MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL
ARZOBISPO LOAYZA

N° 117 -2025-HNAL/DG

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 04 de Junio de 2025

VISTO:

El expediente N° 07477-2025, que contiene el Memorándum N° 020-MERB-UCIPED-HNAL-2025, la Nota Informativa N° 164-OGC-HNAL-2025 y el Informe N° 184-2025-OAJ-HNAL, sobre el documento técnico: "Criterios de Ingreso y Alta en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Nacional Arzobispo Loayza", y;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, respectivamente;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA se aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", las cuales señalan como objetivos específicos establecer la aplicación de etapas estandarizadas, transparentes y explícitas para la emisión de los Documentos Normativos del Ministerio de Salud; así como, brindar a las instancias proponentes de la regulación del Ministerio de Salud, una herramienta que facilite el desarrollo de sus funciones normativas; indicando en el numeral 5.4 como tipos de documentos normativos: la Norma Técnica de Salud, la Directiva, la Guía Técnica y el Documento Técnico. Asimismo, el literal 6.1.4. considera como documentos técnicos aquellos que abordan aspectos como Doctrinas, Lineamientos de Políticas, Sistema de Gestión de la Calidad, Planes, Manuales entre otros;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 489-2005/MINSA, se aprobó la NT N° 031-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios", la cual tiene como objetivos brindar prestaciones de salud en los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios en donde se atienden a los pacientes críticos de acuerdo a las normas establecidas, con criterios de calidad y oportunidad así como fortalecer la organización y funcionamiento de los servicios de cuidados intensivos e intermedios para la atención de los pacientes en situación crítica;

Que mediante Resolución Directoral Nº 085-2024-HNAL/DG, de fecha 09 de mayo de 2024, se conformó el "Equipo de Trabajo de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Nacional Arzobispo Loayza",

Que mediante Memorándum N° 020-MERB-UCIPED-HNAL-2025, de fecha 03 de abril de 2025, el presidente del Equipo de Trabajo de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos remite a la Oficina de Gestión de la Calidad el documento técnico: "Criterios de Ingreso y Alta en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Nacional Arzobispo Loayza" para su correspondiente evaluación y opinión técnica respectiva;

Que, el documento técnico: "Criterios de Ingreso y Alta en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Nacional Arzobispo Loayza" tiene como finalidad estandarizar el proceso de atención en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) del Servicio de Cuidados

Intensivos y Cuidados Intermedios del Hospital Nacional Arzobispo Loayza;

Que, a través de la Nota Informativa N° 164-OGC-HNAL-2025, de fecha 08 de abril de 2025, el jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad concluyó que el documento técnico: "Criterios de Ingreso y Alta en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Nacional Arzobispo Loayza" elaborado por el Equipo de Trabajo de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, cumple con la estructura descrita en la Normas para la Elaboración de los Documentos Normativos del Ministerio de Salud aprobada con Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, razón por la cual otorgó opinión favorable y recomendó proseguir con el trámite correspondiente;

Que, mediante Informe N°184-2025-OAJ-HNAL, de fecha 28 de mayo de 2025, la Oficina de Asesoría Jurídica, informa que de la revisión de la documentación que obra en el expediente, se aprecia la opinión favorable de la Oficina de Gestión de la Calidad asimismo se encuentra conforme al marco normativo vigente por lo que se procede a emitir el acto resolutivo respectivo;

Con el visto bueno del Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza;

En uso de las atribuciones conferidas por el artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, modificado por la Resolución Ministerial N° 777-2005-MINSA, y considerando la designación temporal del MC Jesús Gonzalo Jara Chalco en el cargo de Director del Hospital III de la Dirección General del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 343-2025/MINSA, de fecha 16 de mayo de 2025;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°. - APROBAR el documento técnico: **"Criterios de Ingreso y Alta en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Nacional Arzobispo Loayza"**, que forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO 2°. - ENCARGAR al jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, la supervisión y el cumplimiento del documento técnico aprobado en la presente resolución.

ARTÍCULO 3°. - DISPONER que la Oficina de Comunicaciones publique la presente resolución en el portal de la página institucional del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (www.gob.pe/hospitalloayza).

Regístrese, comuníquese y publíquese

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "ARZOBISPO LOAYZA"
Dr. GONZALO JARA CHALCO
Director General(e)
C.M.P. 051426 R.N.E. 026195

JGJC/ELVF
CC. Archivo

"CRITERIOS DE INGRESO Y ALTA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA"

MINISTERIO DE SALUD
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRITICOS
HOSPITAL NACIONAL "ARZOBISPO LOAYZA"
V°B°

2025

HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA
UCIG
Unidad de Cuidados Intensivos Generales

HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA
UCI-PEDIATRICA
Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos

ÍNDICE

		Pág.
I.-	Introducción	1
II.-	Finalidad	1
III.-	Objetivos	1
IV.-	Ámbito de aplicación	2
V.-	Base Legal	2
VI.-	Contenido	2
VII.-	Responsabilidades	13
VIII.-	Anexos	14
	Anexo 1: Flujograma de Ingreso a UCIP	14
	Anexo 2: Flujograma de alta de UCIP	15
IX.-	Bibliografía	16

MINISTERIO DE SALUD
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS
HOSPITAL NACIONAL "ARZOBISPO LOAYZA"
V°B°

HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA
UCIG
Unidad de Cuidados Intensivos Generales

HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA
UCI-PEDIATRICA

I. INTRODUCCIÓN

La práctica del cuidado intensivo pediátrico ha mejorado drásticamente en las 4 últimas décadas gracias tanto a la comprensión de la fisiopatología de los procesos potencialmente letales como al desarrollo de la capacidad tecnológica para monitorizar, diagnosticar y tratar a los pacientes pediátricos en estado de enfermedad grave y a la especialización del personal sanitario en la atención de pacientes críticos pediátricos[1].

La Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) fue definida en 1983 en las Guidelines for Pediatric Intensive Care como «…una unidad hospitalaria que proporciona tratamiento a pacientes pediátricos con una amplia variedad de enfermedades de naturaleza potencialmente letal incluyendo aquellos con condiciones altamente inestables y aquellos que requieren de un sofisticado tratamiento médico o quirúrgico». Randolph et al.[3] ampliaron esta definición: «Una UCIP es una unidad física asistencial hospitalaria independiente especialmente diseñada para el tratamiento de pacientes pediátricos graves quienes, debido al shock, trauma u otras condiciones potencialmente letales requieren observación y cuidado intensivo integral y continuo[4]».

Los 2 criterios fundamentales de ingreso de un niño a la UCIP son que el paciente precise un elevado nivel de vigilancia y/o cuidados y que presente un proceso potencialmente reversible[4,5].

La medicina de cuidados intensivos pediátricos ha evolucionado durante las últimas 3 décadas hasta convertirse en una especialidad certificada.[6] Siendo ahora enormemente complejas cuyo costo de operación es el más elevado entre todos los servicios, clínicos y quirúrgicos, lo cual genera la necesidad de evaluar adecuadamente y establecer claramente los criterios de ingreso y el posible beneficio que obtendrá el paciente al ingresar a la UCIP y debe estar en acorde a la base legal, la recuperabilidad y las prioridades. Esto permitirá brindar un manejo eficiente y oportuno al paciente pediátrico gravemente enfermo. Son unidades obligadas en todo hospital moderno.

La presente guía proporciona una referencia y facilita la toma de decisiones para la admisión y alta de los pacientes pediátricos críticos en la UCIP del Hospital Nacional arzobispo Loayza, permitiendo clasificar a los pacientes en su nivel de cuidado más apropiado basado en su necesidad de recibir monitorización y/o tratamiento intensivo y en la valoración de si el tratamiento intensivo es potencialmente beneficioso o no-beneficioso para el paciente [6]. Debido a los continuos avances de la Medicina Intensiva Pediátrica se recomienda una revisión periódica de estos criterios.

Este documento no reemplaza la aplicación del juicio clínico frente a cada escenario clínico individual. El pediatra o intensivista pediátrico podrá, en beneficio del paciente, indicar el ingreso a la UCIP de pacientes con riesgo de deterioro, con manifestaciones clínicas de enfermedad grave o con necesidad de vigilancia y monitorización intensiva no incluidos en este documento.

II. FINALIDAD

Estandarizar el proceso de atención en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) del Servicio de Cuidados Intensivos y Cuidados Intermedios del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

III. OBJETIVOS

- ✓ Normalizar los procesos de atención de pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) del Servicio de Cuidados Intensivos y Cuidados Intermedios del Hospital Nacional arzobispo Loayza.
- ✓ Permitir el ingreso oportuno del paciente crítico pediátrico a la unidad para disminuir la morbimortalidad.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía se aplica al área destinada para la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Arzobispo Loayza.

V. BASE LEGAL

a) Ley N°29414 Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.

b) Ley N°30024, ley que crea el registro nacional de historias clínicas electrónicas.

c) Decreto Legislativo N°559, que aprobó la Ley de Trabajo Médico.

d) Decreto Supremo N°013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

e) Resolución Ministerial N°489-2005 MINSA, que aprobó la NT N°031-MINSA/DGSP-V-01 "Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios".

f) Resolución Ministerial N°546-2011 MINSA, aprueba la Norma Técnica N°021-MINSA / DGSP-V0.3 ¨Norma Técnica de Salud ¨Categorías de Establecimiento del Sector Salud.

g) Resolución Ministerial N° 862-2015/ MINSA que aprueba la Norma Técnica de Salud N°119-MINSA/DGIEM V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Tercer Nivel de Atención".

h) Resolución de Gerencia General N°867-GG-Essalud-2014 "Concepto y servicios de Áreas Críticas".

i) Resolución Directoral N°085- 2024 -HNAL/DG. "Conformación de equipo de trabajo de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza".

VI. CONTENIDO

DEFINICIONES

✓ **Unidad de Cuidados Intensivos:** Es un servicio creado para la vigilancia continua y el tratamiento inmediato de los pacientes graves, cuyas funciones vitales (potencialmente recuperables) están tan alteradas, que ponen en peligro la vida.

✓ **Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP):** Unidad que se encarga de vigilar adecuadamente el tratamiento de los pacientes pediátricos en estado crítico o con problemas especiales, y así mejorar la supervivencia de los mismos. La admisión a la UCIP es para pacientes que comprenden las edades entre 1 mes de vida hasta los 17 años 11 meses y 29 días.

