



## FORMATO A DILIGENCIAR TRATÁNDOSE DE PROYECTOS DE REGULACIÓN QUE DEBAN PUBLICARSE PARA COMENTARIOS DE LA CIUDADANÍA EN GENERAL

(Numeral 8° del Artículo 8° del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo)

### ANEXO TÉCNICO DE LA RESOLUCIÓN 3100 DEL 2019.

Entidad o persona que formula el comentario	Artículo, numeral, inciso o aparte del proyecto normativo frente al que se formula el comentario	Propuesta u observación formulada	Justificación de la propuesta u observación
Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación - SCARE	<p>Artículo: 11.4.8 SERVICIO DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTO del anexo técnico de la resolución 3100 de 2019 (pág. 179)</p> <p><b>Estándar de talento humano</b></p> <p><u>Complejidad mediana</u></p> <p><i>Modalidades intramural, telemedicina - prestador remitir</i></p> <p>1. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con:</p> <p>1.1. Profesional de la medicina especialista en medicina interna.</p>	<p>Artículo: 11.4.8 SERVICIO DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTO del anexo técnico de la resolución 3100 de 2019 (pág. 179)</p> <p><b>Estándar de talento humano</b></p> <p><u>Complejidad mediana</u></p> <p><i>Modalidades intramural, telemedicina - prestador remitir</i></p> <p>1. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con:</p> <p>1.1. Profesional de la medicina especialista en medicina interna, <u>anestesiolo-</u></p>	<p>Se fundamenta la solicitud de inclusión de los Profesionales de la medicina especialistas en <b>anestesiología, medicina de urgencias, cirugía general y medicina crítica y cuidado intensivo</b> como talento humano en salud permanente en la Unidad de Cuidado intermedio junto a los especialistas en medicina interna, en las siguientes razones:</p> <p><b><u>PRIMERA. LA FORMACIÓN DE LOS ANESTESIÓLOGOS EN EL MANEJO DE PACIENTES CRÍTICOS Y DE ALTO RIESGO</u></b></p> <p>En Colombia la formación de los anestesiólogos se realiza en programas universitarios con un riguroso seguimiento por el estado en lo relacionado a Registro Calificado. Muchos programas inclusive se ofrecen en universidades con certificación de Alta Calidad. La práctica asistencial en nuestras diferentes instituciones de salud se realiza con pacientes de alto riesgos lo cual obliga al estudiante a estar en contacto con las patologías más críticas desde el inicio de su formación especializada. Adicional a esto, en los últimos semestres de formación, el estudiante de anestesiología tiene un contacto estrecho y permanente con pacientes de alto riesgo durante el manejo perioperatorio, y rotación en Unidades de Cuidado Intensivo en donde adquiere mayores competencias para el manejo de este tipo de pacientes.</p> <p>La S.C.A.R.E. lideró un proyecto con los programas de Anestesiología del país en el que revisó y unificó el plan de estudios y competencias para Colombia. En el documento: <b>"PLAN DE ESTUDIOS</b></p>



