

 Gobierno de Chile SERVICIO SALUD AYSÉN HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE	CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A UNIDAD DE TRATAMIENTO INTERMEDIO PEDIÁTRICO Y TRASLADO EXTRAREGIONAL A UCIP UNIDAD DE TRATAMIENTO INTERMEDIO PEDIÁTRICO DEPENDIENTE DE: SUBDPTO. CRÍTICO	Código:
		Edición: 2
		Fecha inicio vigencia: 02/11/2022
		Páginas: 1 - 10
		Vigencia: 5 años

CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A UNIDAD DE TRATAMIENTO INTERMEDIO PEDIÁTRICO y DE TRASLADO EXTRAREGIONAL A UCIP

ELABORACION	REVISION	VISACION	APROBACION
Camila Lambert	Pedro Pablo Pinto	Paulina Arriagada Sandra Gálvez	Jaime López
Jefe UTIP	SbDM DIRECTOR MEDICO	DEPTO. CALIDAD Y SEGURIDAD	DIRECTOR
firma	firma	firma y timbre	firma y timbre
20/10/2022	24/10/2022	24/10/2022	25/10/2022



SERVICIO DE SALUD AYSÉN
DEL GRAL C. IBAÑEZ DEL CAMPO
HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE

1. INDICE:

TITULO	Nº de pág.
INTRODUCCION	3
OBJETIVOS	3
RESPONSABLES	3
ALCANCE	3
EXCEPCIONES	3
TERMINOLOGIA	4
DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCESO	4
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	10
EVALUACION	10
INDICADORES	10
ANEXOS	10



SERVICIO DE SALUD AYSÉN
DEL GRAL C. IBAÑEZ DEL CAMPO
HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE

2. INTRODUCCIÓN:

En las últimas décadas se ha observado un cambio en el perfil epidemiológico de las principales causas de morbimortalidad infantil. Estas patologías han generado una demanda de atención médica de alta complejidad, monitorización hemodinámica, procedimientos diagnósticos, intervenciones quirúrgicas y tratamientos farmacológicos que requieren el manejo y cuidados en una cama de cuidados intermedios pediátricos.

3. OBJETIVOS:

- Garantizar acceso, oportunidad de la atención pediátrica que requiere cuidados en unidad tratamiento intermedio pediátrico asegurando acciones de salud seguras.
- Estandarizar y unificar criterios clínicos de ingreso y egreso a la unidad tratamiento intermedio pediátrica.

4. RESPONSABLES:

RESPONSABLE	FUNCION
Médico Jefe de UTIP	<ul style="list-style-type: none">• Conocer, difundir y velar por el cumplimiento de protocolo.• Actualizar normativa.
Médico residente	<ul style="list-style-type: none">• Conocer, aplicar y cumplir protocolo de ingreso, egreso de UTIP.• Evaluar al paciente y determinar pertinencia de ingreso a UTIP.• Definir el momento de egreso y/o traslado del paciente a una UPC extra regional.
Intensivista UTIP	<ul style="list-style-type: none">• Establecer el plan terapéutico del paciente en la UTIP.

5. ALCANCE:

- Todo paciente pediátrico que cumpla con los criterios de ingreso a UTIP definidos en este protocolo, hasta el momento que cumpla con los criterios de egreso de la Unidad o traslado extra regional a otra UPC pediátrica.

6. EXCEPCIONES:

- En caso de ausencia de intensivista pediátrico el traslado a una UPC extra regional debe indicarse en cuanto el paciente cumple criterios de cuidado que van más allá de una cama básica.

7. TERMINOLOGIA:

UTIP: La Unidad de tratamiento Intermedios Pediátricos atiende pacientes pediátricos agudos en los cuales su severidad no requiere de cuidado intensivo, pero sí de una mayor atención que la que se le puede proveer en una sala pediátrica general. Estos pacientes se caracterizan por requerir monitoreo frecuente y/o mayor atención de enfermería, pero sin ventilación mecánica ni monitoreo invasivo.

