
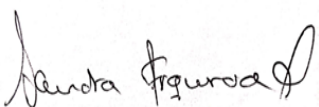
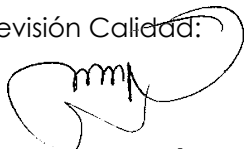
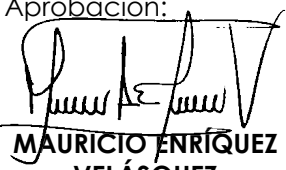

	PROCESO ATENCIÓN SERVICIO DE INTERNACIÓN		Código: GU-AIN-001
			Versión: 00
	GUÍA PARA LA DEFINICIÓN DE CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS		Fecha de aprobación: 8 de julio de 2025
			Página: 1 de 15

<p>Elaboración:</p>  <p>ÉRIK HANS LEON PATIÑO Coordinador médico UCI</p>	<p>Revisión Técnico/Científica:</p>  <p>SANDRA FIGUEROA MARTÍNEZ Coordinadora de Calidad y Servicios de Apoyo</p>	<p>Revisión Calidad:</p>  <p>CRISTIAN JIMÉNEZ QUINTERO Profesional de Calidad y Riesgos</p>	<p>Aprobación:</p>  <p>MAURICIO ENRÍQUEZ VELÁSQUEZ Director Ejecutivo</p>
--	---	--	---



	PROCESO ATENCIÓN SERVICIO DE INTERNACIÓN	Código: GU-AIN-001
		Versión: 00
	GUÍA PARA LA DEFINICIÓN DE CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	Fecha de aprobación: 8 de julio de 2025 Página: 2 de 15

1. OBJETIVO

Regular el proceso de ingreso y egreso a la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos de RED MEDICRON IPS, mediante criterios clínicos, éticos y operativos que permitan una asignación transparente y eficiente de los recursos disponibles, centrando las decisiones en el paciente y su contexto.

2. ALCANCE

Aplica al ingreso y egreso de pacientes adultos a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de RED MEDICRON IPS, por parte del equipo asistencial, regulando el proceso según criterios clínicos, éticos y operativos institucionales.

3. MATERIALES, EQUIPOS E INSUMOS

- Recursos humanos
- Especialista y medico unidad de cuidado intensivo

4. RIESGOS Y COMPLICACIONES

4.1 Riesgos

- Glosas por parte de las EAPB debido a inadecuada aplicación de criterios.
- Reingreso precoz del paciente por egreso inadecuado.
- Descompensación clínica del paciente luego del egreso.
- Prolongación innecesaria de la estancia hospitalaria.


4.2 Complicaciones

- Exacerbación o progresión de la enfermedad de base del paciente.
- Infecciones nosocomiales relacionadas con la condición previa.
- Complicaciones cardiovasculares o respiratorias propias de la patología de base.
- Falla multiorgánica secundaria a la enfermedad de base.

5. DEFINICIONES

- **Paciente en estado crítico:** El enfermo crítico es cualquier paciente con patología grave, con disfunción actual o potencial de uno o varios órganos que representa una amenaza para la vida y que al mismo tiempo es susceptible de recuperación.
- **Unidad de Cuidado Intensivo (UCI):** Es un área hospitalaria donde se atiende pacientes críticamente enfermos y potencialmente recuperables con apoyo del personal médico y paramédico altamente especializado, equipo de alta tecnología para la monitorización y soporte de condiciones fisiológicas (monitores de signos vitales, catéteres para monitoreo invasivo, balón de contra pulsación cardiaca, ventiladores) y uso de medicamentos que requieren monitoreo constante de signos vitales.
- **Unidad de Cuidado Intermedio (UCIN):** Área hospitalaria que se utiliza para el manejo de pacientes que requieren monitoreo frecuente de signos vitales y cuidados de



	PROCESO ATENCIÓN SERVICIO DE INTERNACIÓN	Código: GU-AIN-001
		Versión: 00
	GUÍA PARA LA DEFINICIÓN DE CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	Fecha de aprobación: 8 de julio de 2025 Página: 3 de 15

enfermería, pero que no requieren ningún medio de monitoreo invasivo o de soporte vital (con excepción de pacientes en soporte ventilatorio crónico).

6. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

6.1 GENERALIDADES DE ADMISIÓN EN UCI ADULTOS

En la unidad de cuidados intensivos se deben admitir pacientes críticamente enfermos tales como:

- Aquellos pacientes que muestran inestabilidad fisiológica y que requieran cuidados continuos y coordinados de médicos, enfermeras y técnicos auxiliares de enfermería, intensivistas, con especial atención en los detalles, a fin de que reciban una vigilancia constante y se hagan a tiempo las variaciones necesarias del tratamiento.
- Aquellos pacientes que están en riesgo de descompensación fisiológica, por lo cual requieren de una monitorización constante y posibilidad de recibir atención inmediata del equipo de cuidados intensivos para prevenir y contrarrestar situaciones clínicas adversas.

La decisión de admitir a un paciente en la UCI, se debe basar en el concepto de posible beneficio. Los pacientes que están demasiado bien o demasiado mal para beneficiarse del cuidado intensivo no deben admitirse en la UCI.

6.2 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PACIENTES

En condiciones ideales, los pacientes se admiten o egresan de la UCI dando cumplimiento estricto al precepto del posible beneficio. En muchas instancias, sin embargo, la cantidad de pacientes que requieren admisión en la UCI excede al número de camas disponibles, en este caso es inevitable la aplicación de un método de priorización o Triage.


La edad, creencia religiosa, raza, origen étnico, estado social, preferencia sexual o situación económica no serán tomados en cuenta en las decisiones de Triage. El médico no debe sentirse obligado a dar un tratamiento si considera que no está médicamente indicado.

6.3 CARACTERÍSTICAS DEL INGRESO

Todo paciente internado en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, cuenta con un médico especialista en medicina crítica y terapia intensiva de base responsable, quién fue el que autorizó el ingreso, debiendo obligatoriamente mantenerse informado de su evolución y asistir al paciente en lo que requiera.

Al solicitarse el ingreso a la unidad, el paciente deberá ser presentado y entregado por el Médico Tratante que ha solicitado el ingreso a la unidad.



	PROCESO ATENCIÓN SERVICIO DE INTERNACIÓN	Código: GU-AIN-001
		Versión: 00
	GUÍA PARA LA DEFINICIÓN DE CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	Fecha de aprobación: 8 de julio de 2025
		Página: 4 de 15

El equipo médico de la UCI deberá solicitar toda la información pertinente del caso que permita preparar las condiciones adecuadas para recibir al paciente, en caso necesario se solicitará valoración o apoyo de las diferentes especialidades las que deberá garantizar los cuidados médicos básicos y avanzados así como la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos que sean necesarios previo al ingreso del paciente de la UCI siempre que éstos estén al alcance y competencia del servicio demandante.


6.4 CRITERIOS DE ADMISIÓN

6.4.1 PRIORIDADES PARA INGRESO DE PACIENTE EN UCI (TRIAGE)

Para admitir el paciente en la UCI, el Médico Especialista de turno debe hacer una evaluación de la severidad, urgencias y pronóstico de la situación clínica, la admisión en la UCI se debe apoyar en criterios relacionados con un orden de prioridades, en el diagnóstico y en hallazgos objetivos.

No	PRIORIDAD	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	EVIDENCIA
1	PRIORIDAD 1	Pacientes críticamente enfermos, potencialmente recuperables y que necesitan monitorización y tratamiento intensivo que no pueden garantizarse fuera de la UCI. No tiene limitaciones en la extensión del tratamiento que necesitan.	Especialista o médico de turno	Historia clínica
2	PRIORIDAD 2	Pacientes críticamente enfermos, potencialmente recuperables, que requieren monitorización continúa de signos vitales más no tratamiento intensivo, pero podrían llegar a requerir intervención intensiva en cualquier momento. No se estipulan límites para la terapéutica en estos pacientes.	Especialista o médico de turno	Historia clínica
3	PRIORIDAD 3	Pacientes críticamente enfermos con probabilidad reducida de recuperación, debido a su enfermedad de base o estado funcional previo o por características de su enfermedad aguda. Estos pacientes ingresan a la UCI para recibir alivio de sus	Especialista o medico de turno	Historia clínica




