión, hemorragia subaracnoidea con alteración de la conciencia o focalidad neurológica
2. Ruptura de víscera, vejiga, hígado, várices esofágicas, útero, con inestabilidad circulatoria
3. Aneurisma disecante de la aorta

Electrocardiografía

1. Infarto del miocardio con arritmias complejas, inestabilidad hemodinámica o insuficiencia cardiaca congestiva
2. Arritmias supraventriculares con inestabilidad hemodinámica
3. Taquicardia ventricular sostenida o fibrilación ventricular
Bloqueo AV completo



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Versión: 04
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	
	UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS	Fecha: 08/2022 Vigencia: 5 años
	CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A LA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO MÉDICO QUIRÚRGICO	Página 12 de 20

Signos físicos de comienzo agudo

1. Anisocoria más alteración de conciencia
2. Quemaduras mayor al 10 % de la superficie corporal
3. Anuria
4. Obstrucción de la vía aérea
5. Coma
6. Status convulsivo
7. Cianosis
8. Taponamiento cardíaco

2) CRITERIOS DE INGRESO UNIDAD DE TRATAMIENTO INTERMEDIO:

A. Criterios generales o Modelo de Priorización:

Mismos criterios utilizados para ingreso a UCI.

B. Criterios específicos o Modelo por patología:

Sistema Respiratorio:

1. Paciente hemodinámicamente estable, con evidencia de compromiso de intercambio gaseoso y enfermedad subyacente, con potencial deterioro de su función ventilatoria y que requiere de observación frecuente y/o VMNI nasal u oral.
2. Paciente que requiere de monitorización frecuente de signos vitales o fisioterapia ventilatoria agresiva.

Desórdenes Neurológicos:

1. Paciente con accidente vascular establecido, que requiere evaluación neurológica frecuente, aspiración de secreciones y / o cambios de posición frecuentes.
2. Paciente con traumatismo cerebral agudo, con una puntuación de la escala de Coma de Glasgow > 9, pero que requiere monitorización frecuente de signos de deterioro neurológico.
3. Paciente neuroquirúrgico estable, que requiere drenaje ventricular externo.
4. Paciente estable con trauma raquímedular torácico o lumbar.
5. Paciente con desórdenes neurológicos crónicos estables, tales como desórdenes neuromusculares, que requiere frecuentes intervenciones de enfermería.



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Versión: 04
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	
	UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS	Fecha: 08/2022 Vigencia: 5 años
	CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A LA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO MÉDICO QUIRÚRGICO	Página 13 de 20

Ingestión de drogas y Sobredosis de drogas:

1. Paciente hemodinámicamente estable que requiere en forma frecuente, monitorización neurológica, ventilatoria o cardiaca, debido a ingestión o sobredosis de droga.

Desórdenes Gastrointestinales:

1. Sangramiento gastro-intestinal con hipotensión ortostática mínima, que responde a terapia de fluidos.
2. Sangramiento de várices, sin evidencia de sangre roja brillante en la aspiración gástrica y signos vitales estables.
3. Falla hepática aguda con signos vitales estables.

Endocrino:

1. Paciente con cetoacidosis diabética, que requiere infusión intravenosa constante de insulina o inyecciones frecuentes de insulina normal, durante la fase temprana de regulación, luego de la recuperación de una cetoacidosis diabética.
2. Estado hiperosmolar con resolución de coma.
3. Estado de tirotoxicosis, hipotiroideo, que requiera monitorización.

Quirúrgico:

1. Paciente postoperatorio de una cirugía mayor, hemodinámicamente estable, pero que puede requerir resucitación con fluidos y / o transfusión debido a pérdidas importantes.
2. Paciente postoperatorio que requiera monitorización hemodinámica y de enfermería durante las primeras 24 horas.



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Versión: 04
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	
	UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS	Fecha: 08/2022 Vigencia: 5 años
	CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A LA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO MÉDICO QUIRÚRGICO	Página 14 de 20

C. Modelo por parámetros objetivos

Mismos parámetros establecidos para ingreso a UCI.