UCIP: La Unidad de Cuidados Intensivo Pediátrico, atiende a pacientes pediátricos que presentan una patología aguda o crónica, con riesgo vital, potencialmente recuperable y que requieren para ello ventilación mecánica y/o monitoreo muy frecuente o invasivo.

8. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCESO

8.1. CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A UTIP:

a) Consideraciones Generales para ingresar a la UTIP:

- Pacientes pediátricos (desde los 15 días a los menores de 15 años)
- Pacientes con enfermedades agudas o crónicas reagudizadas, que requieren de cuidados de mediana complejidad (se refiere a pacientes con signos de disfunción de órganos que requieren de monitoreo continuo y apoyo farmacológico o de dispositivos de mediana complejidad) potencialmente recuperables.
- Jefe técnico y/o médico residente pediatra evalúa paciente y decide si cumple con criterios ingreso a UTIP, dejando constancia en la ficha clínica.
- Cumpliéndose las tres condiciones anteriores, el paciente debe ser ingresado a la UTIP para su manejo.
- El jefe técnico y/o médico residente pediatra deben informar a la enfermera supervisora de la UTIP o en su defecto a la enfermera de turno previo al ingreso del paciente.
- En el caso de los pacientes quirúrgicos definidos en el protocolo, el cirujano tratante debe coordinar el cupo del paciente con el equipo UTIP con anterioridad vía verbal adjuntando solicitud de cupo escrito a la unidad en casos de cirugía electivas y/o programadas
- De no contar con disponibilidad de cupo se debe consignar el hecho en la ficha clínica. El equipo médico deberá derivar a centro extra regional en coordinación con Unidad de Gestión de Cama Críticas. En el intertanto el manejo del paciente se debe realizar en el mejor lugar disponible según los recursos humanos y/o tecnológicos necesarios para la atención del paciente.



SERVICIO DE SALUD AYSÉN
DEL GRAL. C. IBAÑEZ DEL CAMPO
HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE

b) Criterios de Ingreso a UTIP por Patología Específica:

Compromiso del estado general:

- Trastornos hidroelectrolíticos y/o ácido-base que requieren monitoreo continuo no invasivo
- SIRS.
- Shock que responde a volumen o anafiláctico recuperado
- Crisis anafiláctica reciente recuperada o no, sin compromiso hemodinámico significativo.
- Intoxicaciones que requieren monitoreo continuo no invasivo

Respiratorio:

- Paciente que requiere apoyo ventilatorio mediante ventilador liviano (BIPAP/CPAP), a causa de:
 - Insuficiencia respiratoria de cualquier origen.
 - Bronconeumonía.
 - SBO moderado a severo
 - Bronquiolitis moderada a severa
 - Status asmático
 - Derrame pleural
 - Neumotórax, Neumomediastino
- Requerimientos de FiO₂ elevados (FiO₂ >0,5), en paciente agudo sin inminente agotamiento clínico, independiente de la etiología.
- Traqueostomía reciente sin necesidad de ventilación mecánica.
- Baro trauma o volutrauma agudo que comprometa vía aérea alta o baja.
- Requerimientos de nebulizaciones de medicamentos más frecuentes de cada 3 horas o más, o nebulización continua que deba ser administrada con seguridad a los pacientes.
- Paciente menor de 3 meses con síndrome coqueluchoideo asociado a bradicardia sin compromiso hemodinámico y/o con necesidad de ventilación mecánica no invasiva.
- Apnea o ALTE asociado a bradicardia sin compromiso hemodinámico y/o con necesidad de ventilación mecánica no invasiva.
- Sospecha o confirmación de cuerpo extraño en la vía aérea, antes y después de Fibrobroncoscopia en caso de presentar complicaciones en procedimiento y/o que condición clínica de paciente lo requiera.