	PROCESO ATENCIÓN SERVICIO DE INTERNACIÓN		Código: GU-AIN-001
			Versión: 00
	GUÍA PARA LA DEFINICIÓN DE CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS		Fecha de aprobación: 8 de julio de 2025
			Página: 5 de 15

		síntomas, pero se establecen límites en los esfuerzos terapéuticos, tales como no-intubación o no reanimar.		
4	PRIORIDAD 4	<p>Se incluye los pacientes que no son apropiados para admisión en la UCI. La admisión de estos pacientes se decide de manera individual, bajo raras circunstancias y a discreción del jefe de la unidad. Estos pacientes se pueden incluir en las siguientes categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ningún o pequeño beneficio de la admisión en la UCI, el tratamiento se puede efectuar con un riesgo muy bajo fuera de la UCI. Son paciente que están demasiado bien para beneficiarse de la UCI. - Pacientes con enfermedad terminal e irreversible que afrontan una muerte inminente e inevitable (demasiado enfermos para beneficiarse de la UCI) o pacientes que rechazan el tratamiento intensivo o la monitorización invasiva. 	Especialista o medico de turno	Historia clínica

Si el especialista en turno decide ingreso a UCI, deberá comunicar al paciente (si es posible) y a los familiares acerca de esta decisión, de los beneficios y riesgos de la estancia en este servicio, del plan a seguir y especialmente ser claro en cuanto a la condición crítica del paciente y de la posibilidad de complicaciones e incluso muerte y del pronóstico de recuperación.

En caso de que la decisión sea el no ingreso del paciente a UCI igualmente y en forma más prioritaria se debe hablar con la familia acerca de esta decisión. En caso de que se trate de un paciente en condición terminal, con pobre pronóstico de recuperación y que se decide tratamiento no invasivo y paliativo, la familia juega un papel importante y debe ser consciente y estar de acuerdo con esta decisión.




	PROCESO ATENCIÓN SERVICIO DE INTERNACIÓN	Código: GU-AIN-001
		Versión: 00
	GUÍA PARA LA DEFINICIÓN DE CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	Fecha de aprobación: 8 de julio de 2025 Página: 6 de 15

Los criterios que ayudan a definir si la atención que recibe un enfermo es de cuidado intensivo son, entre otros, los siguientes:

- Servicio prestado en una Unidad de Cuidado Intensivo que cumpla las normas vigentes sobre Habilitación.
- Atención brindada a personas con patologías o con estados clínicos asociado a intervención diagnóstica o terapéutica contemplados en los Artículos 28 y 29 de la Resolución 5261 de 1994. Este criterio, aunque tiene respaldo legal, debe ser aplicado luego de cuidadoso análisis, pues una revisión del listado de las enfermedades contempladas en el Artículo 29 dejará ver claramente que el criterio tiene limitaciones técnicas y es inconsistente en algunas consideraciones.
- Ausencia de uno de los estados clínicos relacionados en el Artículo 30 de la Resolución mencionada. Si la condición del enfermo está relacionada en el artículo citado, por ley la atención no puede catalogarse como intensiva. Obviamente, la aplicación de este criterio requiere juicioso análisis, pues, por ejemplo, hay personas a quienes, a pesar de padecer una enfermedad degenerativa en estado terminal, sería inhumano y antiético negarles servicios de cuidado intensivo en eventos en los que los requiere, bien sea por razón de los efectos de la patología crónica que los aqueja o de enfermedades agudas sobreagregadas que sean potencialmente reversibles.
- Atención de personas con franca inestabilidad hemodinámica, o con lesiones o alteraciones críticas de sistemas vitales como el respiratorio, el renal, el metabólico y el nervioso central, entendidas aquellas como inestabilidad o como cambios agudos severos que no se resuelven en forma definitiva con las medidas de urgencia y que, por lo mismo, pueden comprometer la vida o la salud de los enfermos.
- 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, independientemente de si el sistema médico de operación de la unidad es abierto o cerrado.
- El riesgo en los casos que sea necesario, debe definirse por escalas validadas por la evidencia y coherentes con lo consignado en la Historia clínica. Más específicamente, los criterios que, desde el punto de vista del estado clínico ayudan a catalogar la necesidad de cuidado intensivo para la atención del problema de salud de un enfermo, son los siguientes:




	PROCESO ATENCIÓN SERVICIO DE INTERNACIÓN	Código: GU-AIN-001
		Versión: 00
	GUÍA PARA LA DEFINICIÓN DE CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	Fecha de aprobación: 8 de julio de 2025
		Página: 7 de 15

6.4.2 CRITERIOS DE INGRESO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

CARDIOVASCULAR			
No	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	EVIDENCIA
1	Inestabilidad cardiovascular (Taquicardia, bradicardia, hipertensión o hipotensión, falla cardíaca descompensada) con alto riesgo de colapso hemodinámico. Aunque los límites en general se han establecido (Pulso menor de 40 o mayor de 150 pulsaciones por minuto, Presión arterial sistólica menor de 80 mm de Hg, o 20 mm de Hg por debajo de la presión usual del enfermo. Presión arterial media menor de 60 mm de Hg. Presión arterial diastólica mayor de 120 mm de Hg), asociado a hipoperfusión clínica (Dolor torácico, disnea, disfunción renal aguda y deterioro neurológico) y/o lactato (Mayor igual a 4.0) se considera UCI. En caso de bradicardia, con necesidad de infusión de Inotrópico (Dopamina), si el uso es mayor de 24 horas se considera UCI. (Menor de 24 horas, es UCIN).	Médico o especialista de turno	Historia clínica
2	IAM con elevación del ST se considera UCI. IAM sin elevación del ST, se considera UCI al ingreso con escala TIMI 5 y/o KILLIP 4 se considera UCI. En caso de uso de NTG para manejo anti- isquémico se considera UCIN, el uso diferente de NTG (Ejemplo Manejo de Edam pulmonar agudo o Emergencia Hipertensiva) se considera UCI. Las complicaciones de la enfermedad coronaria aguda, que ameriten uso de marcapaso, soporte inotrópico o ventilación mecánica no invasiva se considera UCI.	Médico o especialista de turno	Historia clínica
3	Trastornos del ritmo y la conducción (bloqueos, taquicardias o bradicardias, FV, TV, FA) con repercusión hemodinámica o signos de hipoperfusión se considera UCI. El uso de Amiodarona en infusión, sin presencia de inestabilidad hemodinámica se considera UCIN.	Médico o especialista de turno	Historia clínica
4	Choque de cualquier origen evidenciado por hipotensión (PS < 90 mmHg o PAM < 65 mmHg)	Médico o especialista de turno	Historia clínica



	PROCESO ATENCIÓN SERVICIO DE INTERNACIÓN		Código: GU-AIN-001
			Versión: 00
	GUÍA PARA LA DEFINICIÓN DE CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS		Fecha de aprobación:
			8 de julio de 2025 Página: 8 de 15

	o hipoperfusión (cardiogénico, séptico, neurogénico, obstructivo, hipovolémico).		
5	Aneurisma disecante de aorta.	Médico o especialista de turno	


RESPIRATORIO

No	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	EVIDENCIA
1	Falla respiratoria aguda (o crónica agudizada) Requerimiento de VMNI, VMI, hipoxemia (PaO2 menor de 60 mmHg o hipercapnia PaCO2 mayor de 45 mmHg)	Médico o especialista de turno	Historia clínica
2	Hemoptisis. (Se revisará cada caso, en caso ser UCI se debe realizar los estudios diagnósticos y terapéuticos de forma oportuna)	Médico o especialista de turno	Historia clínica
3	Riesgo de obstrucción de la vía área (Se revisará cada caso, en caso ser UCI se debe realizar los estudios diagnósticos y terapéuticos de forma oportuna)	Médico o especialista de turno	Historia clínica
4	Embolia pulmonar, se considera UCI por repercusión hemodinámica - respiratoria / Ecocardiográfica / Elevación de Troponina o BNP).	Médico o especialista de turno	Historia clínica

