

DOI: 10.26820/recimundo/5.(esp.1).nov.2021.172-178

URL: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1485>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIMUNDO

ISSN: 2588-073X

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 172-178



Criterios de patologías que requieren ingreso a la unidad de cuidados intensivo

Pathology criteria that require admission to the intensive care unit

Critérios de patologia que requerem admissão na unidade de terapia intensiva

**Javier Casas Rodríguez¹; Jaime Roberto Zambrano Córdova²; José Ricardo Vélez Muentes³;
Ronald Gabriel Vera Pinargote⁴**

RECIBIDO: 15/09/2021 **ACEPTADO:** 05/10/2021 **PUBLICADO:** 29/11/2021

1. Especialista de Primer Grado en Medicina Intensiva y Emergencia; Doctor en Medicina; Hospital General IESS; Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador; casita1981@yahoo.es;  <https://orcid.org/0000-0002-2210-0091>
2. Médico Residente de Terapia intensiva; Hospital General IESS Santo Domingo; Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador; zambrano.roberto@ymail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-6609-0959>
3. Médico; Hospital General IESS Santo Domingo; Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador; ricardovelezmuentes@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-5314-8506>
4. Médico Residente de Terapia Intensiva; Hospital IESS Santo Domingo; Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador; ronal_vera@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-7306-9728>

CORRESPONDENCIA

Javier Casas Rodríguez
casita1981@yahoo.es

Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador

RESUMEN

El objetivo de este ensayo consistió en analizar los criterios de selección de enfermedades que pueden ser consideradas como motivos de ingreso en la UCI, para lo cual se ha hecho una revisión de varios documentos, consensos internacionales, artículos de investigación en medios electrónicos. Se ha encontrado que se hace necesaria la implementación de sistemas de gestión de calidad en las unidades de cuidado intensivos, que permitan llevar un mejor registro de la enfermedad del paciente, el tratamiento indicado por el médico tratante, reduciendo también los costos operativos de los hospitales o clínicas. En relación a las morbilidades encontradas como criterios de ingreso se tiene a la Hipertensión Arterial Crónica representa la patología que con mayor frecuencia genera situaciones que ameritan el ingreso a las UCI, seguida de la insuficiencia renal crónica y el cáncer. Se recomienda contar con criterios de triaje objetivos, éticos, transparentes, aplicados equitativamente y de público conocimiento, para facilitar la atención de calidad a los pacientes que deban ingresar a la UCI.

Palabras clave: UCI, patologías, triaje.

ABSTRACT

The objective of this essay was to analyze the selection criteria of diseases that can be considered as reasons for admission to the ICU, for which a review of several documents, international consensus, research articles in electronic media has been made. It has been found that it is necessary to implement quality management systems in intensive care units, which allow a better record of the patient's disease, the treatment indicated by the treating physician, also reducing the operating costs of hospitals or clinics. In relation to the morbidities found as admission criteria, Chronic Arterial Hypertension represents the pathology that most frequently generates situations that warrant admission to the ICU, followed by chronic renal failure and cancer. It is recommended to have objective, ethical, transparent triage criteria, applied equitably and of public knowledge, to facilitate quality care for patients who must be admitted to the ICU.

Keywords: ICU, pathologies, triage.

RESUMO

O objetivo deste ensaio foi analisar os critérios de seleção de doenças que podem ser consideradas como motivos de internação em UTI, para o qual foi feita uma revisão de diversos documentos, consensos internacionais, artigos de pesquisa em meio eletrônico. Constatou-se a necessidade de implantação de sistemas de gestão da qualidade nas unidades de terapia intensiva, que permitam um melhor registro da doença do paciente, do tratamento indicado pelo médico assistente, reduzindo também os custos operacionais dos hospitais ou clínicas. Em relação às morbilidades encontradas como critérios de admissão, a Hipertensão Arterial Crônica representa a patologia que mais frequentemente gera situações que justificam a internação em UTI, seguida da insuficiência renal crônica e do câncer. Recomenda-se que haja critérios de triagem objetivos, éticos, transparentes, aplicados de forma equânime e de conhecimento público, para facilitar a assistência de qualidade aos pacientes que devem ser internados na UTI.