Neurológicas: (sin requerimiento de Ventilación Mecánica Invasiva)

- Convulsiones que no responden a terapia de segunda línea o requieren infusión continua de agentes anticonvulsivantes. Cualquier status convulsivo.
- Compromiso agudo de conciencia, sin deterioro o depresión del estado neurológico probable o impredecible, o coma con potencial compromiso de la vía aérea (Glasgow \leq 8).
- Después de procedimientos neuroquirúrgicos que requieran de monitoreo invasivo o estrecha observación y control médico.
- Inflamación o infección aguda de la medula espinal, meninges o cerebro, con depresión neurológica, anormalidades metabólicas y hormonales, con posible aumento de la presión intracraneana, compromiso respiratorio o hemodinámico (Ej. Meningitis bacteriana aguda o meningoencefalitis viral).
- Traumatismo encefalocraneano sin riesgo o signos sugerentes de aumento de la presión intracraneana o cualquier signo inicial de gravedad (Ej: vómitos, inestabilidad en la marcha, convulsiones, cefalea intensa, disminución aguda del Glasgow).

- Estado neuroquirúrgico pre-operatorio que requiera monitorización continua y sin deterioro neurológico progresivo.
- Disfunción neuromuscular no progresiva con o sin alteración de conciencia que requiera de monitoreo cardiovascular y no necesite soporte respiratorio invasivo.
- Compresión medula espinal o compresión medular inminente.
- Post operatorio de instalación de drenaje ventricular externo.

Cardiovascular:

- Insuficiencia cardíaca descompensada que requiera solo monitoreo continuo no invasivo.
- Arritmias sin requerimiento de drogas vaso activas.
- Crisis hipertensiva – urgencia hipertensiva.
- Shock de cualquier origen que no responda a volumen durante primera hora de manejo.
- Post resucitación cardiovascular de cualquier origen.
- Falla cardíaca congestiva sin necesidad de ventilación mecánica.
- Cardiopatía congénita con condición cardiorrespiratoria inestable (Ej. CIV con SBO moderada a grave).

Nefrológicas:

- Síndrome hemolítico urémico sin requerimiento de terapia de reemplazo renal urgente, en espera de traslado a Centro de referencia.
- Insuficiencia renal descompensada sin requerimiento de terapia de reemplazo renal urgente y/o sin urgencia dialítica pre traslado a centro de referencia de terapia reemplazo renal.
- Síndrome nefrótico sin compromiso hemodinámico, con complicaciones hidro electrolíticas que requieran monitoreo no invasivo.

Endocrino/Metabólicas:

- Cetoacidosis diabética que requiera monitoreo que no presente compromiso neurológico, hemodinámico que requiera de apoyo vasoactivo o apoyo ventilatorio invasivo.
- Hiperkalemia grave que requiera monitoreo cardíaco e intervención terapéutica o > 6 mEq/lit ó hipokalemia < 2 mEq/lit
- Hipernatremia grave ($\text{Na} > 155$ mEq/lit) o hiponatremia grave sintomática o < 120 mEq/lit.
- Hipercalcemia (> 11 mg%) o hipocalcemia grave (< 7 mEq/lit corregida por albumina o Ca iónico $< 3,5$ mg%) o sintomática.
- Hiper o hipoglicemia persistente a pesar de manejo de primera línea, que requiera monitoreo o sea sintomática.
- Acidosis metabólica grave ($\text{pH} < 7,20$) que requiera infusión de bicarbonato intravenoso, monitoreo o una intervención terapéutica (Ej. Shock).
- Intervenciones terapéuticas complejas para mantener el balance hídrico o electrolítico (Ej. Diabetes insípida descompensada, tratamiento con Anfotericina B en paciente inestable por hipokalemia).

Gastrointestinales:

- Sangramiento gastrointestinal agudo que no cause inestabilidad hemodinámica o respiratoria.
- Después de endoscopia por remoción de cuerpo extraño que presente alguna complicación post procedimiento y/o requiera monitorización continua.



SERVICIO DE SALUD AYSÉN
DEL GRAL C. IBAÑEZ DEL CAMPO
HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE

- Falla hepática fulminante que no cause coma e inestabilidad hemodinámica o respiratoria.