NEUROLOGICO

No	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	EVIDENCIA
1	Alteración aguda del estado de conciencia Ejemplo: TIA, Ictus isquémico, HIC, HSA, TCE, Estatus convulsivo, meningitis, encefalitis, entre otras se considera UCI. En caso de Agitación – Delirium refractario (Sin respuesta a Haloperidol – Benzodiazepinas) con necesidad de infusión de sedante (Dexmedetomidina /Midazolam).	Médico o especialista de turno	Historia clínica
2	Hemorragia subaracnoidea (Sin importar escala de Glasgow – Fisher) UCI por las primeras 48 horas (Riesgo de resangrado) y	Médico o especialista de turno	Historia clínica



	PROCESO ATENCIÓN SERVICIO DE INTERNACIÓN	Código: GU-AIN-001
		Versión: 00
	GUÍA PARA LA DEFINICIÓN DE CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	Fecha de aprobación: 8 de julio de 2025
		Página: 9 de 15

	después de las 48 horas UCIN (Si no hay alteración neurológica – hidroelectrolítica – respiratoria o metabólica).		
3	Neuropatía o polineuropatía con riesgo de falla respiratoria aguda con necesidad de intervención aguda Plasmaferesis o Inmunoglobulina se considera UCI (Primeras 24 horas es UCI, y posterior UCIN si tiene respuesta favorable a la terapia).	Médico o especialista de turno	Historia clínica
4	Estatus convulsivo.	Médico o especialista de turno	Historia clínica
5	TCE con Glasgow menor de 9 se considera UCI. Si el Glasgow es entre 9 – 13 con lesiones tipo Hematoma Subdural – Hematoma epidural – Contusión hemorrágica se considera UCI. Uso de terapia osmótica (Solución Salina hipertónica o Manitol) se considera UCI	Médico o especialista de turno	Historia clínica
6	Muerte cerebral inminente o establecida, con posible donante de órganos	Médico o especialista de turno	Historia clínica


GASTROINTESTINAL

No	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	EVIDENCIA
1	Sangrado digestivo alto o bajo, con caída de la hemoglobina mayor de 2 gr con respecto al control inicial, debe tener intervención endoscópica menor de 24 horas. Necesidad de medicamentos vasoactivos como Somatostatina – Terlipresina – Octeotride. Las primeras 24 horas posterior al control endoscópico son UCI.	Médico o especialista de turno	Historia clínica
2	Falla hepática fulminante Aguda.	Médico o especialista de turno	Historia clínica
3	Pancreatitis aguda severa (APACHE > 8, inestabilidad hemodinámica, falla renal aguda, complicaciones infecciosas y necesidad de cirugía).	Médico o especialista de turno	Historia clínica
4	Perforación de víscera hueca con presencia de inestabilidad hemodinámica.	Médico o especialista de turno	Historia clínica

ENDOCRINOLÓGICOS

No	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	EVIDENCIA
1	Urgencia endocrinológica Ejemplo: DM descompensada (Estado hiperosmolar con	Médico o especialista de turno	Historia clínica



	PROCESO ATENCIÓN SERVICIO DE INTERNACIÓN	Código: GU-AIN-001
		Versión: 00
	GUÍA PARA LA DEFINICIÓN DE CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	Fecha de aprobación: 8 de julio de 2025
		Página: 10 de 15