	<p>1.2. Profesional de la enfermería</p> <p>1.3. Auxiliar de enfermería.</p> <p>2. Disponibilidad de:</p> <p>2.1. Profesional de la medicina especialista en medicina crítica o cuidado intensivo o anestesiología o cirugía general o medicina de urgencias.</p> <p>2.2. Profesional en terapia respiratoria o fisioterapia.</p> <p>2.3. Profesional en nutrición y dietética.</p> <p>3. Todo el personal cuenta con acciones de formación continua en atención del paciente de cuidado intermedio adultos, a excepción de los especialistas en medicina crítica o cuidado intensivo.</p>	<p><b>gía, cirugía general, medicina de urgencias o medicina crítica y cuidado intensivo</b></p> <p>1.2. Profesional de la enfermería</p> <p>1.3. Auxiliar de enfermería.</p> <p>2. Disponibilidad de:</p> <p>2.1. Profesional de la medicina especialista en medicina crítica o cuidado intensivo o anestesiología o cirugía general o medicina de urgencias.</p> <p>2.2. Profesional en terapia respiratoria o fisioterapia.</p> <p>2.3. Profesional en nutrición y dietética.</p> <p>3. Todo el personal cuenta con acciones de formación continua en atención del paciente de cuidado intermedio adultos, a excepción de los especialistas en medicina crítica o cuidado intensivo.</p>	<p><b>Y COMPETENCIAS PARA UN PROGRAMA DE ANESTESIOLOGÍA PARA COLOMBIA”</b> que reúne la información <sup>1</sup>, se anexa las competencias en el contexto clínico:</p> <table border="1" data-bbox="1071 479 1785 917"> <thead> <tr> <th>Contexto</th> <th>Tipo de Competencia</th> <th>Dominio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="11">Clínico</td> <td>Genérica (1)</td> <td>Evaluación integral preoperatoria</td> </tr> <tr> <td>Genérica (2)</td> <td>Cuidados intraoperatorios</td> </tr> <tr> <td>Genérica (3)</td> <td>Cuidados posoperatorios</td> </tr> <tr> <td>Genérica (4)</td> <td>Atención del paciente traumatizado</td> </tr> <tr> <td>Genérica (5)</td> <td>Cuidados médicos perioperatorios de los pacientes críticos</td> </tr> <tr> <td>Genérica (6)</td> <td>Cuidados perioperatorios de los pacientes según el ciclo vital</td> </tr> <tr> <td>Genérica (7)</td> <td>Cuidados perioperatorios de la gestante</td> </tr> <tr> <td>Genérica (8)</td> <td>Cuidados perioperatorios de acuerdo a los requerimientos de procedimientos clínicos específicos</td> </tr> <tr> <td>Genérica (9)</td> <td>Anestesiología en sitios alejados del quirófano</td> </tr> <tr> <td>Genérica (10)</td> <td>Anestesiología ambulatoria</td> </tr> <tr> <td>Genérica (11)</td> <td>Medicina perioperatoria</td> </tr> </tbody> </table> <p>El mismo documento detalla más adelante cada una de estas competencias y en lo relacionado con cuidados críticos se identifica:</p>	Contexto	Tipo de Competencia	Dominio	Clínico	Genérica (1)	Evaluación integral preoperatoria	Genérica (2)	Cuidados intraoperatorios	Genérica (3)	Cuidados posoperatorios	Genérica (4)	Atención del paciente traumatizado	Genérica (5)	Cuidados médicos perioperatorios de los pacientes críticos	Genérica (6)	Cuidados perioperatorios de los pacientes según el ciclo vital	Genérica (7)	Cuidados perioperatorios de la gestante	Genérica (8)	Cuidados perioperatorios de acuerdo a los requerimientos de procedimientos clínicos específicos	Genérica (9)	Anestesiología en sitios alejados del quirófano	Genérica (10)	Anestesiología ambulatoria	Genérica (11)	Medicina perioperatoria
Contexto	Tipo de Competencia	Dominio																											
Clínico	Genérica (1)	Evaluación integral preoperatoria																											
	Genérica (2)	Cuidados intraoperatorios																											
	Genérica (3)	Cuidados posoperatorios																											
	Genérica (4)	Atención del paciente traumatizado																											
	Genérica (5)	Cuidados médicos perioperatorios de los pacientes críticos																											
	Genérica (6)	Cuidados perioperatorios de los pacientes según el ciclo vital																											
	Genérica (7)	Cuidados perioperatorios de la gestante																											
	Genérica (8)	Cuidados perioperatorios de acuerdo a los requerimientos de procedimientos clínicos específicos																											
	Genérica (9)	Anestesiología en sitios alejados del quirófano																											
	Genérica (10)	Anestesiología ambulatoria																											
	Genérica (11)	Medicina perioperatoria																											

<sup>1</sup> Documento Marco del Plan de Estudios y Competencias para un programa de Anestesiología en Colombia <https://scare.org.co/publicaciones-scare/>