- ✓ **Paciente Crítico:** Paciente con enfermedad o problema de salud en el cual la afección de uno o más órganos compromete su vida.
- ✓ **Criterios de Ingreso a UCIP:** Condiciones de salud que hacen que un determinado paciente amerite ingreso a UCIP. Deben ser determinadas individualmente teniendo en cuenta la condición pre-mórbida del paciente, la naturaleza, la severidad de la enfermedad aguda y los posibles beneficios para el paciente

- ✓ **Determinantes de la Admisión:**
  - Disponibilidad de camas (debidamente equipada).
  - Pacientes que no requieran aislamiento (no se cuenta con área de aislados).
  - Recursos humanos y técnicos.
  - Consideraciones éticas, morales, económicas.
  - Capacidad de ofertar un mínimo de nivel de calidad.
- ✓ **Responsable del ingreso a UCIP:** El personal médico pediatra o intensivista pediatra de turno programado de guardia en la UCI Pediátrica, es la persona encargada de definir si un paciente amerita o no su ingreso y manejo en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. El médico responsable de turno, se encargará de elaborar la nota de ingreso, así como la terapéutica médica que el paciente amerite para su correcta atención.

CRITERIOS DE INGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Es esencial ponderar los riesgos y los beneficios potenciales del tratamiento intensivo en los pacientes susceptibles de ser ingresados en la UCIP. Idealmente, se deberían admitir en la UCIP todos los pacientes con *enfermedad reversible* en los que las aplicaciones de tecnologías asistenciales altamente sofisticadas junto con la atención médica ofrecida por un equipo de especialistas en Medicina Intensiva Pediátrica puedan reducir el riesgo de muerte [6].

El ingreso a la UCIP deberá ser considerado siempre y cuando del tratamiento intensivo se derive un beneficio potencial para el paciente. Es recomendable que la decisión de ingreso/no-ingreso en la UCIP de pacientes terminales, con pocas probabilidades de supervivencia o con enfermedades irreversibles se base preferentemente en criterios no cuantitativos de beneficio/no-beneficio del tratamiento intensivo[7]. Se recomienda utilizar el término «potencialmente inapropiado» en vez de «fútil» para describir un tratamiento en la UCIP que tiene alguna posibilidad de conseguir el efecto buscado por el paciente y su familia pero que los intensivistas u otros especialistas responsables del paciente creen que existen consideraciones éticas en oposición que justifican no proveerlo[8,9]. En ocasiones excepcionales la UCIP puede ser el lugar más apropiado para la aplicación de tratamientos y procedimientos que puedan mejorar la calidad de vida o alargar la supervivencia con suficiente bienestar en pacientes con enfermedades terminales; y también puede ser el lugar idóneo donde el personal especializado médico y de enfermería proporcionen medidas de bienestar y cuidados adecuados al final de la vida a niños y adolescentes en estado terminal[4].

En general, a la UCIP debe ingresar cualquier paciente pediátrico que presente riesgo de deterioro agudo grave, o descompensación neurológica, o inestabilidad hemodinámica, o fallo o disfunción grave o potencialmente letal de al menos un órgano

o sistema vital[10,11], o fallo o disfunción multiorgánica o multisistémica, o que requiera estabilización después de intervenciones quirúrgicas graves o durante aquellos estados pre o post quirúrgicos que se pueden acompañar de fallo o disfunción grave o potencialmente letal de al menos un órgano o sistema vital, o que por la gravedad o potencial gravedad de su situación clínica requieran monitorización invasiva y/o continua así como diagnóstico y soporte de las funciones vitales alteradas y tratamiento de las enfermedades subyacentes por personal específicamente acreditado en Medicina Intensiva Pediátrica.

A. MODELO DE PRIORIZACIÓN[12,13,14,15]: (ANEXO N°1)

PRIORIDAD I

- Pacientes críticamente enfermos, inestables, con condición potencialmente reversible y que necesitan tratamiento intensivo (soporte ventilatorio, drogas vasoactivas) y monitoreo que no se pueda brindar fuera de UCIP.
- Pacientes con Shock, Post quirúrgicos, Insuficiencia Respiratoria.
- Estos pacientes NO TIENEN LIMITACIÓN EN LA TERAPIA.

PRIORIDAD II

- Pacientes no necesariamente críticos que requieren monitoreo intensivo y pueden potencialmente necesitar tratamiento intensivo.
- Estos pacientes NO TIENEN LIMITACIÓN EN LA TERAPIA.

PRIORIDAD III

- Pacientes inestables críticamente enfermos por una enfermedad aguda pero que, asociada a enfermedad de fondo, tienen mínima posibilidad de recuperación y beneficio con el tratamiento en UCIP.
- Estos pacientes pueden recibir tratamiento intensivo para aliviar la complicación aguda, sin embargo, NO SE DARÁ MEDIDAS EXTRAORDINARIAS DE SOPORTE como: Reanimación cardiopulmonar (RCP), intubación endotraqueal, ventiloterapia, Nutrición parenteral (NPT), hemodiálisis, medicación de alto costo.

PRIORIDAD IV

- Pacientes que generalmente NO DEBERÍAN SER ADMITIDOS A LA UCIP.
- La admisión debe ser individualizada bajo circunstancias inusuales e individualizadas bajo la supervisión del médico tratante, intensivista o jefe de la UCIP.
- Existen 2 categorías:
  - IVA: Pacientes que se beneficiaran poco de los cuidados brindados por la UCIP (poca intervención): Es decir que se encuentran "demasiado bien para beneficiarse" - Ejemplo: cirugía vascular periférica, cetoacidosis diabética hemodinámicamente estable, Insuficiencia cardiaca congestiva leve, sobredosis de droga sin compromiso de conciencia, entre otros.
  - IVB: Pacientes con enfermedad terminal e irreversible con inminencia de muerte: es decir que se encuentran "demasiado enfermos para beneficiarse" - Ejemplo: daño cerebral irreversible, muerte encefálica (excepto donantes), Falla Multiorgánica (FOMS) terminal, cáncer con falla de tratamiento, estado vegetativo persistente, pacientes con mala calidad de vida.