3) OTROS CRITERIOS A CONSIDERAR:

- a. Aquellos pacientes internados en UCI, en que a juicio de los médicos tratantes, evolucionaron a una condición irrecuperable de su enfermedad lo recomendado será: aliviar el sufrimiento, ofrecer la máxima comodidad posible a él y a su familia y evitar la prolongación del proceso de morir. Estos enfermos debieran ser trasladados a unidades de pacientes terminales, con un ventilador básico, si no son capaces de mantener un impulso ventilatorio propio, con consentimiento informado a la familia.
- b. Traslado de pacientes estabilizados que, observados por al menos 24 horas, yaq<no requieren apoyo ventilatorio mecánico ni drogas vasoactivas, pero que por la naturaleza de su enfermedad, aún necesitan monitoreo más cercano y cuidados de enfermería.
- c. Traslado de pacientes en que se ha logrado retirar la vía aérea artificial (tubo orotraqueal) que requiere las siguientes consideraciones, previo al traslado:
 - i. Una vez extubados y con un tiempo prudente de observación que permita predecir con alguna certeza significativa que no va a requerir re intubación de emergencia ni ARM.
 - ii. Deben ser traqueostomizados previo al traslado si sigue requiriendo vía aérea artificial.
- d. Pacientes, en quienes se ha logrado estabilización de su patología de base y están próximos al alta hospitalaria o requieren completar un tratamiento menos complejo, que puede llevarse a cabo en sala común, no requiriendo monitorización ni observación de enfermería, deben ser trasladados a Sala.



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Versión: 04
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	
	UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS	Fecha: 08/2022 Vigencia: 5 años
	CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A LA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO MÉDICO QUIRÚRGICO	Página 15 de 20

4) PROCEDIMIENTO PARA INGRESO DE PACIENTES ADULTOS A UPC Y SUS REQUERIMIENTOS.

- a) Se aceptarán solamente solicitudes de traslado verbales del Médico de Servicio no Crítico a cargo del paciente. No se aceptarán solicitudes de traslado de Internos de Medicina ni del personal de enfermería.
- b) El médico solicitante deberá fundamentar la necesidad de una cama en UPC. Es de responsabilidad y queda a criterio del Médico Residente de UPC la decisión de aceptar el paciente, según los criterios señalados en este protocolo.
- c) La solicitud de cama para paciente crítico, se inicia en la Unidad de Cuidado Intensivo.
- d) Los pacientes que egresan de pabellón con requerimientos de Ventilación Mecánica transitoria, por depresión ventilatoria post anestésica ingresarán al Servicio de Recuperación Anestesia en ausencia de cama UCI. Una vez retirada la Ventilación Mecánica se solicitará cama a Intermedio si a juicio del tratante amerita dicho traslado. Si la ventilación mecánica se prolonga por la naturaleza de su patología o requiere apoyo intensivo, deberá solicitarse su trasladado a la Unidad de Cuidado Intensivo.
- e) Entre varios pacientes con requerimientos de ingreso a UPC y una sola cama disponible, queda a criterio del Médico residente de UPC, decidir quién ocupará la cama según modelo de priorización.

A. Vías de Ingreso a UPC

Las vías de ingreso a la UPC son variadas, pueden ingresar desde:

- Servicio de Urgencia
- Pabellones
- Hospitalización MQ
- Traslado desde otros centros asistenciales

Estos traslados se realizan una vez otorgada la cama por el Médico Residente de UPC al médico que solicita el ingreso o al gestor de camas.



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Versión: 04
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	
	UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS	Fecha: 08/2022 Vigencia: 5 años
	CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A LA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO MÉDICO QUIRÚRGICO	Página 16 de 20

B. Condiciones de traslado

Una vez dada la cama, si el traslado es dentro del hospital, el paciente ingresa a UPC con epicrisis y acompañado de enfermera a cargo, auxiliar y estafeta. Según su complejidad, debe ser acompañado por anestesiólogo, Urgenciólogo u otro. Monitorizado con ECG, SpO2, presión arterial e infusiones continúas si lo requiere. Este monitoreo deberá quedar documentado al ingreso del paciente a la unidad.

C. Preparación de la Unidad de paciente

Previo al ingreso, la Enfermera de UPC a cargo del paciente, recibe información sobre las condiciones de ingreso y la necesidad de contar con equipos especiales (Ventilador Mecánico, Presión Arterial invasiva, monitor neurointensivo multimodal, etc.)

Una vez ingresado a UCI, la unidad del paciente debe ser preparada por TENS con:

- Monitor multiparámetros con cables.
- Flujómetro de O2 y dispositivos para oxigenoterapia si lo requiere
- Aspiración central chequeada e implementada.
- Ventilador mecánico armado según necesidad.
- Cama preparada (segufix, limbos, pañales, etc.)
- Insumos para vía venosa, CUP, CVC, Línea arterial.
- Insumos para toma de exámenes, vacutainer, hemocultivos, etc.
- Velador de unidad de paciente con insumos para Vía venosa, vía aérea, sondas de aspiración, ambú, alusas y paños clínicos.
- Bombas de infusión continua
- Apuradores de suero.
- Roller de traslado camilla – cama
- Tabla armada con sabana y hojas de ingreso.
- En caso de necesidad de aislamiento se debe contar con los insumos necesarios para implementarlo.

