

ANEXO TECNICO # 16- SERVICIOS DE INTERNACIÓN EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS		
ANEXO TÉCNICO	MODALIDAD	DIRIGIDO A IPS PARTICIPANTES
COBERTURA	EVENTO	<p>Este anexo técnico hace parte <u>integral de los términos de referencia y del futuro contrato</u>, del cual usted, IPS está siendo participe. Cabe aclarar que dichas peticiones están enmarcadas en la <u>el Manual Técnico Administrativo para la implementación del Modelo de atención en salud de la Población Privada de la libertad a cargo del INPEC del 2020</u> y la <u>Resolución 2808 del 2022</u> donde se Establecen los servicios y tecnologías de salud; esto en aras de brindar una adecuada atención a toda la Población privada de la libertad PPL a cargo del Fondo PPL, detallada según base censal suministrada por el INPEC, la cual es actualizada de forma semanal.</p> <p>Este anexo de contratación busca establecer unas reglas claras de contratación desde lo técnico hasta lo administrativo, reconociendo que la base de la gestión de un servicio complejo como las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) consiste en consensuar medidas que apunten hacia la calidad y seguridad del paciente, propendiendo por el cumplimiento de las exigencias legales de los distintos órganos y consejos reglamentarios aplicables, mediante acciones que garanticen sostenibilidad para todo el sistema de salud. En este anexo se prioriza la calidad, se garantiza la sostenibilidad a través de la satisfacción del cliente y la mejora continua, además evitar los efectos nocivos de la falta de atención con calidad del paciente que requiere estos servicios. Los beneficios del cumplimiento de este anexo incluyen desde la integración de los diversos recursos o talentos de la salud, hasta una mayor eficiencia y efectividad en las decisiones clínicas, lo cual impacta en la mejoría de la atención y la optimización del presupuesto de la unidad.</p> <p>La calidad asistencial tiene la finalidad de conseguir los siguientes objetivos: mejorar las prácticas en la atención de nuestros usuarios, lograr que el usuario este satisfecho con la atención recibida, asegurar que estos cuidados sean accesibles y continuos, emplear intervenciones apropiadas a las necesidades de los pacientes y, por último, intentar obtener el máximo beneficio para su salud empleando el mínimo de recursos disponibles, este es el concepto de gestión de la calidad y además aplicamos las directrices de costo efectividad.</p> <p>NUMERALES DEL ANEXO</p> <p>Se establecen los siguientes numerales del anexo de cuidado intensivo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se define paciente o enfermo en fase terminal como todo aquel que es portador de una enfermedad o condición patológica grave, que haya sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto, que demuestre un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento curativo y de eficacia comprobada, que permita modificar el pronóstico de muerte próxima; o cuando los recursos terapéuticos utilizados con fines curativos han dejado de ser eficaces. En el caso que exista controversia sobre el diagnóstico de la condición de enfermedad terminal se podrá requerir una segunda opinión o la opinión de un grupo de expertos. Se define como Enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida, como aquella que es de larga duración, que ocasione grave pérdida de la calidad de vida, que demuestre un carácter progresivo e irreversible