			<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1094 412 1171 792" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Cuidados médicos peroperatorios de los pacientes críticos</td> <td data-bbox="1171 412 1381 792"> <p>Relaciona la fisiopatología de las enfermedades críticas con las aproximaciones necesarias para la valoración preoperatoria, el manejo intraoperatorio y el posoperatorio de acuerdo a la patología presente en el paciente.</p> <p>Argumenta los principios y modalidades de la ventilación mecánica, así como de la vigilancia y el transporte del paciente en estado crítico.</p> </td> <td data-bbox="1381 412 1648 792"> <p>Usa e interpreta el monitoreo hemodinámico invasivo y las técnicas de ventilación mecánica intraoperatoria.</p> <p>Mantiene los principios del cuidado preoperatorio, el manejo anestésico y el cuidado posoperatorio conforme a las particularidades del paciente crítico.</p> </td> <td data-bbox="1648 412 1869 792"> <p>la humanización de la atención, el trabajo en equipo y la comunicación asertiva.</p> <p>*Se reconoce como ser humano en la dimensión personal y colectiva, aportando al trabajo en equipo y asumiendo el papel de líder cuando la situación clínica lo requiere.</p> </td> </tr> </table> <p>Las otras competencias involucran igualmente aspectos de la formación profesional necesaria para abordar este tipo de pacientes.</p> <p>De forma puntual y de acuerdo con las necesidades del Servicio de Cuidado Intermedio el anestesiólogo está en capacidad de atender de forma óptima los pacientes que ingresan a estos servicios y en especial atender actividades propias del área:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluación integral del paciente en estado crítico</li> <li>2. Definición de criterios de ingreso y de egreso de pacientes crítico.</li> <li>3. Establecer necesidades y prioridades de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.</li> <li>4. Reconocer la necesidad de interconsulta a otras especialidades.</li> <li>5. Reconocer beneficios y contraindicaciones del monitoreo invasivo y no invasivo.</li> <li>6. Realizar procedimientos como: Catéteres venosos centrales, catéter de arteria pulmonar.</li> <li>7. Uso adecuado de inotrópicos, drogas vasoactivas y otras propias de las patologías relacionadas con los pacientes críticos y de alto riesgo</li> <li>8. Conocimiento general del soporte nutricional.</li> </ol> <p>Con estos argumentos, consideramos pertinente y creemos que se debe ver reflejado en la resolución la participación de un profesional Especialista en Anestesiología dentro del equipo de profesionales que pueden atender esta unidad de forma permanente y no solo en la figura de disponibilidad.</p>	Cuidados médicos peroperatorios de los pacientes críticos	<p>Relaciona la fisiopatología de las enfermedades críticas con las aproximaciones necesarias para la valoración preoperatoria, el manejo intraoperatorio y el posoperatorio de acuerdo a la patología presente en el paciente.</p> <p>Argumenta los principios y modalidades de la ventilación mecánica, así como de la vigilancia y el transporte del paciente en estado crítico.</p>	<p>Usa e interpreta el monitoreo hemodinámico invasivo y las técnicas de ventilación mecánica intraoperatoria.</p> <p>Mantiene los principios del cuidado preoperatorio, el manejo anestésico y el cuidado posoperatorio conforme a las particularidades del paciente crítico.</p>	<p>la humanización de la atención, el trabajo en equipo y la comunicación asertiva.</p> <p>*Se reconoce como ser humano en la dimensión personal y colectiva, aportando al trabajo en equipo y asumiendo el papel de líder cuando la situación clínica lo requiere.</p>
Cuidados médicos peroperatorios de los pacientes críticos	<p>Relaciona la fisiopatología de las enfermedades críticas con las aproximaciones necesarias para la valoración preoperatoria, el manejo intraoperatorio y el posoperatorio de acuerdo a la patología presente en el paciente.</p> <p>Argumenta los principios y modalidades de la ventilación mecánica, así como de la vigilancia y el transporte del paciente en estado crítico.</p>	<p>Usa e interpreta el monitoreo hemodinámico invasivo y las técnicas de ventilación mecánica intraoperatoria.</p> <p>Mantiene los principios del cuidado preoperatorio, el manejo anestésico y el cuidado posoperatorio conforme a las particularidades del paciente crítico.</p>	<p>la humanización de la atención, el trabajo en equipo y la comunicación asertiva.</p> <p>*Se reconoce como ser humano en la dimensión personal y colectiva, aportando al trabajo en equipo y asumiendo el papel de líder cuando la situación clínica lo requiere.</p>				