MINISTERIO DE SALUD · HOSPITAL NACIONAL "ARZOBISPO LOAYZA" · DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS · V°B°

HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA · UCIG · Unidad de Cuidados Intensivos Generales

HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA · UCI-PEDIATRICA · Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos

B. MODELO POR DIAGNÓSTICOS, CONDICIONES O SITUACIONES PATOLÓGICAS

A continuación, se señalan las condiciones que requieren ingreso en la UCIP relacionadas con la afectación multiorgánica y con los órganos o sistemas predominantemente afectados[1] (Tablas 1 - 10).

Tabla 1: Criterios de ingreso en la UCIP relacionados con el sistema respiratorio

Pacientes con enfermedad pulmonar o de la vía aérea grave, potencialmente letal o inestable. Incluye, pero no está limitado a las siguientes situaciones[1]:
1. Intubación endotraqueal o potencial necesidad de intubación endotraqueal de urgencia y de ventilación mecánica, independientemente de la etiología.
2. Necesidad de ventilación mecánica no-invasiva en casos de insuficiencia respiratoria aguda moderada o grave.
3. Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo Pediátrico (PARDS)
4. Enfermedad pulmonar grave rápidamente progresiva o de la vía aérea inferior o superior, con riesgo de progresión a fallo respiratorio y/o a obstrucción total
5. Elevados requerimientos de oxígeno suplementario (FiO2 ≥ 0,5 para mantener SaO2 ≥ 92%), independientemente de la etiología.
6. Colocación reciente de traqueostomía con o sin la necesidad de ventilación mecánica.
7. Barotrauma agudo que compromete la vía aérea inferior o superior
8. Aspiración de cuerpo extraño acompañado de disnea, aumento del trabajo respiratorio, hipoxemia o hipercapnia o que requiera monitorización continua.
9. Ocupación del espacio pleural que compromete la respiración o produce inestabilidad hemodinámica requiriendo infusión de fluidos o vasopresores.
10. Apnea observada por un médico o enfermera o que se describe como cianosis y/o pérdida de conciencia y/o pérdida de tono muscular

FiO2: fracción inspirada de oxígeno; **SaO2:** saturación arterial de la hemoglobina con oxígeno; **UCIP:** Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Tabla 2: Criterios de ingreso en la UCIP relacionados con el sistema cardiovascular

Pacientes con enfermedad cardiovascular grave o potencialmente letal o inestable o que requieren monitorización continua y/o invasiva. Incluye, pero no está limitado a las siguientes situaciones[1]:

1. Shock independientemente de la etiología
2. Estado post-reanimación cardiopulmonar
3. Arritmias potencialmente letales o que requieran monitorización continua
4. Síncope de origen cardiaco sospechado o documentado
5. Insuficiencia cardiaca inestable, con o sin necesidad de ventilación mecánica
6. Enfermedad cardiaca congénita con estado cardiorrespiratorio inestable
7. Después de procedimientos intratorácicos y cardiovasculares de alto riesgo
8. Enfermedad cardiovascular que requiera de monitorización invasiva y continua de la presión arterial, de la venosa central, gasto cardiaco.
9. Necesidad de marcapasos cardiaco provisional
10. Hipertensión arterial que requiere terapia intravenosa
11. Hipertensión pulmonar descompensada
12. Taponamiento cardiaco establecido o inminente
13. Tromboembolismo pulmonar
14. Pacientes que requieran tratamiento con riesgo potencial de causar reacción anafiláctica aguda grave.

UCIP: Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Tabla 3: Criterios de ingreso en la UCIP relacionados con el sistema renal

Pacientes con enfermedad renal grave, potencialmente letal o inestable. Incluye, pero no está limitado a las siguientes situaciones[1]:
1. Fallo renal agudo o crónico que requiera monitorización invasiva y/o continua y/o intervención compleja.
2. Pacientes que requieren hemodiálisis aguda, diálisis peritoneal u otras terapias de remplazamiento renal como la hemofiltración o hemodiafiltración veno-venosa continua en un paciente inestable.
3. Rabdomiólisis aguda con insuficiencia renal

UCIP: Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Tabla 4: Criterios de ingreso en la UCIP relacionados con infecciones

Pacientes con infección o sospecha de infección potencialmente letal o que requieran monitorización invasiva y/o continua. Incluye, pero no está limitado a las siguientes situaciones[1]:
1. Sepsis con disfunción cardiovascular o síndrome de distrés respiratorio agudo pediátrico o disfunción de otros 2 órganos vitales y/o con signos de alto riesgo: bradicardia, taquicardia, taquipnea, hipoxemia, relleno capilar enlentecido, alteración del estado de conciencia, hipotensión, oliguria, hiperlactatemia / hiperlactacidemia, alteración de la coagulación y/o trombocitopenia de nueva aparición.
2. Paciente séptico inmunodeprimido o asociada a neutropenia o a linfopenia con descompensación hemodinámica.
3. Infección o absceso que por su localización, extensión o estado clínico del paciente comprometan o puedan comprometer gravemente el funcionamiento de al menos un órgano o sistema vital o de la vía aérea
4. Enfermedades infecciosas cuya conocida evolución natural y/o posibles complicaciones sean potencialmente letales o amenacen la disfunción grave de al menos un órgano o sistema vital.