		<p>que impida esperar su resolución definitiva o curación y que haya sido diagnosticada en forma adecuada por un médico experto.</p> <p>Los pacientes en fase terminal y con enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida, son prioridad 4, en igual sentido, en las historias clínicas debe establecerse claramente el pronóstico del paciente, utilizando de score de severidad y predictores de riesgo. Estos índices pronósticos y de severidad deben ser realizados de forma diaria o rutinaria. "La UCI debería reservarse para pacientes con condiciones reversibles y que tienen una posibilidad razonable de recuperación"</p> <p>Todo paciente terminal o en fase final de la vida deberá ser notificado DE FORMA INMEDIATA al programa de cuidados paliativos CUIDAR SER de PPL garantizando así la atención integral del paciente en la unidad de crónicos o cuidados paliativos.</p> <p>En los casos de pacientes terminales que no tengan registros en su historia clínica, ni documentación que permitan corroborar o determinar la condición de paciente terminal, en estos casos el intensivista deber definir claramente su pronóstico y establecer si el paciente es terminal o no, todo esto debe quedar registrado en la historia clínica y hasta su definición de terminal o no estos días se reconocerán según la complejidad que sea atendido el paciente.</p> <p>También se da claridad, en el caso de cuando exista controversia sobre el diagnóstico de la condición de enfermedad terminal se podrá requerir una segunda opinión o la opinión de un grupo de expertos. En este mismo sentido no se reconocerá el cobro de estancia en unidad de cuidados intensivos a las pacientes o enfermos con Enfermedad crónica degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida cuyo ingreso sea producto de la progresión esperada de su enfermedad.</p> <p>No se reconocerá cobro de estancia en UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) a la Institución Prestadora de servicios (IPS) de salud que ingrese pacientes o enfermos con diagnóstico de enfermedad maligna (tumores sólidos o sanguíneos o de compromiso medular) en estadio IV catalogados o con diagnóstico de pacientes o enfermo en fase terminal con un índice de karnofsky igual o menor del 50%. El máximo valor para pagar por día estancia será cuidados intermedios, se debe propender por pasar al programa de cuidados paliativos.</p> <p>Luego de la notificación al programa CUIDAR SER las siguientes 24 horas de estancia</p> <p>serán reconocidas como intermedios.</p> <p>2. En el caso de los pacientes con diagnóstico de cáncer estos deben ser admitidos a UCI de manera temprana, independiente de la fase de la enfermedad , si están recibiendo o se encuentran en proceso de inicio de quimioterapia, radioterapia o cirugía con fines terapéuticos no paliativos, de igual forma si desarrollan una condición médica aguda grave potencialmente reversible que amerite atención</p>
--	--	--

		<p>estricta, monitoreo continuo y recuperación asistida, incluso si es debido a quimioterapia, radioterapia o por progresión de la enfermedad. Estos pacientes independientemente de su pronóstico si son sometidos a cirugía mayor con fines terapéuticos NO paliativos deben ser ingresados a UCI y ser manejados de acuerdo con la complejidad que amerite. La enfermedad metastásica o la neutropenia NO son condiciones independientes para la NO admisión de cuidado intensivo. Siempre en cualquier fase de la enfermedad es necesario conocer la voluntad anticipada del paciente si existiese, o el consentimiento de este y su familia para la admisión a la UCI.</p> <p>3. MUERTE ENCEFALICA: se define como el fenómeno biológico que se produce en una persona cuando de forma irreversible se presenta en ella ausencia de las funciones del tallo encefálico, comprobada por examen clínico, para los efectos del diagnóstico de muerte encefálica previo a cualquier procedimiento destinado a la utilización de componentes anatómicos para fines de trasplantes u otros usos terapéuticos, deberá constatarse por lo menos, la existencia de los siguientes signos: 1. Ausencia de respiración espontánea. 2. Pupilas persistentemente dilatadas. 3. Ausencia de reflejos pupilares a la luz. 4. Ausencia de reflejo corneano. 5. Ausencia de reflejos óculo vestibulares. 6. Ausencia de reflejo faríngeo, Se hace hincapié en la necesidad de que, por lo menos, dos médicos certifiquen la muerte encefálica, y que uno de ellos sea especialista en ciencias neurológicas, sin relación interdependiente o con el grupo de trasplante. La constancia de dicho acto con la descripción de cada uno de los siete signos clínicos descritos debe quedar claramente expresa en la historia clínica, y en caso de no poderse completar el chequeo de alguno de ellos, se debe aplicar una prueba diagnóstica que define como test de certeza. El diagnóstico de muerte encefálica no es procedente cuando en la persona exista cualquiera de las siguientes condiciones: 1. Alteraciones tóxicas y metabólicas reversibles. 2. Hipotermia inducida 3. pacientes bajo el efecto de medicamentos o sustancias depresoras del sistema nervioso central y relajantes musculares. No se reconocerá el coro estancia en pacientes con signos clínicos de descerebración (Postura de descerebración es la postura corporal anormal donde se mantener extendidos los brazos y las piernas, los dedos de los pies apuntan hacia abajo y la cabeza y el cuello arqueados hacia atrás. Los músculos se tensionan y se mantienen rígidos. Este tipo de postura por lo general significa que ha habido daño grave al cerebro) cuya causa sea: hemorragia intracraneal, tumor del tronco encefálico, infarto cerebral (accidente cerebrovascular, Encefalopatía (problema cerebral debido a drogas, intoxicación o infección), traumatismo craneal, encefalopatía hepática, aumento de la presión intracraneal por cualquier causa, tumor cerebral primario y tumor cerebral secundario.</p> <p>4. NO se admitirán pacientes a la unidad de cuidados intensivos solo con la finalidad de realizar el procedimiento de EUTANASIA. El procedimiento debe ser realizado en instituciones habilitadas con protocolos establecidos, respetando la elección hospitalaria o ambulatoria del paciente o la familia y la normatividad legal vigente en Colombia.</p> <p>5. Todo paciente politraumatizado debe tener definida su conducta quirúrgica o neuroquirúrgica ANTES o Durante las primeras 12 horas desde su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos, con las evaluaciones presenciales por los especialistas en el área quirúrgica. Se define paciente politraumatizado (Politraumatizado es todo paciente que presenta múltiples lesiones orgánicas o/y musculoesqueléticas con alteración de la circulación y/o ventilación que</p>
--	--	--