			<p><b><u>SEGUNDA. FORMACIÓN DE LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA DE URGENCIAS EN EL MANEJO DE PACIENTES CRÍTICOS Y DE ALTO RIESGO.</u></b></p> <p>En la actualidad, los servicios de urgencias de las clínicas y hospitales se enfrentan a nuevos retos debido no solo a las regulaciones en materia de servicios de salud en Colombia, sino también a los avances en las tecnologías disponibles y a las patologías y epidemiologías propias de cada región. La atención de los pacientes en los servicios de urgencias de una manera adecuada, oportuna y eficiente, son criterios que no necesariamente son comprendidos y puestos en práctica simultáneamente, por lo que se ha requerido formar especialistas de la medicina de urgencias que logren esta integración con éxito. Es así como desde mediados de los años 70 se marca el inicio formal de la especialidad en los Estados Unidos. En Colombia esta especialidad es ofertada desde hace 15 años en las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali.</p> <p>El impulso inicial para esta especialidad médica vino de las deficiencias percibidas en la gestión de casos cardíacos y de trauma, ya que estas fueron las condiciones en que la atención de emergencia hizo una clara diferencia en sus resultados. Sin embargo, la mayoría del personal asistencial de los servicios de urgencias ven un amplio espectro de actividad, en donde la enfermedad cardíaca crítica y condiciones de trauma constituyen una minoría de los casos. La evaluación y gestión de las enfermedades psiquiátricas, síndromes tóxicos, síndromes geriátricos, enfermedades infecciosas, gastrointestinales, respiratorias y las enfermedades musculoesqueléticas son ahora parte de la práctica de la especialidad<sup>2</sup>.</p> <p>Es así como a nivel internacional la Federación Internacional de Medicina de Emergencia (IFEM) la define: "la medicina de emergencia es un campo de la práctica médica basado en el conocimiento y las habilidades necesarias para la prevención, diagnóstico y tratamiento de aspectos agudos y urgentes de las enfermedades y lesiones traumáticas que afectan a los pacientes de todas las edades; esto abarca además una comprensión del desarrollo de sistemas médicos prehospitalarios y de emergencia hospitalaria y las habilidades necesarias para este desarrollo"<sup>3</sup>.</p> <p>Es evidente que donde la Medicina de Urgencias ha hecho su incursión, los resultados para muchas enfermedades han mejorado<sup>4</sup>. Una comparación de los resultados entre las regiones con sistemas de trauma avanzados, sistemas de paro cardio-respiratorio, sistemas de atención del paciente con ACV (Accidentes Cerebro Vasculares) y así sucesivamente, han demostrado grandes beneficios para la salud. De la misma manera, el acceso a la analgesia temprana, el cuidado coordinado del anciano; el manejo de los pacientes agudos psiquiátricos o bajo efecto de</p>
--	--	--	--

<sup>2</sup> Cameron P. International emergency medicine: Past and future. Emergency Medicine Australasia (2014) 26, 50–55

<sup>3</sup> <http://www.ifem.cc>

<sup>4</sup> Holliman CJ, Mulligan TM, Suter RE et al. The efficacy and value of emergency medicine: a supportive literature review. Int. J. Emerg. Med. 2011; 4: 44