UCIP: Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Tabla 5: Criterios de ingreso en la UCIP relacionados con el aparato digestivo

Pacientes con enfermedad gastrointestinal grave, potencialmente letal o inestable. Incluye, pero no está limitado a las siguientes situaciones[1]:
1. Sangrado gastrointestinal agudo grave que conduce a inestabilidad hemodinámica y/o respiratoria
2. Después de una endoscopia de urgencia para extraer cuerpos extraños que comporte riesgo de hemorragia o perforación
3. Fallo hepático agudo que conduce o potencialmente pueda conducir a coma o inestabilidad hemodinámica y/o respiratoria
4. Inflamación o distensión gastrointestinal con inestabilidad hemodinámica y/o alteración hidroelectrolítica grave
5. Pancreatitis aguda grave

UCIP: Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "ARZOBISPO LOAYZA"
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS
V°B°

HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA
UCIG
Unidad de Cuidados Intensivos Generales

HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA
UCI-PEDIATRICA
Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos

Tabla 6: Criterios de ingreso en la UCIP relacionados con el estado neurológico

Pacientes con enfermedad neurológica actual grave, potencialmente letal o inestable o que requieran monitorización invasiva y/o continua. Incluye, pero no está limitado a las siguientes situaciones[1]:
1. Status epilépticos
2. Pacientes con convulsiones que muestren inestabilidad de los signos vitales relacionados con la vía aérea, respiración o circulación
3. Alteración aguda y/o grave del estado de conciencia donde el deterioro o depresión neurológica es probable o impredecible, o coma con compromiso potencial de la vía aérea
4. Tras procedimientos quirúrgicos que requieren monitorización invasiva u observación clínica estrecha, integral y continua
5. Puntuación escala de coma de Glasgow (ECG) < 13. o caída de 3 o más puntos ECG.
6. Inflamación o infecciones agudas de la médula espinal, meninges o cerebro que se acompañan de depresión neurológica, alteraciones metabólicas y hormonales, compromiso hemodinámico y/o respiratorio o del potencial incremento de la presión intracraneal
7. Trauma craneal grave o con signos o síntomas de hipertensión intracraneal
8. Cualquier condición perioperatoria neuroquirúrgica que se acompañe de deterioro neurológico
9. Disfunción neuromuscular progresiva con o sin alteración del sensorio que requiera vigilancia o monitorización cardiovascular continua y/o soporte respiratorio intensivo
10. Compresión de la médula espinal establecida o inminente de cualquier origen
11. Colocación de un dispositivo para drenaje ventricular externo
12. Hemorragia intracraneal aguda o edema cerebral evidenciado por imagen
13. Alteración estructural cerebral evidenciada por neuroimagen que requiera vigilancia intensiva continua o monitorización de la presión de perfusión cerebral y/o soporte respiratorio intensivo
14. Nuevo cambio pupilar asociado a deterioro del sensorio
15. Necesidad de monitorización de la presión intracraneal, saturación tisular cerebral, saturación de oxígeno del bulbo de la yugular y/o medición de la presión de perfusión cerebral
16. Tras la sospecha o el diagnóstico de un accidente cerebrovascular agudo hemorrágico o isquémico

UCIP: Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Tabla 7: Criterios de ingreso en la UCIP en pacientes hemato-oncológicos

Pacientes con enfermedad hematológica u oncológica grave, potencialmente letal o inestable o con sangrado activo o estado protrombótico que amenaza su vida o la funcionalidad de un órgano vital. Incluye, pero no está limitado a las siguientes situaciones[1]:
1. Exanguinotransfusión
2. Plasmaféresis y leucoaféresis con condición clínica inestable
3. Coagulopatía grave
4. Anemia grave ≤ 4 g/dl y/o que debido a las condiciones del paciente resulta en compromiso hemodinámico y/o en hipoxia Tisular
5. Complicaciones graves de la crisis de células falciformes como cambios neurológicos, síndrome del tórax agudo o anemia aplásica con inestabilidad hemodinámica
6. Pacientes en quimioterapia, corticoterapia o inmunoterapia con síndrome de lisis tumoral.
7. Masas o tumores que comprimen o amenazan con comprometer vasos vitales, la función de órganos vitales o la vía aérea
8. Síndrome de cava superior asociado con masa mediastínica
9. Hiperleucocitosis con hiperviscosidad e hipertensión pulmonar
10. Complicaciones establecidas derivadas del tratamiento quimioterápico que supongan un riesgo vital o fallo de al menos un órgano vital

UCIP: Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Tabla 8: Criterios de ingreso en la UCIP relacionados con el estado endocrino / metabólico

Pacientes con enfermedad endocrina o metabólica grave, potencialmente letal o inestable. Incluye, pero no está limitado a las siguientes situaciones[1]:
1. Cetoacidosis metabólica grave que requiere tratamiento que excede la capacidad institucional para el cuidado del paciente fuera de la UCIP o con deshidratación grave, inestabilidad hemodinámica o afectación neurológica
2. Deshidratación grave con inestabilidad hemodinámica y/o que requiera monitorización invasiva