Palavras-chave: UTI, patologias, triagem.

El paciente crítico es definido por la Sociedad Americana de Medicina Intensiva, como aquel que se encuentra fisiológicamente inestable, que requiere soporte vital avanzado y una evaluación clínica estrecha con ajustes continuos de terapia según evolución. El cuidado intensivo es definido entonces como una serie de intervenciones que incluye un equipo multidisciplinario para la toma de decisiones, tecnologías de monitoreo fisiológico avanzadas y estrategias terapéuticas complejas que permiten brindar una atención integral al paciente en estado crítico y que puede abarcar potencialmente pacientes de casi todas las especialidades médicas (Marshall, Bosco, Adhikari, & Connolly, 2017).

Es importante resaltar que el cuidado intensivo no es únicamente una especialidad médica, sino una forma de cuidado para el paciente en la que participan profesionales como enfermeros profesionales y auxiliares, terapeutas respiratorios, fisioterapeutas, microbiólogos, trabajadores sociales y algunos otros (Amin, Fox, Divatia, Altintas, & Eryüksel, 2016).

Ahora bien, la unidad de cuidados críticos (UCI) según (MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL, 2019) es una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico.

Ahora bien, se tiene que la definición dada a la UCI criterios clave para la admisión de pacientes en la unidad: que precisen un elevado nivel de cuidados y sean recuperables. Otros autores como (Instituto Arago-

nés de Ciencias de la Salud, 2017) señalan que, hay cuatro características básicas que definen al paciente crítico: enfermedad grave, el potencial de revertir la enfermedad, necesidad de asistencia y cuidados de enfermería continuos y necesidad de un área tecnificada (UCI).

En este sentido, según (Zurita, 2011) señala la población de enfermos candidatos a ser atendidos en las unidades de cuidados intensivos se selecciona de manera variable dentro de cada institución, dependiendo de las características de la misma, pero suele incluir una valoración objetiva, reproducible y cuantificable de la gravedad de los pacientes, la necesidad de esfuerzo terapéutico y los resultados medidos como supervivencia y calidad de vida posterior.

En atención a lo antes expuesto, el presente ensayo pretende analizar los criterios de selección de enfermedades que pueden ser consideradas como motivos de ingreso en la UCI, para lo cual se ha hecho una revisión de varios documentos, consensos internacionales, artículos de investigación, de tal forma de ofrecer una información que clarifique este aspecto tan importante.

Desarrollo

Las decisiones sobre cuándo admitir a un paciente en la UTI según (Gopalan & Pershad, 2019) son extremadamente desafiantes, multifacéticas, implican un proceso dinámico y complejo, y deben tomarse en un entorno estresante y cargado de emociones, en un corto período de tiempo. La gravedad, la posible reversibilidad de la enfermedad aguda, la presencia y gravedad de las comorbilidades, la edad del paciente la disponibilidad de camas son factores que influyen en el proceso de toma de decisiones

En este sentido, la admisión a la UCI según (Nates, y otros, 2016) puede basarse en diferentes modelos. En el modelo de priorización, los pacientes se clasifican en niveles de prioridad en función de su probabilidad

de beneficiarse de la admisión a esta unidad, que varía de gran a ningún beneficio. En el modelo basado en el diagnóstico, el análisis de condiciones o enfermedades específicas determinará la necesidad de ingreso. Por otro lado, el modelo basado en parámetros objetivos incluye pruebas de laboratorio y signos vitales, anomalías detectadas en diagnósticos por imágenes y electrocardiograma, así como también una evaluación clínica para determinar la necesidad de ingreso.

En este sentido, se tiene que la admisión de pacientes en UCI, que presentan una complicación por su enfermedad de base, el ingreso de un paciente en cuidados paliativos por una enfermedad sin posibilidad de tratamiento curativo, cuando la enfermedad está controlada y el paciente presenta una nueva enfermedad aguda, y esta tiene posibilidad de recuperación, tendría priori-

dad para el ingreso a terapia intensiva. Los investigadores señalan que algunos tratamientos paliativos intensivos se pueden realizar mejor en una UCI cuando los pacientes están en crisis, lo que puede estabilizar una condición aguda, justificando su hospitalización en esta unidad.