			<p>psicoactivos y muchos otros grupos desfavorecidos ha mejorado a la luz de la evidencia científica<sup>5</sup>. En términos generales la mejora en la eficiencia hospitalaria ha sido documentada y nuevos modelos de cuidado han sido desarrollados<sup>6</sup>.</p> <p>Al igual que la formación de los anestesiólogos, los médicos en su programa de formación de la especialidad de medicina de urgencias rotan 6 meses o hasta un año, dependiendo del programa de especialización, por los servicios de cuidado intensivo y cuidado intermedio, los objetivos curriculares de esta rotación son básicamente:</p> <p>El residente estudiará los principios fisiológicos, diagnósticos y terapéuticos del paciente de las unidades de cuidado intensivo en sus diversas modalidades como trauma en cuidado intensivo, patología clínica no traumática en UCI, post operatorios complejos, la planificación del trabajo en unidades intensivas cerradas y abiertas, mono o polifuncionales. Se estudiarán y practicarán los principios de terapia invasiva, monitoria invasiva y no invasiva y los preceptos fundamentales del manejo ventilatorio dentro y fuera de la unidad de terapia intensiva</p> <p>Etiología, fisiopatología, enfoque diagnóstico y terapéutico del paciente con:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Falla orgánica múltiple.</li><li>• Falla cardíaca.</li><li>• Falla respiratoria.</li><li>• Infecciones severas, sepsis severa y choque séptico</li><li>• Edema pulmonar cardiogénico</li><li>• SDRA</li><li>• Tromboembolismo pulmonar de riesgo alto e intermedio</li><li>• Crisis Hiperglicémicas</li><li>• Trastornos hidroelectrolíticos, acido-base y de la coagulación en el paciente crítico.</li><li>• Choque cardiogénico, distributivo, hipovolémico.</li><li>• Interpretación datos de los monitores cardíacos y hemodinámicos, gases arteriales, pulsoxi-metría.</li><li>• Manejo de medicamentos inotrópicos, vasopresores, vasodilatadores, sedantes y analgésicos de uso común en la unidad de cuidado intensivo.</li><li>• Conocimiento y desarrollar habilidades en el manejo de la reanimación cardio cerebro pulmonar.</li><li>• Manejo integral del paciente que se encuentra en estado postoperatorio, o ha sufrido trauma severo (incluyendo quemaduras).</li></ul>
--	--	--	--

<sup>5</sup> Moss JE, Houghton LM, Flower CL, Moss DL, Nielsen DA, McD Taylor D. A multidisciplinary Care Coordination Team improves emergency department discharge planning practice. Med. J. Aust. 2002; 177: 435–9

<sup>6</sup> Cameron PA, Joseph AP, McCarthy SM. Access block can be managed. Med. J. Aust. 2009; 190: 364–8



			<ul style="list-style-type: none"><li>• Principios éticos y legales aplicables al cuidado de los pacientes críticamente enfermos incluyendo el concepto de no reanimación.</li><li>• Exámenes diagnósticos de laboratorio e imagenológicos en el manejo del paciente crítico.</li><li>• Indicaciones, contraindicaciones, beneficios y complicaciones del soporte nutricional en el paciente crítico.</li></ul> <p>Con estos argumentos, consideramos pertinente y creemos que se debe ver reflejado en la resolución la participación de un profesional Especialista en Medicina De Urgencias dentro del equipo de profesionales que pueden atender esta unidad de forma permanente y no solo en la figura de disponibilidad</p> <p><b><u>TERCERA. NORMA DE HABILITACIÓN ANTERIOR</u></b></p> <p>No se puede perder de vista que la norma de habilitación anterior, resolución 2003 del 2014 tenía como <i>estándar de talento humano</i> de la Unidad de Cuidado Intermedio Adulto: <u>Médico general, con certificado de formación en control del paciente de cuidado intermedio adultos</u>, Enfermera y Auxiliar de enfermería y en disponibilidad: <b>Médico especialista en medicina crítica o cuidado intensivo o anestesiólogo o internista o cirugía general o medicina de urgencias</b>.</p> <p>Es decir no se requería especialidad médica para ser parte del profesional de la medicina con quien de manera permanente debía contar la Unidad de Cuidado Intermedio adulto, solo se requería certificado de formación en control de paciente de cuidado intermedio adulto motivo por el cual esta labor fue desempeñada también por especialistas que contaran con esta certificación, existiendo en la actualidad profesionales de la medicina especialistas en: anestesiología, medicina de urgencias, medicina crítica o cuidado intensivo y cirugía general , que cuentan con amplia experiencia e idoneidad profesional para la atención de este servicio que al hacerse exigible el estándar de talento humano previsto en la resolución 3100 de 2019 quedan por fuera de la posibilidad de continuar desempeñándose en esta área en desmedro de sus condiciones para el ejercicio profesional</p> <p><b><u>CUARTA. ATENCIÓN EN UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO DE ANESTESIOLOGOS, URGENCILOGOS, INTENSIVISTAS Y CIRUJANOS</u></b></p> <p>Adicionalmente se debe tener en cuenta La idoneidad profesional de los especialistas en: <b>anestesiología, medicina de urgencias, cirugía general y medicina crítica y cuidado intensivo</b> para atender pacientes en las unidades de cuidado intermedio con calidad y seguridad para el paciente, por el hecho de contar de acuerdo con la resolución 3100 con un estándar de talento humano para el servicio de Cuidado Intensivo donde el especialista en anestesiología y en</p>
--	--	--	---