	infusión de insulina mayor de 24 horas – Cetoacidosis con necesidad de		
RENALES			
No	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	EVIDENCIA
1	Falla renal aguda o crónica agudizada con indicación de Terapia de reemplazo renal aguda (Urgencia Dialítica) y/o necesidad de soporte inotrópico, se considera UCI.	Médico o especialista de turno	Historia clínica
2	Trastornos electrolíticos graves (Na, K, CL, Mg, Ca y P) (Sodio menor de 110 o mayor de 170 meq/lit. Potasio sérico menor de 2 o mayor de 7 meq/lit. Calcio sérico mayor de 15 meq/lit), se considera UCI.	Médico o especialista de turno	Historia clínica
QUIRÚRGICOS			
No	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	EVIDENCIA
1	POP de cirugía mayor (oncológica, vascular, tórax, cardiovascular, neuroquirúrgica, trasplante de órgano sólido).	Médico o especialista de turno	Historia clínica
2	POP en paciente con inestabilidad intraoperatoria, con solo necesidad de monitoria; se considera UCIN. Si requiere algún tipo de intervención, diferente a infusión de Amiodarona, se considera UCI.	Médico o especialista de turno	Historia clínica
3	POP de pacientes con cirugía de control de daños más necesidad de abdomen abierto.	Médico o especialista de turno	Historia clínica
MISCELÁNEOS			
No	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	EVIDENCIA
1	Intoxicaciones con compromiso hemodinámico metabólico o respiratorio.	Médico o especialista de turno	Historia clínica
2	Quemaduras mayores del 20 % ASC y eléctricas.	Médico o especialista de turno	Historia clínica
3	Necesidad de soporte vasodilatador (Con la excepción del USO de NTG como medida únicamente anti-isquémica, que se considera UCIN).	Médico o especialista de turno	Historia clínica

6.4.3 CRITERIOS DE INGRESO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIO

NOTA: Las siguientes indicaciones deben ser precedidas de AUSENCIA DE CUALQUIER INDICACIÓN DE MONITORIA EN UCI para que pueda aplicarse el criterio de monitoria UCIN.

CARDIOVASCULARES



	PROCESO ATENCIÓN SERVICIO DE INTERNACIÓN	Código: GU-AIN-001
		Versión: 00
	GUÍA PARA LA DEFINICIÓN DE CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	Fecha de aprobación: 8 de julio de 2025 Página: 11 de 15

No	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	EVIDENCIA
1	Trastornos del ritmo y la conducción con bajo riesgo de colapso hemodinámico (descartados los ritmos bandera roja o de alto riesgo descritos en indicación de manejo en UCI)	Médico o especialista de turno	Historia clínica
2	Posterior a cateterismo ambulatorio o solicitado desde hospitalización, con necesidad de intervención, se considera manejo en UCIN.	Médico o especialista de turno	Historia clínica

RESPIRATORIOS

No	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	EVIDENCIA
1	Paciente en ventilación mecánica crónica en proceso de adaptación y preparación para manejo domiciliario.	Médico o especialista de turno	Historia clínica

NEUROLÓGICO

No	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	EVIDENCIA
1	Paciente con secuelas neurológicas que requiera monitoria continua y/o en preparación para manejo domiciliario (Necesidad de ventilación mecánica crónica)	Médico o especialista de turno	Historia clínica

GASTROINTESTINAL

No	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	EVIDENCIA
1	Paciente con fistulas entero cutáneas con riesgo de inestabilidad hidroelectrolítica y/o hemodinámica enmarcada en presencia de producido de la fístula superior a 1000 ml con presencia de inestabilidad hemodinámica o alteración hidroelectrolítica.	Médico o especialista de turno	Historia clínica


ENDOCRINO

No	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	EVIDENCIA
1	Paciente con urgencia endocrinológica Ej: DM descompensada, hipo o hipertiroidismo descompensado, hipoglucemia sintomática, crisis adrenal, feocromocitoma, síndrome de hueso hambriento, hipercalcemia maligna entre otros, cuando haya sido difícil el control en la UCI y el paciente requiera frecuente intervención y/o monitoria continua.	Médico o especialista de turno	Historia clínica

RENAL

No	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	EVIDENCIA
----	-----------	-------------	-----------



	PROCESO ATENCIÓN SERVICIO DE INTERNACIÓN		Código: GU-AIN-001
			Versión: 00
	GUÍA PARA LA DEFINICIÓN DE CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS		Fecha de aprobación: 8 de julio de 2025 Página: 12 de 15
1	Paciente con antecedentes de falla renal aguda o crónica agudizada que requiere ajuste de líquidos, diuréticos (con o sin necesidad de diálisis), cuando haya sido difícil el control en la UCI y el paciente requiera frecuente intervención y/o presente dificultad durante las diálisis.	Médico o especialista de turno	Historia clínica