D. Seguridad

Desde el punto de vista de Seguridad, el paciente es trasladado en su cama, con barandas en alto y las medidas de seguridad que correspondan según protocolo, ya en el servicio, el traspaso a nuestra cama se realiza a través de una camilla de transporte y se procede a instalar las medidas de seguridad que correspondan.



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Versión: 04
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	
	UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS	Fecha: 08/2022 Vigencia: 5 años
	CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A LA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO MÉDICO QUIRÚRGICO	Página 17 de 20

Cuando se trata de pacientes graves (intubados) provenientes desde Pabellón, Urgencia o intermedio, al equipo recién mencionado, se agrega el médico y una vez en la unidad se procede del mismo modo ya mencionado.

E. Control y Monitoreo

Una vez en la habitación, el paciente es atendido por Enfermera de UPC, TENS y Médico Residente de UPC, quien luego de evaluar condición clínica del paciente indica exámenes y tratamiento dejando registro en ficha electrónica Florence.

El equipo de enfermería, Enfermera de UPC y TENS, conectan al paciente a monitor multiparámetros y realizan registro de constantes vitales, ingresos y egresos en forma horaria en la hoja de registros de enfermería.

5) PROCEDIMIENTO PARA EGRESO DE UPC Y SUS REQUERIMIENTOS

A. Criterios de Egreso de UPC

La condición de los pacientes que se encuentran hospitalizados en las UPC debe ser revisada continuamente, de manera de poder identificar cuál de ellos no se está beneficiando de los cuidados en la unidad y que éstos puedan ser administrados en otras unidades de menor complejidad sin poner en riesgo al paciente. Esto se puede dar principalmente en dos condiciones:

- I. Cuando el estado fisiológico del paciente se ha estabilizado y el monitoreo y cuidados en UPC ya no son necesarios. Es decir, cualquiera de los elementos alterados que se describen en el Modelo por parámetros objetivos y que motivaron el ingreso, se han corregido.
- II. Cuando el estado fisiológico del paciente se ha deteriorado y nuevas intervenciones específicas no se han planeado, por no tener la capacidad de mejorar su condición. En este momento es aconsejable el traslado a una unidad de menor complejidad con la intención de privilegiar el confort y la presencia de la familia.
- III. Fallecimiento de paciente.



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Versión: 04
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	
	UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS	Fecha: 08/2022 Vigencia: 5 años
	CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A LA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO MÉDICO QUIRÚRGICO	Página 18 de 20

B. Vías de Egreso de UPC

Los pacientes cuando son egresados desde UPC pueden ser enviados a diferentes destinos:

- Traslado a hospitalización en sala de medicina o cirugía
- Traslado a otro centro asistencial
- Alta a su domicilio
- Fallecimiento paciente

C. Condiciones de traslado

a. Traslado a hospitalización en sala de medicina o cirugía

Cuando el Médico Residente de UPC indica traslado desde la UPC a sala de medicina o cirugía, la Enfermera de UPC a cargo del paciente se comunica telefónicamente con la enfermera del piso y habitación donde se traslada y le hace entrega del paciente:

- Motivos de ingreso
- Evolución en la unidad
- Elementos invasivos
- Tratamiento médico
- Planificación de enfermería según necesidades
- Protocolo de prevención de caídas, firma y medidas implementadas.
- Elaboración de epicrisis

Una vez entregado, el paciente es trasladado con enfermera y TENS que le corresponde y con las medidas de seguridad que corresponda instalar.



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Versión: 04
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	
	UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS	Fecha: 08/2022 Vigencia: 5 años
	CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A LA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO MÉDICO QUIRÚRGICO	Página 19 de 20

b. Traslado a otro centro asistencial

Cuando se trata de un traslado a otro centro asistencial, este se realizará según la complejidad del paciente, el Médico Residente de UPC indicará si se requiere traslado con ambulancia medicalizada o básica.

El médico y enfermera de UPC hace entrega de epicrisis según protocolo, documentos de traslado, exámenes, imágenes, medicamentos, etc.