Aún más, según (Caballero, y otros, 2016) consideran que el manejo de los pacientes con patologías agudas y en condiciones críticas se debe basar en indicadores que permitan objetivar la intensidad de manejo y el adecuado uso de la tecnología disponible. A nivel local, se dispone de publicaciones sobre morbilidad y mortalidad en unidades de cuidados intensivos en Quito y en Cuenca. (Manzano & Vera, 2011) .

Para la Sociedad Americana de Cuidado Crítico (SCCM) en su última actualización de 2016.

Tipo de paciente	Intervenciones
Pacientes críticos que necesitan monitoreo cada hora y/o monitoreo invasivo	Intervenciones que no se pueden proporcionar en otros servicios de la institución.

Para criterios de ingreso y egreso UPC adultos hospital Santiago Oriente

Pacientes con prioridad 1:

Son pacientes estables o inestables con necesidad de monitoreo continuo y/o tratamiento que no puede ser entregado en sala común o que presentan descompensación aguda que requiere de asistencia inmediata. En estos casos la terapia se prolonga o se escala en complejidad según necesidad. Puede incluir pacientes post operados con insuficiencia respiratoria que requieren de soporte ventilatorio no invasivo, o con riesgo de potencial progreso a inestabilidad circulatoria que necesite monitoreo de presión venosa central, drogas vaso activas y/o balance hídrico estricto.

Pacientes con prioridad 2:

Pacientes con comorbilidad y sin indicación de limitación del esfuerzo terapéutico quienes han desarrollado una descompensación de su enfermedad y requieren monitoreo continuo, o con comorbilidad o deterioro basal que han requerido o necesitarán intervención quirúrgica con alto riesgo de descompensación. En estos casos la terapia se escalará en complejidad según las necesidades del paciente.

Pacientes con prioridad 3:

Pacientes con comorbilidad que presentan descompensación de su enfermedad de base u otra enfermedad que pueden recibir tratamiento con el objetivo de lograr compensación del evento agudo pero con limitación del esfuerzo terapéutico determinado en forma individual en caso de deterioro a pesar del tratamiento indicado.



Pacientes con prioridad 4:

Son pacientes no apropiados para cuidados en intermedio ya sea por la baja complejidad de los cuidados requeridos para el tratamiento de su patología o por estar en la etapa terminal de una enfermedad conocida previamente.



Imagen 1. Flujograma de atención en UCI.

La imagen anterior brinda información útil y resumida para poder definir si el paciente debe ser ingresado a la UCIM o a la UCI. Además autores como (Joynt, y otros, 2019) han señalado que no se sugiere el uso ÚNICO de escalas o puntajes, como herramienta para la toma de decisiones acerca del nivel de cuidado requerido para un paciente específico debido a que no hay escalas precisas que permitan predecir mortalidad.

Ahora bien, según (Secretaria de Salud de Bogotá, 2020) las enfermedades específicas a ser ingresadas se describen a continuación:

Tabla 1. Enfermedades específicas a ser ingresadas en la UCI.