6.5 CRITERIOS DE ALTA

Si bien la decisión del ingreso de un paciente a la UCI y a la UCIN supone un reto, no lo es menos determinar en qué momento dar el alta a fin de evitar estancias prolongadas infructuosas o, por el contrario, salidas prematuras que incrementen la tasa de readmisiones. Lo anterior implica, entonces, la necesidad de recurrir al sentido clínico razonable y al consenso. Para ello, las Guías de la Sociedad de Medicina de Cuidado Crítico han establecido dos grandes grupos de situaciones en las que se debe considerar el alta de UCI o UCIN.


6.5.1 UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

La condición clínica de los pacientes admitidos a una unidad de cuidados intensivos debe ser evaluada continuamente para establecer quiénes razonablemente ya no necesitan los cuidados de UCI. Los criterios de alta de una unidad de cuidados intensivos pueden ser similares a los criterios de admisión para el siguiente nivel de atención, tal como la unidad de cuidados intermedios cuando está disponible, aunque no todos los pacientes provenientes de UCI necesariamente deben ir a éstas, pues cuando la estabilidad fisiológica lo permita pueden continuar su manejo en salas de hospitalización general.

Los dos grupos de pacientes candidatos al alta de la UCI son:

- 6.5.1.1 Aquellos cuyo estado fisiológico se ha estabilizado y ya no necesitan de monitoria y cuidado en UCI. Por ejemplo, pacientes que ingresaron por falla respiratoria para ventilación mecánica, que ya han sido extubados, cuya mecánica respiratoria posterior a ello es adecuada y se refleja en paraclínicos como los gases arteriales normales. Dichos pacientes pueden ser trasladados, por ejemplo, a una UCIN para continuar con la corrección de la causa subyacente y monitoria. Para ello es útil, entonces, detectar el regreso sostenido a la normalidad de los parámetros fisiológicos en un principio afectados, evaluados bien por el modelo de parámetros objetivos propuesto por las guías o por los modelos de gravedad y predictores de mortalidad conocidos.
- 6.5.1.2 Aquellos cuyo estado fisiológico se ha deteriorado a tal punto que se considera que no va a mejorar, y por tanto no se tienen previstas intervenciones activas,



	PROCESO ATENCIÓN SERVICIO DE INTERNACIÓN	Código: GU-AIN-001
		Versión: 00
	GUÍA PARA LA DEFINICIÓN DE CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	Fecha de aprobación: 8 de julio de 2025
		Página: 13 de 15


por ejemplo, maniobras de reanimación cardiopulmonar en caso de paro cardíaco. Estos pacientes son candidatos, por ejemplo, a ser dados de alta para recibir cuidados paliativos y de confort en casa o en centros destinados para esta tarea.

También se debe abordar en este espacio y con extrema cautela el hecho del fin de la vida, consecuencia de los estadios finales de una enfermedad que inevitablemente llevará a la muerte. Limitar el soporte a estos pacientes es una decisión médica ética y científicamente discutida con la familia, en la que se plantea el retiro del tratamiento o su restricción y abandono de esfuerzos inútiles.

La salida o transferencia se basará en los siguientes criterios:

No	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	EVIDENCIA
1	Parámetros hemodinámicos estables.	Médico o especialista de turno	Historia clínica
2	Estado respiratorio estable (paciente extubado con gases arteriales estables) y permeabilidad adecuada de la vía aérea	Médico o especialista de turno	Historia clínica
3	Mínimos requerimientos de oxígeno que no exceden las guías de cuidados intensivo o intermedios	Médico o especialista de turno	Historia clínica
4	No se requiere por más tiempo soporte inotrópico, vasopresor o fármacos antiarrítmicos en infusión; en pacientes desde otro punto de vista estables	Médico o especialista de turno	Historia clínica
5	Se han controlado arritmias cardíacas.	Médico o especialista de turno	Historia clínica
6	Se ha retirado el equipo para monitorización de presión intracraneana, presión intraabdominal ó electroencefalograma continuo.	Médico o especialista de turno	Historia clínica
7	Estabilidad neurológica con control de las crisis.	Médico o especialista de turno	Historia clínica
8	Remoción de todos los catéteres de monitorización hemodinámica.	Médico o especialista de turno	Historia clínica
9	Pacientes crónicamente ventilados cuyos criterios de enfermedad aguda	Médico o especialista de	Historia clínica