Oncohematológicas:

- Plasmaféresis o leucoféresis con condición clínica estable.
- Coagulopatía en condición clínica estable sin sangrado activo y que requiera monitorización continua.
- Anemia con compromiso hemodinámico o respiratorio.
- Síndrome de hiperviscosidad sanguínea por hiper leucocitosis.
- Neutropenia febril pre traslado a centro referencia nacional.
- Neoplasia sin compromiso sistémico de diagnóstico reciente que presente alguna urgencia oncológica y/o requiera monitorización continua por condición clínica o fármacos a administrar, pre traslado a centro de referencia.

Quirúrgicas/Postoperatorio:

En todo paciente que requiera de cuidados de mediana complejidad y/o monitoreo continuo no invasivo, en relación a las siguientes situaciones y/o procedimientos:

- Cirugía torácica.
- Procedimientos neuroquirúrgicos.
- Cirugía otorrino que requiera o monitoreo postoperatorio sin ventilación mecánica.
- Cirugía craneofacial
- Cirugía ortopédica y espinal.
- Cirugía general con inestabilidad hemodinámica o respiratoria o en paciente de alto riesgo, que no requiera manejo UCIP (Ej. Hospitalización prolongada con colonización bacteriana, ostomizados, Sd. Down, crónicos neurológicos, discrasias sanguíneas, etc.).
- Poli trauma sin inestabilidad cardiovascular.
- Sangramiento significativo, ya sea, durante la cirugía o durante el periodo postoperatorio.

Tratamientos farmacológicos que requieren monitoreo no invasivo continuo.

- Administración de Inmunoglobulina IV, excepto en casos de pacientes cuya administración sea frecuente por patología de base y sin antecedentes de reacciones adversas previas. La primera administración debe ser en UTIP.
- Administración de pulsos de ACTH o Metilprednisolona en dosis \geq a 10mg/kg/dosis y/o que condición clínica paciente requiera monitorización continua.
- Administración de primera dosis de terapia biológica y terapia de reemplazo enzimático siempre que la condición clínica del paciente se mantenga estable.

Multisistémico u otro

Pacientes con enfermedad multisistémica grave o inestable.

- Ingestión de tóxicos o sobredosis de drogas con potencial descompensación aguda de algún sistema del organismo.
- Síndrome de disfunción multiorgánica.
- Hipertermia maligna sospechada o documentada.
- Electrocuación u otro accidente grave doméstico o de la calle.
- Quemadura de más del 10% de la superficie corporal, si es que no es posible trasladar a una unidad especializada de quemados o mientras esto se consigue.

c) Criterios de Egreso de la UTIP:

- Paciente estable, que cumpla los siguientes criterios, se trasladará a sala de cuidados básicos o alta a su hogar:
 - Haber superado la condición aguda que motivó su ingreso
 - Sin apoyo de Oxigenoterapia con ventilación mecánica no invasiva.
 - Requerimientos de FIO₂ ≤ 30, por más de 12 horas.
 - Estabilidad hemodinámica, por al menos 12 horas.
 - Sin necesidad de monitoreo cardiovascular no invasivo continuo, ni arritmias con compromiso hemodinámico.
 - Recuperación del nivel de conciencia total o nivel estacionario si existe daño neurológico previo.
 - Paciente no ha convulsionado o ha estado estable por un periodo de 24 horas

- Traslado extra regional a una unidad de cuidados intensivos pediátricos cuando se deteriore la condición del paciente más allá de los cuidados proporcionados por la UTIP.

- Fallecimiento.

8.2. CRITERIOS GENERALES DE TRASLADO EXTRAREGIONAL A UNA UCIP:

a) Criterios generales de Traslado a UCIP extraregional:

- Requerimiento de ventilación mecánica invasiva aguda
- Requerimiento de drogas vasoactivas.
- Requerimiento de terapia de remplazo renal
- Requerimiento de monitorización hemodinámica invasiva continua, secundario a inestabilidad hemodinámica.
- Requerimiento de manejo de PIC y/o edema cerebral.

b) Criterios específicos de traslado a UCIP extraregional:

- Fracaso de soporte respiratorio no invasivo (el fracaso de VMNI debe establecerse en un plazo no mayor a 4 horas de instaurada con supervisión horaria).
 - Presiones ≥ 15/9 y FiO₂ > 0,5 para ≥ 92%.
 - Progresión de taquicardia y polipnea mayor a lo esperable para la edad y condición fisiológica (fiebre); y aumento del trabajo respiratorio, pese al tratamiento instaurado

- Falla respiratoria grave (INTUBACION INMEDIATA)
 - Insuficiencia respiratoria grave.
 - Bronconeumonía grave
 - SBO grave – bronquiolitis grave.
 - Status asmático grave.
 - Cuerpo extraño en vía aérea que cursa en insuficiencia respiratoria.
 - Apneas que persisten pese a uso de CPAP o CNAF.
 - Patología neuromuscular aguda que evoluciona en forma progresiva, por ejemplo G. Barré, polimiositis.



SERVICIO DE SALUD AYSÉN
DEL GRAL C. IBAÑEZ DEL CAMPO
HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE

- Shock refractario a volumen que requiera iniciar apoyo vasoactivo.
- Arritmia con compromiso hemodinámico refractaria a tratamiento inicial.
- Requerimiento de manejo neurocrítico intensivo.
 - TEC grave.
 - Status convulsivo sin respuesta a manejo de 1º y 2º línea y/o que requiera intubación secundaria a depresión neurológica.
 - Hipertensión intracraneal de otra causa.
 - Compromiso de conciencia severo ($GCS \leq 8$ o *Caída de Glasgow* ≥ 2 puntos en 1 hora).
 - Necesidad de neuromonitoreo avanzado (*EEG continuo, monitoreo de PIC*).
- Requerimiento de terapia de sustitución renal aguda.
 - Falla renal según categoría 1, 2 y 3 KDIGO
 - ✓ Creatinina 1,5 a 1,9 veces el basal y/o débito urinario $< 0,5$ ml/K/h. por 6 a 12h.
 - ✓ Creatinina 2 a 2,9 veces el basal y/o débito urinario $< 0,5$ ml/K/h. $>$ a 12h.
 - ✓ Creatinina 3 veces el basal y/o débito urinario $< 0,3$ ml/K/h. por > 24 h o anuria.
 - Alteraciones hidroelectrolíticas que no mejoran con terapia médica habitual.
- Emergencia hipertensiva – urgencia hipertensiva sin respuesta a tratamiento.
- Digestivo:
 - Falla Hepática Aguda.
 - Hemorragia digestiva aguda con compromiso hemodinámico.
- Emergencias oncológicas en paciente conocido o en debut.
 - Derrame pericárdico.
 - Síndrome de vena cava superior
 - Hipercalcemia.
 - Prevención o tratamiento de síndrome de Lisis tumoral.
 - Riesgo o síndrome de hiperviscosidad establecido.
 - Compresión medular.
 - Neutropenia febril.
- Intoxicaciones graves que requieran monitoreo invasivo y/o terapia dialítica y/o soporte respiratorio y/o drogas vasoactivas.
- Poli traumatizado que por la gravedad de las lesiones requiera de monitorización invasiva y/o ventilación mecánica invasiva y/o drogas vasoactivas.
- Trauma Raquimedular con sospecha de shock medular.
- Patología vascular que requiera manejo por cirujano vascular.



SERVICIO DE SALUD AYSÉN
DEL GRAL C. IBAÑEZ DEL CAMPO
HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE

- Gran quemado o requerimiento de cirugía de urgencia no disponible en la región, post reanimación y estabilización quirúrgica inicial.
- Enfermedades metabólicas descompensadas en riesgo vital.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- Libro Pediatrics Advance Life Support (edición 2015).
- Norma Ministerial para los servicios Críticos.
- Protocolos de Paciente crítico Hospital Sotero Del Rio.
- Guía de Recomendaciones de la Comisión De Intensivo Pediátrico del MINSAL (DIGERA).
- Recomendaciones Intensivo Clínica Alemana Dr. Gabriel Muñoz (autor).

10.EVALUACION: N/A
11.INDICADORES: N/A
12.ANEXOS: N/A