		<p>comprometen su vida de forma inmediata o en las horas siguientes del trauma, Politraumatizado es la coexistencia de lesiones traumáticas múltiples producidas por un mismo accidente, que comporta riesgo vital para el paciente. Paciente con trauma severo: Víctima de accidente de tránsito, Quemadura con extensión mayor de 20%, Precipitación, Dos o más fracturas de huesos largos proximales, Injuria en extremidades con compromiso vascular, Herida de bala o arma blanca, Sospecha de traumatismo vertebro medular, Evisceración., Amputación con sangrado no controlado, Traumatismo encéfalo craneano) el diagnostico principal debe ser claro: CIE: 10; TO7.</p> <p>6. De acuerdo con el manual tarifario contratado se define que la estancia en Unidad de Cuidados Intensivos siempre incluye terapia respiratoria, pero no la terapia física por lo que se deben facturar estas últimas siempre y cuando estén soportadas en la historia clínica y se demuestre el cumplimiento de indicadores de movilidad temprana.</p> <p>7. La toma, análisis, interpretación de gases arteriales, venosos y mixtos, además de incluir los electrolitos, nivel de ácido láctico o lactato sérico y otras mediciones que sean resultado del mismo procedimiento y que sean incluidos en los resultados de la toma de gases sanguíneos no serán reconocidos en la facturación.</p> <p>Nota Aclaratoria: Si en la misma toma de gases arteriales, se recibe información o resultados de otras variables como hemoglobina, hematocrito, electrolitos ácido láctico, bilirrubinas entre otras, que no hayan sido ordenadas estas no pueden ser facturadas.</p> <p>8. En las IPS con servicios habilitados de UCI, deberá contar con un comité de infecciones y programa de control de infecciones, quien debe ser liderado por un especialista en enfermedades infecciosas (infectólogo), en donde se establecerá la política con el uso racional de antibióticos, con evidencias de socialización y adherencia de los profesionales que laboran en la institución y principalmente en las unidades cerradas. Es necesario que se socialice y notifique a nuestro PATRIMONIO AUTÓNOMO DE LA PPL los esquemas de profilaxis pre o post quirúrgica, así como los tiempos establecidos de esta, con las restricciones de antibióticos para evitar generar resistencias bacterianas que ponga en riesgo a los pacientes o enfermos, así como incurrir en mayores costos en salud, los antibióticos de última generación o de amplio espectro se reservan para resistencias médicamente comprobadas. Este comité de infecciones debe presentar de manera regular mínimo cada trimestre sus principales causas de infecciones que implican manejo en UCI, así como el perfil de resistencia de la UCI. Se debe demostrar cuales son los protocolos de manejo o GPC que se siguen para el manejo de las patologías así como estricto cumplimiento de estas, en caso de haber desviación es necesario soportar en la historia clínica la toma de estas decisiones siempre con el aval del infectólogo. Para el uso de las terapias empíricas antibióticas de primera y segunda línea deben ser tomados cultivos previamente al inicio de la terapia empírica en todos los casos de forma obligatoria, con el objetivo de realizar un des escalonamiento o escalonamiento antibiótico con los resultados de cultivos en un periodo no mayor a 48-72 horas, en caso de ser utilizados antibióticos no soportados por el protocolo o sin ajustes en tipo de antibiótico o tiempo con los resultados de cultivos se objetarán los antibióticos utilizados hasta que se realice la conciliación entre pares. La prestadora de servicios (IPS), en estos casos del uso de antibióticos por fuera de</p>
--	--	--