Sistema en distinción	Definición	GPC
Neurológico	<ul style="list-style-type: none"> Paciente con patología neurológica con Glasgow menor de 9 Hemorragia subaracnoidea aguda (<48 horas) o hasta 48 horas después de resolver el vasoespasmio, si el paciente permanece en Hunt & Hess I o II, después de este tiempo podría ser manejado en Cuidado Intermedio. Paciente ACO equínico trombolizado o con trombectomía en las 24 horas POP de craneotomía o cirugía de columna cervical prolongada (mayor de 4 horas) durante las primeras 24 horas del posoperatorio. Muerte encefálica o sospecha que lo conviertan en potencial donante de órganos. Estatus epiléptico hasta 24 horas después de controlado Hemorragia intracranial con posibilidad de hemiación (según concepto de radiología o neurociencias) para monitoria e intervención neurointensiva. Postquirúrgico de clipaje de aneurisma o postembolización ingresa como UCI sólo cuando hay complicaciones intraoperatorias o presentan edema cerebral y/o vasoespasmio. 	#3
Respiratorio	<ul style="list-style-type: none"> Ventilación mecánica invasiva o no invasiva o terapia de alto flujo de oxígeno hasta 24 horas o según criterio clínico en caso de destete difícil de la ventilación mecánica. Obstrucción de la vía aérea que no haya sido resuelta. Estridor laríngeo moderado a severo y/o evidencia radiológica o endoscópica de estrechez. Tromboembolismo pulmonar trombolizado o con trombectomía durante las primeras 24 horas. Riesgo de falla respiratoria con frecuencia respiratoria mayor de 30 rpm con PaO2 menor de 50mmHg y/o acidosis respiratoria con PH menor 7.30 POP de cirugía de tórax de Neumectomía, Timectomía o Lobectomía (con trastorno moderado a severo de la oxigenación) en las primeras 24 horas, sin requerimiento de soporte respiratorio ni hemodinámico Pacientes con trastornos pulmonares que requieren medicamentos nebulizados por hora o continuos. Neumotórax progresivo que no ha respondido a la colocación del tubo torácico o hemotórax o Hemoptisis masiva. 	#3 #6 #7
Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> Soporte hemodinámico vasooctivo (vasodilatador o vasopresor) o inotrópico. Soporte cardiovascular mecánico. Bloqueo de alto grado que requiere marcapaso percutáneo o transvenoso. Emergencia hipertensiva (con requerimiento de soporte vasodilatador endovenoso). Infarto agudo de miocardio durante las primeras 24 horas luego de haber resuelto los síntomas anginosos y/o mientras persista la elevación del ST o IAM sin elevación del ST Killip III o IV. Taponamiento cardíaco. POP de cirugía cardiovascular primeras 48 horas que no requiere soporte hemodinámico o ventilatorio. Taquicardia ventricular sostenida o fibrilación ventricular hasta 24 horas después de resuelta u otra arritmia potencialmente mortal. Estado post-reanimación cardiorespiratoria sin soporte hemodinámico ni respiratorio en las primeras 24 horas. Aneurisma de aorta diseccionado en las primeras 72 horas. POP de cirugía de aorta abdominal, cirugía torácica endovascular y fibrinólisis intraarteriales a través de catéter. Pacientes con taponamiento pericárdico con riesgo de inestabilidad hemodinámica. Pacientes que requieren intervenciones adicionales, incluyendo pero no limitado a los siguientes procedimientos: Los procedimientos vasculares percutáneos (por ejemplo, cateterización cardíaca) o Toracotomía abierta o cerrada (por ejemplo, cirugía toracoscópica asistida por video (VATS), biopsia pulmonar, ventana pericárdica) con riesgo de inestabilidad hemodinámica o deterioro respiratorio. Pacientes con bradicardia sintomática, frecuencia cardíaca < 40 por minuto y/o frecuencia cardíaca sostenida > 150 por minuto. Pacientes con embolismo pulmonar agudo sintomático 	
Gastrointestinal	<ul style="list-style-type: none"> Falla hepática aguda o crónica agudizada Hemorragia de tracto digestivo con inestabilidad hemodinámica o hipoperfusión tisular. Pancreatitis aguda clasificada como severa según escala de Marshall. POP de cirugía gastrointestinal mayor sin soporte hemodinámico o respiratorio (esofagectomía con ascenso gástrico, hepatectomía, pancreatoductostomía, resección abdominoperineal, cirugía bariátrica con IMC mayor 50) durante las primeras 48 horas. Perforación esofágica con o sin mediastinitis, hasta evidenciar mejoría de los marcadores inflamatorios. 	
Hemato-oncológicos	<ul style="list-style-type: none"> Pacientes con anemia severa y sintomática y compromiso cardiopulmonar inminente que requieren intervención urgente. Los pacientes con hiperleucocitosis sintomática deben ser admitidos en la UCI para el tratamiento inicial urgente y la leucoféresis emergente. Pacientes con neutropenia febril inestable. Pacientes con síndrome de lisis tumoral. Pacientes con coagulación intravascular diseminada y/o hemorragia potencialmente mortal (por ejemplo, hemoptisis, hemorragia gastrointestinal). Trombocitopenia severa con sangrado activo con inestabilidad hemodinámica o sangrado en sistema nervioso central 	#3, #5
Infecciosos	<ul style="list-style-type: none"> Choque séptico de cualquier origen. Sepsis con hipoperfusión tisular a pesar de una adecuada reanimación o distinción de dos o más órganos o sistemas. Pacientes con coronavirus Covid-19 confirmado o sospecha que requieren ventilación mecánica o soporte de alto flujo de oxígeno o que curse con choque séptico o distinción de dos o más órganos o sistemas. 	#1, #3
Metabólicos	<ul style="list-style-type: none"> Cetoacidosis diabética con inestabilidad hemodinámica, estado mental alterado, falla respiratoria o acidemia metabólica (Ph < 7.25). Tormenta tiroidea o coma mixedematoso con inestabilidad hemodinámica. Estado hiperosmolar con inestabilidad hemodinámica o coma. Crisis adrenal con inestabilidad hemodinámica. Los pacientes cuyas anomalías electrolíticas y/o metabólicas requieren monitorización cardíaca por hora e intervenciones terapéuticas: 1. Hipercalemia o hipocalcemia severa sintomática o con inestabilidad hemodinámica 2. Hipo o hipernatremia con convulsiones o alteración del estado de conciencia. 3. Hipo o hipermagnesemia con compromiso hemodinámico o inestabilidad electrocardiográfica 4. Hipo o hipercalemia con alteraciones electrocardiográficas o disrritmias cardíacas o debilidad muscular. 5. Hipofosfatemia con debilidad muscular y alteración de oxigenación o ventilación. 	#3, #5
Renal y genito-urinario	<ul style="list-style-type: none"> Terapias continuas de reemplazo renal. POP de cistectomía radical durante las primeras 24 horas. Urgencia dialítica 	
Otras condiciones	<ul style="list-style-type: none"> Pacientes con ingestión tóxica complicada que tienen compromiso cardiovascular o respiratorio y que potencialmente requieren apoyo cardiorespiratorio. Los pacientes con una reacción anafiláctica o síndrome de liberación de citoquinas. Los pacientes que son ingresados directos (traslados) de otra institución pueden ser ingresados directamente en la UCI intubados y ventilados mecánicamente o con vasosivos en infusión continua. POP de cirugía mayor que no requiere soporte hemodinámico y respiratorios durante las primeras 24-48 horas según criterio clínico. 	