3. Otras anormalidades electrolíticas graves, tales como: Hiperkaliemia ≥ 6 mEq/l y/o asociada a arritmias y/o a insuficiencia renal y/o que requiera monitorización ECG continua y/o intervención compleja Hipokaliemia < 3 mEq/l y/o asociada a arritmias y/o a insuficiencia renal y/o que requiera infusión Intravenosa (IV) de K ≥ 0,15 mEq/kg/h y/o monitorización ECG continua Hiponatremia Na ≤ 125 mEq/l o hipernatremia ≥ 160 mEq/l o asociadas a, o con riesgo potencial de, edema cerebral o mielinolisis central pontina o que requieran intervención compleja Hipo- o hiperglucemia que requiera monitorización y vigilancia continua Acidosis metabólica grave que requiera monitorización cardiovascular continua o intervención compleja Alcalosis metabólica grave que requiera monitorización continua o intervención compleja Situaciones clínicas con anormalidades agudas graves establecidas o potenciales de los iones divalentes fósforo, calcio o magnesio que requieran monitorización continua o invasiva y/o tratamiento IV continuo y/o intervención compleja Cuando se requiera monitorización continua y/o invasiva y/o una intervención compleja para mantener el balance de fluido adecuado
4. Hiperamonemia grave asociada a disfunción cerebral
5. Errores congénitos del metabolismo con deterioro agudo que requiere monitorización invasiva, soporte respiratorio, diálisis aguda, hemoperfusión, manejo de la hipertensión intracraneal o soporte inotrópico
6. Insuficiencia suprarrenal de cualquier etiología que se acompañe de anormalidades electrolíticas y/o de disfunción cardiovascular que requiera soporte vasopresor

ECG: electrocardiograma; **IV:** intravenoso; **Na:** sodio; **K:** potasio; **UCIP:** Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos

Tabla 9 Criterios de ingreso en la UCIP relacionados con accidentes, intoxicaciones y lesiones por agentes ambientales[1]

1. Pacientes con ingestión de tóxicos, sobredosis de medicamentos o envenenamiento por agentes externos potencialmente letales o con potencial descompensación aguda de órganos o sistemas vitales y/o con manifestaciones graves descritas en otros apartados de estas guías y/o que requieran monitorización continua o invasiva y/o con fallo o disfunción de al menos un órgano vital y/o que requieran intervención compleja o la aplicación de tecnologías de depuración avanzada
2. Casi-ahogamiento
3. Quemaduras que cubran > 15% de la superficie corporal o que por su localización o profundidad supongan un riesgo vital o para la estabilidad del paciente
4. Lesiones por corriente eléctrica

5. Inhalación de humo
6. Golpe de calor
7. Hipotermia grave por exposición al frío
8. Lesión por agentes químicos, biológicos, radiológicos o nucleares. Pueden requerir ingreso en unidades preparadas para el aislamiento y la contención del agente
9. Trauma no accidental o lesiones por maltrato que requieran monitorización continua y/o tratamiento intensivo o que por estrategia de manejo del paciente sea conveniente su ingreso en la UCIP
10. Intento de autolisis que requiera monitorización continua y/o tratamiento intensivo o que por estrategia de manejo del paciente sea conveniente su ingreso en la UCIP

UCIP: Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Tabla 10 Criterios de ingreso en la UCIP relacionados con cirugía, donación de órganos y procedimientos invasivos o tratamientos especializados[1]

Quirúrgico
Pacientes pre y posquirúrgicos en estado de enfermedad grave y/o sepsis y/o que requieran monitorización invasiva y/o que se acompañen o tengan riesgo de fallo/disfunción grave de al menos un órgano o sistema vital y/o de coagulopatía y/o de inestabilidad hemodinámica durante el periodo perioperatorio de las siguientes situaciones:
1. Cirugía cardiovascular
2. Cirugía torácica
3. Neurocirugía
4. Cirugía abdominal
5. Cirugía otorrinolaringológica
6. Cirugía craneofacial
7. Cirugía ortopédica y espinal
8. Trasplante de órganos: cardiaco, renal, hepático, intestinal, multivisceral, pulmonar
9. Politraumatizados
10. Pérdida sanguínea masiva ya sea durante la cirugía o durante el periodo postoperatorio
11. Cirugía que implique daño establecido o potencial de isquemia- reperfusión total o parcial de al menos un órgano vital o tras cualquier cirugía bajo circulación extracorpórea

Donación de órganos
1. Situación de muerte cerebral en donante de órganos
2. Necesidad de cuidados intensivos orientados a la donación
3. Donación en asistolia controlada
Necesidad de aplicar tecnologías, procedimientos invasivos o tratamientos especializados
1. Condiciones clínicas en las que el paciente necesite de tecnologías o procedimientos asistenciales especializados, monitorización invasiva, intervenciones complejas o tratamiento, incluyendo medicaciones, o que requieran sedoanalgesia y que por el riesgo o complejidad inherente a su aplicación o por el estado de enfermedad del paciente excedan la capacidad institucional para su cuidado fuera de la UCIP
2. Necesidad de aplicar vigilancia y cuidados clínicos y/o de enfermería continuos o que excedan la capacidad institucional para su cuidado fuera de la UCIP

UCIP: Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

CRITERIOS DE ALTA DESDE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Los pacientes ingresados a la UCIP serán evaluados y considerados para alta cuando la enfermedad, proceso o condición fisiológica inestable que condicionó su admisión en la UCIP se haya resuelto y el paciente ya no requiera de monitorización invasiva o continua o de intervenciones complejas que excedan la capacidad institucional para su cuidado fuera de la UCIP, o cuando ya no se derivan beneficios del tratamiento intensivo para el paciente.