			<p>medicina de urgencias hacen parte del personal con el que se debe contar en este servicio de manera permanente para lo cual requieren demostrar participación en actividades de capacitación continua, lo cual lo ayuda a mantener actualizados los conocimientos y conocer los protocolos de manejo</p> <p>11.4.9 SERVICIO DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS Complejidad alta <i>odalidades intramural, telemedicina - prestador remitir</i></p> <p>1. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con:</p> <p>1.1. Profesional de la medicina especialista <b>en medicina crítica y cuidado intensivo</b> o profesional de la medicina <b>especialista en anestesiología</b> o neurología o neurocirugía o <b>medicina Interna</b> o ginecología o <b>cirugía general</b> o <b>medicina de urgencias</b>, según la oferta de servicios.</p> <p>(...)</p> <p>En este sentido se puede predicar que si estas especialidades pueden atender pacientes en el servicio de Cuidado Intensivo pueden hacerlo de igual forma en el servicio de Cuidado Intermedio donde se manejan pacientes menos graves, con calidad y seguridad.</p> <p><b>QUINTO. FUNCIONAMIENTO DE LAS UNIDADES DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTO</b></p> <p>Es pertinente mencionar que las unidades de cuidados intermedios<sup>1,2</sup>, están concebidas para pacientes que previsiblemente tienen un bajo riesgo de necesitar medidas terapéuticas de soporte vital, pero que requieren mejor monitorización médica y cuidados de enfermería de los que puedan recibir en una planta de hospitalización convencional<sup>3</sup>.</p> <p>El ingreso a las unidades de cuidados intermedios son para pacientes que necesitarían vigilancia y monitorización. Son pacientes estables y sus necesidades de tratamiento no dependen de medidas de invasividad. Sin embargo, por la naturaleza de la enfermedad, son susceptibles de complicaciones que deben resolverse rápidamente<sup>4</sup>.</p> <p>Las unidades de cuidado intermedio son estructuras asistenciales, conceptualmente dependientes de las unidades de cuidado intensivo, que nacen como consecuencia de distintos objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Disminuir el salto asistencial cualitativo entre las unidades de cuidado intensivo y las salas de hospitalización convencional e incrementar la capacidad asistencial de las unidades de cuidado intensivo, mediante la posibilidad de atender pacientes con menor grado de dependencia, y que son mejor atendidos en las alternativas existentes en cada uno de los centros considerados como son generalmente las salas de hospitalización.</li><li>2. Garantizar una continuidad asistencial a enfermos cuya situación no permite un traslado a salas de hospitalización con las suficientes garantías.</li></ol>
--	--	--	---