	PROCESO ATENCIÓN SERVICIO DE INTERNACIÓN		Código: GU-AIN-001
			Versión: 00
	GUÍA PARA LA DEFINICIÓN DE CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS		Fecha de aprobación: 8 de julio de 2025
			Página: 14 de 15

	se han revertido o se encuentran estables, pueden ser transferidos a una unidad que de rutina maneje pacientes crónicamente ventilados o, si se aplica, a casa con toda la logística necesaria y coordinada	turno	
10	Diálisis peritoneal de rutina o hemodiálisis con resolución de la enfermedad crítica, sin presencia de inestabilidad durante la terapia de reemplazo renal.	Médico o especialista de turno	Historia clínica
11	Pacientes con vía aérea artificial madura (traqueostomía) que no requiere succión muy frecuente.	Médico o especialista de turno	Historia clínica
12	El equipo prestador de salud y la familia del paciente, después de realizar un análisis de caso, consideran y acuerdan medidas paliativas y sin intervención adicional.	Médico o especialista de turno	Historia clínica


6.6 UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS

El alta de los pacientes de una unidad de cuidados intermedios debe tener lugar cuando:

- 6.6.1** El estado fisiológico del paciente se ha estabilizado y no es necesaria ya la monitoria intensiva. Estos pacientes pueden continuar su vigilancia más espaciada y requerir menos personal especializado, cuidados que pueden brindarse en una sala general.
- 6.6.2** Se detecta que su estado fisiológico se ha deteriorado y es altamente probable que se requiera soporte vital por ajustarse a los criterios de priorización y diagnóstico o a parámetros objetivos que lo califican como paciente críticamente enfermo de alto riesgo. Estos pacientes deben ser transferidos a una unidad de cuidados intensivos por el protocolo de unidad-específica. Algunos ejemplos de esta eventualidad son:

No	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	EVIDENCIA
1	Pacientes con infarto agudo de miocardio complicado con marcapaso temporal, angina, inestabilidad hemodinámica, edema pulmonar significativo o arritmias ventriculares significativas.	Médico o especialista de turno	Historia clínica
2	Pacientes que requieren cargas pesadas de enfermería y cuidado titulado de 12-24 horas/día.	Médico o especialista de turno	Historia clínica



	PROCESO ATENCIÓN SERVICIO DE INTERNACIÓN	Código: GU-AIN-001
		Versión: 00
	GUÍA PARA LA DEFINICIÓN DE CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	Fecha de aprobación: 8 de julio de 2025 Página: 15 de 15

3	Pacientes con falla respiratoria aguda que han sido recientemente intubados o en riesgo inminente de requerir intubación.	Médico o especialista de turno	Historia clínica
4	Pacientes que requieren monitoria hemodinámica invasiva con catéter en la arteria pulmonar o en la aurícula izquierda, o monitor de la presión intracraneal.	Médico o especialista de turno	Historia clínica
5	Pacientes en estatus epiléptico.	Médico o especialista de turno	Historia clínica

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Task Force of the American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine Crit Care Med 1999; 27:633–638 Res. 5261/94, Art 29.
- Keegan MT, Gajic O, Afessa B, Sevransky JE. "Severity of illness scoring systems in the intensive care unit". Critical care medicine: January 2011 - Volume 39 - Issue 1 - pp 163-169.
- American College of Critical Care, Society of Critical Care Medicine. "Guidelines on admission and discharge for adult intermediate care units". Crit Care Med 1998 Mar; 26(3):607-610.