- Se constata documentación médica separada de la de enfermería.
- Se detallan exámenes y medicamentos del paciente.
- Los medicamentos que no están en uso se trasladan separados.
- La enfermera realiza visita de enfermería para preparar traslado.
- Informa al paciente o sus familiares sobre "estado de su traslado"
- Revisa último control de signos vitales.
- Revisa indicaciones médicas de traslado
- Cursa y registra indicaciones vigentes hasta el momento del traslado.
- La ficha clínica del paciente es un documento institucional que debe ser custodiada íntegramente por nuestro hospital, por lo que no debe ser enviada junto con la documentación de traslado del paciente.

Revisa elementos invasivos que porta el paciente.

- Se mantienen cuidados de aseo y confort.
- Se completa epicrisis de enfermería.
- Se constata cumplimiento de estándares: brazalete de identificación
- Se realiza entrega telefónica del paciente a enfermera de Unidad de destino, en base a epicrisis

VII. DISTRIBUCIÓN:

- Dirección
- Sub Dirección Médica
- Sub Dirección Gestión del Cuidado
- Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del paciente
- Jefe Unidad de Emergencia
- Jefe de Pabellón
- Jefe Unidad de Quemados
- Jefe Unidad de Paciente Crítico Adulto
- Jefe Servicio de Medicina
- Jefe Servicio de Cirugía
- Jefe Servicio de Traumatología



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Versión: 04
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	
	UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS	Fecha: 08/2022 Vigencia: 5 años
	CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A LA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO MÉDICO QUIRÚRGICO	Página 20 de 20

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. MINSAL y Sociedad Chilena de Medicina Intensiva. Guías de Organización y Funcionamiento de Unidades de Pacientes Críticos 2019.
2. Pronovost PJ, Jenckes MW, Dorman T, et al. Organizational Characteristics of Intensive Care Units Related to Outcomes of Abdominal Aortic Surgery. *JAMA* 1999;281:1310-17.
3. Romero CM. Seguridad y Calidad en Medicina Intensiva. *Med Intensiva* 2009;33:346-352.
4. Wilcox ME, Chong CA, Niven DJ, et al. Do intensivist staffing patterns influence hospital mortality following icu admission? a systematic review and meta-analyses. *Crit Care Med* 2013;41:2253-74.
5. Gálvez S, González H, Labarca E, et al. Medicina intensiva en Chile: desafíos para su desarrollo. Documento de la Comisión Nacional de Medicina Intensiva del Ministerio de Salud. *Rev Med Chile* 2013;141:90-94.
6. Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río. Criterios de Ingreso y Egreso a la Unidad de Paciente Crítico Médico Quirúrgico, 2015.



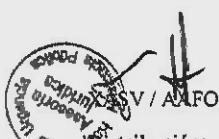
II. TÉNGASE PRESENTE la vigencia de este Protocolo a contar de la fecha de la total tramitación de la presente Resolución.

III. ESTABLÉCESE que el señalado "Criterios de ingreso y egreso a la unidad de paciente crítico médico quirúrgico", debe ser el que se tenga en consideración a contar de la fecha de su entrada en vigencia.

IV. DÉJESE SIN EFECTO toda normativa interna que diga relación con la materia de este Protocolo.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE

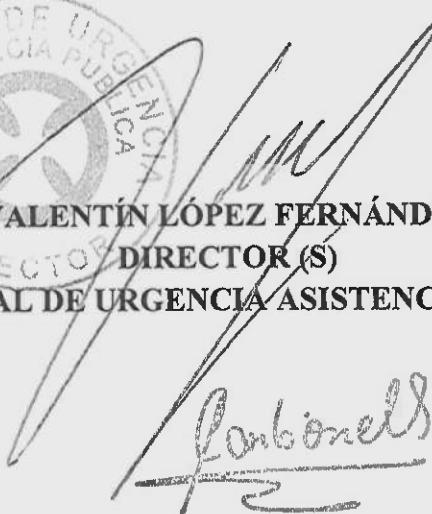

VALENTÍN LÓPEZ FERNÁNDEZ
DIRECTOR (S)
HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA



Distribución:

1. Dirección.
2. Sub Dirección Medica
3. Subdirección de Gestión del Cuidado.
4. Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.
5. Jefe de Unidad de Emergencia
6. Jefe de Pabellón
7. Jefe de Unidad de Quemados
8. Jefe de Unidad de Paciente Crítico Adulto
9. Jefe de Servicio de Medicina
10. Jefe de Servicio de Cirugía
11. Jefe de Servicio de Traumatología
12. Asesoría Jurídica.

Transcrito Fielmente
Ministro de Fe


López Fernández