Ahora bien, si se quiere indagar sobre las características generales de los pacientes ingresados a UCI, particularmente en un estudio que:

Tabla 2. Características generales de los pacientes ingresados a UCI-HECAM (n=4549).

Antecedentes de enfermedades crónicas	
Hipertensión arterial, % (n)	37% (1681)
Insuficiencia renal crónica, % (n)	13,7% (625)
Cáncer, % (n)	13,3% (605)
Insuficiencia cardíaca congestiva, % (n)	6,3% (288)
EPOC, % (n)	7% (317)
ECV secuealar, % (n)	3,5% (158)
Cirrosis, % (n)	2,1% (94)

† Mortalidad basada en estancia en UCI de más de 48 horas

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

ECV: Enfermedad Cerebro Vascular

Ahora bien, en Ecuador, según un estudio epidemiológico, descriptivo, de corte transversal al que ingresaron todos los pacientes admitidos en la UCI del HECAM en los años 2014, 2015 y 2016 realizado por (Salazar, Guerrero, & del Pozo, 2018) los antecedentes patológicos más frecuentes fueron HTA y enfermedad renal crónica. Los pacientes, en mayor porcentaje (51,7%), procedieron de servicios clínicos. En este mismo estudio se encontró que en el último año del período de estudio hubo un incremento (al 45,1%) de pacientes de servicios quirúrgicos. Los pacientes adultos mayores fueron la población atendida con mayor frecuencia en la UCI-HECAM. La mortalidad es similar a estudios locales e internacionales. La disfunción orgánica más frecuente fue la insuficiencia respiratoria. La NAV tardía, el delirio y la polineuropatía tienen un incremento de riesgo de mortalidad en el análisis multivariable.