		<p>protocolos o terapias extendidas y sin ajustes por cultivos deben ser sustentados por el comité de infecciones y/o valoración por médico especialista en infectología, así como las guías utilizadas para esta toma de decisiones.</p> <p>9. En las IPS con servicios habilitados de UCI, deberá contar con un comité de infecciones, quien debe ser liderado por un especialista en enfermedades infecciosas (infectólogo), en donde como mínimo trimestralmente, este comité debe presentar los DDD (DDD se define como “la dosis promedio de mantenimiento en adultos para la indicación Principal del principio activo considerado” en este caso de los antibióticos utilizados), se presentaran de la siguiente forma: (DDD= Cantidad de principio activo por unidad X Unidades consumidas/ DDD según OMS), perfiles de resistencia, consumo de antibióticos según perfiles de resistencia, estancias y mortalidad asociadas a gérmenes: E. Coli, Klebsiella, Pseudomona, Estafilococos, Enterobacter, Acinetobacter, Candida, Burkordellia, S.marcenscens y Stenotrophomonas y los que estén incluidos en el protocolo de vigilancia del INS(protocolo de vigilancia de resistencia antimicrobiana en el ámbito hospitalario). Se solicita un análisis y evaluación Consumo de Antibióticos Vs Resistencias bacterianas del programa de uso racional de antibióticos (PROA), así como las guías y conductas empíricas, se establece la presentación trimestral de los perfiles de resistencia microbiológica y las tendencias en consumo de antibióticos basados en perfiles de sensibilidad. Mostrar las dosis diarias definidas (DDDx1000 días cama). Se debe mostrar de manera trimestral la relación le incidencia general de IAAS (Las infecciones Asociadas a la atención en Salud), La Tasa general por 1000 días estancia para UCI Adultos de las IAAS, además su desagregación por causas, dispositivo y gérmenes. Si se detecta que no existe comité de infecciones o su funcionamiento es irregular incompleto e ineficiente, el PATRIMONIO AUTÓNOMO DE LA PPL no reconocerá el pago de los insumos, medicamentos y estancias derivadas de las infecciones nosocomiales que se presenten en sus pacientes. Los casos de infecciones nosocomiales se evaluarán en un comité conjunto de la IPS y el PATRIMONIO AUTÓNOMO DE LA PPL.</p> <p>10. No se reconocerá el día estancia en UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) en la Institución Prestadora de servicios (IPS) a pacientes que sean llevados de forma pre quirúrgica electiva para cualquier tipo de procedimiento o para la colocación de dispositivos o catéter previo a procedimientos quirúrgicos, cualquiera que este sea.</p> <p>11. No se reconocerá la estancia adicional en UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) por la Institución Prestadora de servicios (IPS) cuando el paciente permanezca hospitalizado en intermedios o en hospitalización general después de haber sido dado de alta o dada la orden de traslado a otro servicio. Las horas de hospitalización se cuentan a partir de que el médico da de alta al Paciente y no la hora que sale de la Institución, o su traslado a otro servicio como intermedios o sala general. Se debe facturar el día de Ingreso y no de Egreso.</p> <p>12. Cuando el paciente hospitalizado en UCI requiera oxígeno, el precio de este debe ser en metros cúbicos y formularse en litros/minuto, indicando el equipo utilizado</p>
--	--	--