			<p>3. Como valor añadido, se dice que la existencia de las unidades de cuidado intermedio puede asociarse a una disminución de la mortalidad total incluyendo la hospitalaria<sup>5</sup>.</p> <p><b>Criterios de ingreso en la Unidad de Cuidados Intermedios</b></p> <p><b>1. Patología Cardiovascular</b></p> <p>Síndrome coronario agudo. IAM hemodinámicamente estable. Cualquier paciente hemodinámicamente estable sin IAM que precisa marcapasos temporal. Tras colocación de marcapasos con riesgos. Insuficiencia cardiaca clase funcional III-IV de la NYHA sin necesidad de ventilación mecánica. Bradicardias sintomáticas o bloqueos tóxicos. Taquiarritmias sintomáticas sin alteraciones hemodinámicas graves. Pericarditis de riesgo.</p> <p><b>2. Patología Respiratoria</b></p> <p>Pacientes ventilados, estables, para destete y cuidados crónicos. Neumonía grave sin necesidad de ventilación. Disfunción ventilatoria mixta sin compromiso grave. Pacientes que precisan ventilación no invasiva. Pacientes que requieren monitorización frecuente de signos vitales o fisioterapia respiratoria intensa. Pacientes con hemotórax submasivo, contusión pulmonar importante o volet torácico.</p> <p><b>3. Patología Del Sistema Nervioso</b></p> <p>Pacientes con TCE moderado o leve que precisan monitorización (por ej. contusión cerebral pequeña). Pacientes con TCE que precisan fisioterapia respiratoria Pacientes con afectación crónica del SNC, como alteraciones neuromusculares que precisen cuidados.</p> <p><b>4. Intoxicaciones Y Sobredosis</b></p> <p>Cualquier paciente que precise monitorización neurológica, pulmonar y cardiaca estable</p> <p><b>5. Patología Gastrointestinal</b></p> <p>laceración hepática aguda con signos vitales estables</p> <p><b>6. Patología Renal Y Endocrino-Metabólica</b></p>
--	--	--	--





			<p>Insuficiencia prerrenal. Pacientes con cetoacidosis diabética que requieren infusión de insulina i.v. durante una fase temprana. Estados hiperosmolares con resolución del coma Estados hipertiroideos que precisen monitorización</p> <p><b>7. Patología Quirúrgica</b></p> <p>Postoperatorio de cirugía mayor, hemodinámicamente estables, que precisen fluidos y transfusiones. Postoperatorio que precise monitorización (por ej. con angina o IM recientes)</p> <p>Por último, al revisar estos criterios de ingreso a la unidad de cuidados intermedios y las competencias que durante su formación como anestesiólogos, urgenciólogos, cirujanos e intensivistas reciben estos profesionales de la medicina nos permitimos reiterar nuestra solicitud de incluirlos en los profesionales presenciales que pueden atender el servicio de cuidado intermedio adulto.</p> <p><b>BIBLIOGRAFÍA.</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Reunión de Consenso. Graduación asistencial en Medicina Intensiva. Unidades de Cuidados Intermedios. Madrid 6 y 7 de mayo de 2003.</li><li>2. Unidades de Semicríticos: una solución al problema. Medical Selection de Medicina Intensiva 1/2001. Doyma.</li><li>3. Zimmerman JE, Wagner D, Sun X, Knaus WA, et al. Planning patient services for intermediate care units: insights based on care for intensive unit low-risk monitor admissions. Crit Care Med 1996; 24:1626-7.</li><li>4. Mulley AG, Thibault GE, Hughes RA, et al. The course of patients with suspected myocardial infarction: The identification of low-risk patients for early transfer from intensive care. NEJM 1980;302: 943-8.</li><li>5. Weissman C. Factors influencing changes in surgical intensive care unit. Crit Care Med, 28 (2000), pp. 1766-71</li><li>6. Do we need intermediate care. PG HSRO Course, ESICM 17th Congress, Berlin 2004. Disponible en: <a href="http://www.hsro-esicm.org/index1.asp">http://www.hsro-esicm.org/index1.asp</a>.</li></ol>
--	--	--	---