El alta del paciente debe estar basado en los siguientes criterios[1]:

1. Parámetros hemodinámicos estables.
2. Estado respiratorio estable en paciente extubado y con vía aérea permeable que no requiere soporte respiratorio o que el que requiere es no- invasivo y puede ser aplicado de forma segura fuera de la UCIP.
3. Requerimientos mínimos de oxígeno.
4. El paciente ya no requiere soporte inotrópico, vasodilatador y antiarrítmico, o con el paciente estable las dosis requeridas son bajas y pueden ser administradas de forma segura fuera de la UCIP.
5. Se han controlado las arritmias cardiacas.
6. Se ha retirado el equipo de monitorización de la presión intracraneal.
7. El paciente está neurológicamente estable y se han controlado las convulsiones.
8. Se han retirado todos los catéteres para la monitorización hemodinámica.
9. Pacientes crónicamente en ventilación mecánica invasiva (traqueostomía) o no-invasiva que permanecen estables y en quienes la enfermedad crítica aguda se

ha resuelto o ha revertido y pueden ser transferidos a una unidad que maneja rutinariamente a pacientes ventilados crónicamente o a su domicilio.

10. Pacientes con diálisis peritoneal o hemodiálisis crónica en los que se ha resuelto la enfermedad aguda crítica y que ya no requieren de intervenciones complejas, cuidados o monitorización que exceda la capacidad institucional para su cuidado fuera de la UCIP.
11. Pacientes con traqueostomía que ya no requieren de aspiración frecuente e intensiva.

El equipo encargado del cuidado del paciente y su familia, después de una valoración cuidadosa, conjunta y coordinada determinan que ya no se derivan beneficios para el paciente de su permanencia ingresado en la UCIP.

Los pacientes deben pasar a los servicios de hospitalización según evaluación del médico pediatra intensivista[6,12,13,14,15].

VII. RESPONSABILIDADES

El personal médico pediatra o intensivista pediatra de turno programado de guardia en la UCI Pediátrica, es la persona encargada de definir, de acuerdo a los criterios estipulados en esta guía, si un paciente amerita o no su ingreso y manejo en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). El médico responsable de turno, se encargará de elaborar la nota de ingreso, así como la terapéutica médica que el paciente amerite para su correcta atención.

Asimismo, cuando la condición que condicionó su admisión en la UCIP se haya resuelto y el paciente ya no requiera de monitorización invasiva y/o continua o cuando ya no se derivan beneficios del tratamiento intensivo para el paciente, el médico pediatra o intensivista pediatra de turno programado, decidirá el alta del servicio, con destino al servicio de hospitalización correspondiente o domicilio, según la condición lo amerite.

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL NACIONAL "ARZOBISPO LOAYZA" DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRITICOS V°B°

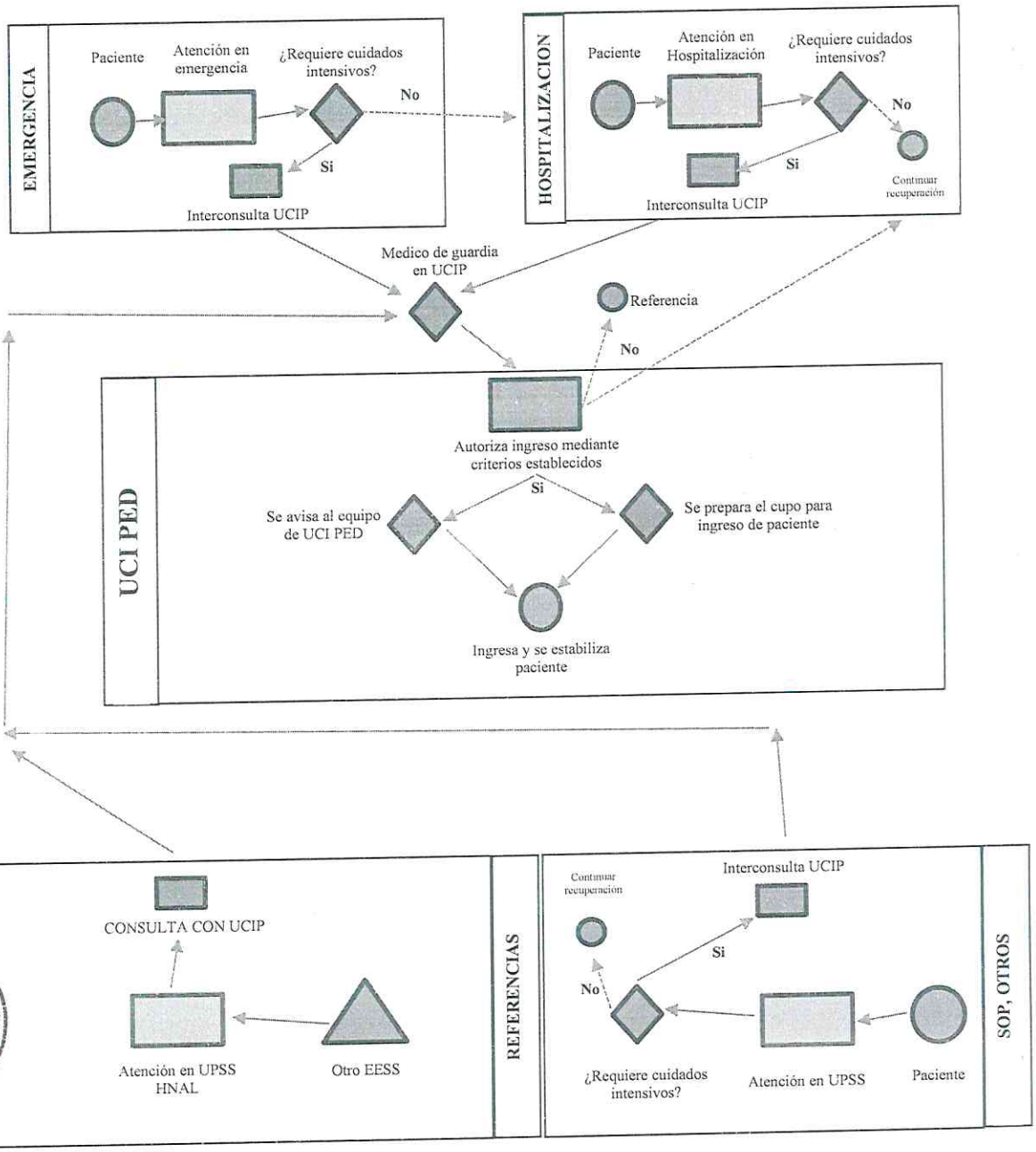
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA UCIG Unidad de Cuidados Intensivos Generales

HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA UCI-PEDIATRICA

VIII. ANEXOS

ANEXO N° 1

FLUJOGRAMA DE INGRESO A UCIP



ANEXO Nº2

FLUJOGRAMA DE ALTA DE UCIP

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. De la Oliva P, Cambra-Lasaosa FJ, Quintana-Díaz M, Rey-Galán C, Sánchez-Díaz JI, Martín-Delgado MC, et al. Guias de ingreso, alta y triage para las unidades de cuidados intensivos pediátricos en Espana. ˜ An Pediatr (Barc). 2018; 88:287-288.
2. Paediatric section of the European Union of Medical Specialists (UEMS). European Sylabus of Pediatric Intensive Care. 2015.
3. R.G. Khemani, L.S. Smith, J.J. Zimmerman, S. Erickson. Pediatric acute respiratory distress syndrome: definition, incidence, and epidemiology: Proceedings from the Pediatric Acute Lung Injury Consensus Conference. Pediatr Crit Care Med, 16 (2015), pp. S23-S40
4. Fuhrman B, Zimmerman J, Clark R, Relvas M, Rotta A, Thompson A, et al., editors. Fuhrman & Zimmerman's pediatric critical care. 5.a ed. Philadelphia: Elsevier; 2017.
5. L. Blanch, F.F. Abillama, P. Amin, M. Christian, G.M. Joynt, J. Myburgh, et al. Triage decisions for ICU admission: Report from the Task Force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. J Crit Care, 36 (2016), pp. 301-305
6. Frankel LR, Hsu BS, Yeh TS, et al. Criteria for Critical Care Infants and Children: PICU Admission, Discharge, and Triage Practice Statement and Levels of Care Guidance. Pediatr Crit Care Med. 2019;20(9):847-887.
7. Nates JL, Nunnally M, Kleinpell R, Blosser S, Goldner J, Birriel B, et al. ICU Admission, Discharge, and Triage Guidelines: A Framework to Enhance Clinical Operations, Development of Institutional Policies, and Further Research. Crit Care Med. 2016; 44:1553 – 602.
8. Bosslet GT, Pope TM, Rubenfeld GD, Lo B, Truog RD, Rushton CH, et al., American Thoracic Society ad hoc Committee on Futile and Potentially Inappropriate Treatment: Responding to Requests for Potentially Inappropriate Treatments in Intensive Care Units. Am J Respir Crit Care Med. 2015; 191:1318 – 30.
9. Kon AA, Shepard EK, Sederstrom NO, Swoboda SM, Marshall MF, Birriel B, et al. Defining Futile and Potentially Inappropriate Interventions: A Policy Statement from the Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. Crit Care Med. 2016; 44:1769 – 74.
10. R. Maharaj, I. Raffaele, J. Wendon. Rapid response systems: A systematic review and meta-analysis. Crit Care, 19 (2015), pp. 254-0973
11. Hodkinson P, Argent A, Wallis L, Reid S, Perera R, Harrison S, et al. Pathways to care for critically ill or injured children: a cohort study from first presentation to healthcare services through to admission to intensive care or death. PLOS ONE. 2016;11: e0145473.
12. Shen WK, Sheldon RS, Benditt DG, Cohen MI, Forman DE, Goldberger ZD, et al. 2017 ACC/AHA/HRS Guideline for the Evaluation and Management of Patients with Syncope: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines, and the Heart Rhythm Society. Circulation. 2017; 135:1-164.
13. National Guideline Centre (UK), editor. Sepsis: recognition, assessment and early management. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2016.
14. Adirim T, Meade K, Mistry K. A new era in quality measurement: the development and application of quality measures. Pediatrics. 2017;139:e20163442.
15. Maconochie IK, Bingham R, Eich C, Lopez-Herce J, Rodriguez- Nunez A, Rajka T, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 6. Paediatric life support Resuscitation. 2015; 95:223---48, http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.028.