		<p>(Cánula nasal, mascara Hood, Venturi) y el número de horas diarias de utilización. Se reconocerá estancia en UCI al paciente en ventilación mecánica invasiva por tubo oro-traqueal o por traqueostomía o en ventilación mecánica no invasiva o en cánula nasal de alto flujo por más de 6 horas continuas, así como también el paciente con compromiso hemodinámico que requiere de infusión con soporte vasoactivo.</p> <p>Nota aclaratoria: Es un criterio de UCI, la ventilación mecánica invasiva o por traqueostomía o ventilación no invasiva por un periodo superior a 6 horas (continuas), pero este por sí solo no es un criterio de UCI, en los casos de paciente que necesiten menos de 6 horas diarias de ventilación mecánica invasiva o no invasiva, el criterio de UCI debe estar soportado en la historia clínica según los criterios de ingreso a UCI actualizados de las sociedades científicas, además del estado del paciente y la complejidad de su manejo, esto debe ser determinado por el intensivista o especialista en cuidados intensivo adulto, en los casos de uci pediátrica o neonatal se siguen los criterios de ingreso por las sociedades científicas. En casos de controversias se realizará un análisis por los pares y/o auditores de la IPS y PATRIMONIO AUTÓNOMO DE LA PPL, este análisis y solución de diferencias de opiniones se basarán en la historia clínica que incluya las notas de evolución de fisioterapia.</p> <p>13. La estancia en UCI no se reconocerá si el proceso de admisión en la unidad no se efectúa de forma completa. Debe existir soporte completo del ingreso a UCI con historia clínica completa que soporte los criterios de ingreso a UCI para adultos, pediátricos o neonatal, estos criterios deben estar basados por los criterios de ingreso a UCI, establecidos por las sociedades científicas colombianas para pacientes adultos, pediátricos y neonatales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ CRITERIOS DE ADMISION CUIDADO INTENSIVO NEONATAL de la Asociación Colombiana de Neonatología. (http://www.ascon.org.co/Documentos/criterios_UCI.pdf) ✓ Criterios de admisión y egreso para las unidades pediátricas de cuidados intensivos e intermedios en Colombia (Acta Colombiana de Cuidado Intensivo 2016;16 Supl 3:1-8 - DOI: 10.1016/j.acci.2016.11.001). ✓ CONSENSO COLOMBIANO DE CRITERIOS DE INGRESO A CUIDADOS INTENSIVOS. Task force de la Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo AMCI®. 2022 <p>Estos últimos criterios son de pacientes adultos y se usan como parámetro para los criterios de ingreso y no como parámetros de estancia. Además, para el caso especial de las pacientes embarazadas críticamente enfermas, se sigue el Consenso colombiano para la definición de los criterios de ingreso a unidades de cuidados intensivos en la paciente embarazada críticamente enferma. (http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v65n1/v65n1a07.pdf).</p>
--	--	---

Para todos los casos de ingreso a cuidado intensivo, este ingreso deberá contar con la presencialidad de los especialistas como está establecido en el siguiente numeral.

Nota aclaratoria: Los criterios de ingreso están claramente definidos por las sociedades científicas y estos son el marco de referencia en todos los casos, en caso de discusiones se realizará la consulta a los pares necesarios para llegar a acuerdos.

El solo concepto clínico del intensivista no significa un criterio de ingreso o estancia en UCI, este debe estar soportado por la clínica, paraclínicos, diagnósticos, pronósticos, soportes o monitoreo; todo documentado en la historia clínica y basado en los criterios de las sociedades científicas y en las guías o protocolos previamente adaptadas o adoptadas por la IPS.

1. Se reconocerá estancia en UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) a la Institución Prestadora de servicios (IPS) de salud, que cuente con médico especialista en medicina crítica y cuidado intensivo quien liderara el equipo de atención del paciente y los controles podrán ser realizados por anestesiólogo, internista, ginecólogo, cirujano general ó urgenciólogo, según la oferta de servicios, quienes deberán contar con certificación de formación del control del paciente de cuidado intensivo adultos, el cubrimiento de turnos debe ser presencial las 24 horas del día, los 7 días de la semana. En caso de que las IPS no cuenten con especialistas 24 horas al día, los 7 días de la semana el valor día máximo será el equivalente a cuidados intermedios. Todo el personal mencionado debe contar con certificación de formación en atención del paciente de cuidado intensivo adultos a excepción de los especialistas en medicina crítica y cuidado intensivo. En las UCI neonatales y pediátricas, deberán contar con médico especialista en medicina crítica y/o cuidado intensivo neonatales o pediátricos, quien liderará el equipo de atención del paciente y los controles podrán ser realizados por médicos especialistas en pediatría con el cubrimiento de turnos debe ser presencial las 24 horas del día, los 7 días de la semana. En caso de que las IPS no cuenten con especialistas 24 horas al día, los 7 días de la semana el valor día máximo será el equivalente a cuidados intermedios.
2. Se reconocerá estancia en UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) a la Institución Prestadora de servicios (IPS) de salud, que cuente con enfermera con especialización en medicina crítica y cuidado intensivo o experiencia de un año, en cuidado crítico, auxiliares de enfermería y terapeuta respiratoria, o fisioterapeuta presencial de manera que haya cubrimiento las 24 horas. En caso de que las IPS no cuenten con este personal las 24 horas al día, los 7 días de la semana el valor día máximo será el equivalente a cuidados intermedios. Todo el