Es importante considerar es que es necesaria la implementación de sistemas de gestión de calidad en las unidades de cuidado intensivos, esto permite llevar un mejor registro de la enfermedad del paciente,

el tratamiento indicado por el médico tratante, reduciendo también los costos operativos de los hospitales o clínicas

Conclusión

El paciente crítico, es aquel que se encuentra fisiológicamente inestable, que requiere soporte vital avanzado y una evaluación clínica estrecha con ajustes continuos de terapia según evolución. Para asegurar la atención existen los cuidados asistenciales en las unidades de cuidados intensivos, las cuales son fundamentales para mantener la supervivencia de los pacientes en estado crítico y evitar su empeoramiento.

Un aspecto fundamental para ofrecer atención al paciente críticamente enfermo se debe tener en cuenta que deben incorporarse indicadores de control del proceso que permita valorar la accesibilidad, la oportunidad y la calidad de la decisión de admisión atendiendo a la presencia de patologías y comorbilidades.

Además de lo anterior, se hace necesario contar con criterios de triaje objetivos, éticos, transparentes, aplicados equitativa-

mente y de público conocimiento; así como también, se considera que es el médico especialista en cuidados intensivos quien aplique los criterios de inclusión/ exclusión del triaje para al admisión a UCI.

Se encontró que la Hipertensión Arterial Crónica representa la patología que con mayor frecuencia genera situaciones que ameritan el ingreso a las UCI, seguida de la insuficiencia renal crónica y el cáncer.

Bibliografía

- Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. (2017). Breve historia de la medicina intensiva. El paciente crítico. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.
- Amin, P., Fox, A., Divatia, J. P., Altintas, D., & Eryüksel, E. (2016). The Intensive care unit specialist: Report from the Task Force of World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *J Crit Care*, 223–8.
- Caballero, H., Marin, K., Gonzalez, A., Vega, M., Castelo, M., & Trujillo, C. (2016). The epidemic profiles of intensive care units in Hospital Oncológico. SOLCA.
- Fleischmann, C., Mikolajetz, A., Reinhart, K., Curtis, J., Haase, U., & Thomas, D. (2019). Hospitalization and intensive therapy at the end of life—a national analysis of DRG statistics from 2007–2015. *Dtsch Arztebl Int.*, 653–60.
- Gopalan, P., & Pershad, S. (2019). Decision-making in ICU – A systematic review of factors considered important by ICU clinician decision makers with regard to ICU triaje decisions. *J Crit Care*, 99–110.
- Joynt, G., Gopalan, D., Argent, A., Chetty, S., Wise, R., & Lai, V. (2019). The Critical Care Society of Southern Africa Consensus Guideline on ICU Triage and Rationing (ConICTri). *S Afr Med J.*, 630–42.
- Manzano, A., & Vera, M. (2011). Caracterización de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos del Hospital José Carrasco Arteaga, periodo 1997- 2010.
- Marshall, J., Bosco, L., Adhikari, N., & Connolly, B. D. (2017). What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *J Crit Care*, 270–6.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. (2019). Unidades de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones. Madrid España.
- Nates, J., Nunnally, M., Kleinpell, R., Blossers, S., Goldner, J., & Birriel, B. (2016). ICU Admission, Discharge, and Triage Guidelines: A Framework to Enhance Clinical Operations, Development of Institutional Policies, and Further. *Crit Care Med*.
- Salazar, S., Guerrero, F., & del Pozo, G. (2018). Caracterización demográfica y epidemiológica de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín de los años 2014, 2015 y 2016. *Rev Med CAMBIOS HCAM*, :21–29.
- Secretaria de Salud de Bogotá. (2020). Consenso de recomendaciones sobre criterios de ingreso y egreso de pacientes adultos a la unidad de cuidado intensivo e intermedio de Bogotá D.C. Orientaciones técnicas. Colombia.
- Zurita, G. (2011). Estado actual de las demandas. *Cir Gen.*, 141-S146.

CITAR ESTE ARTICULO:

Casas Rodríguez, J., Zambrano Córdoba, J. R., Vélez Mientes, J. R., & Vera Pinargote, R. G. (2022). Criterios de patologías que requieren ingreso a la unidad de cuidados intensivo. *RECIMUNDO*, 5(Especial 1), 172-178. [https://doi.org/10.26820/recimundo/5.\(esp.1\).nov.2021.172-178](https://doi.org/10.26820/recimundo/5.(esp.1).nov.2021.172-178)