		<p>personal mencionado debe contar con certificación de formación en atención del paciente de cuidado intensivo adultos a excepción de los especialistas en medicina crítica y cuidado intensivo. Este numeral aplica para las UCI adultos, pediátricas o neonatales.</p> <p>El concepto de cuidados intensivos esta dado fundamentalmente por la calidad y cantidad de la dedicación del personal de enfermería y médico especializado a cada paciente, por tal razón recomendamos la siguiente relación de personal médico: Para el caso de UCI Adulto se recomienda un grupo de médicos especialistas (intensivista, internista, cirujano general, ginecólogo, anestesiólogo o urgenciólogo) que cubran las 24 horas por turnos de forma presencial además de un coordinador de UCI , con un especialista cada 8-10 camas y además un médico general de apoyo por cada 8 camas (en caso de unidades con más de 8-10 camas se recomienda dos especialistas en el día), unidades de cuidados intensivos de instituciones que, por su ubicación geográfica, demuestren no contar con la disponibilidad de intensivistas 24 horas al día en una relación intensivista: paciente en 1:8. Deben garantizar al menos la dirección y presencialidad de un intensivista 12 horas al día y emplear médicos con especialidades afines para atender pacientes críticos que cubran el tiempo restante, teniendo en cuenta la capacidad instalada de la unidad, la relación profesional de enfermería en cuidados intensivos en la UCI: paciente no superior de 1:3 para unidades polivalentes y en unidades de mayor complejidad como unidades de ECMO o de trasplantes de 1:1 a 1:2 las 24 horas del día. Se puede ajustar teniendo en cuenta el tipo de la unidad, el diagnóstico y la complejidad de los pacientes medidas con escalas objetivas con el TISS 28 o el NAS. En los sitios que por su ubicación geográfica la disponibilidad de estos profesionales sea diferente se ajustara la relación utilizando profesionales de enfermería con entrenamiento en cuidados críticos, teniendo en cuenta el tipo de la unidad, el diagnóstico y la complejidad de los pacientes medida con escalas objetivas como el TISS 28 o el NAS, con un máximo de 1:6 las 24 horas al día. Respecto al personal la relación auxiliar de enfermería: paciente en 1:2 las 24 horas del día. Se puede ajustar teniendo en cuenta la organización de la unidad, el diagnóstico y la complejidad de los pacientes. En lo que respecta a profesionales de fisioterapia o terapia respiratoria: paciente no superior de 1:8 las 24 horas del día para las actividades del cuidado respiratorio y/o ventilatorio. Se puede ajustar teniendo en cuenta la organización de la unidad, la complejidad de los pacientes y la proporción de los pacientes en soporte ventilatorio. Se debe garantizar adicionalmente personal para la realización de la terapia física y el propender por la movilidad temprana de los pacientes en UCI. Toda unidad de cuidado intensivo debe tener asistencia de sus paciente por fonoaudiología y los casos que sea necesario terapia ocupacional. Para el caso de la UCI Pediátrica o neonatal deben tener cobertura 24 horas los 7 días a la semana por médico especialista en pediatría, además contar con un especialista en neonatología como coordinador médico y recomendamos un médico general de apoyo por cada 10 camas pediátricas o neonatales. Para todas la unidades siempre debe haber apoyo psicológico y espiritual en lo posible para pacientes y familiares , estas conductas serán reconocidas por el asegurador. Todas estas recomendaciones están soportadas en el CONSENSO COLOMBIANO DE CALIDAD EN CUIDADOS INTENSIVOS: TASK FORCE DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADOS INTENSIVOS (AMCI). 2022</p>
--	--	--

		<p>3. Se reconocerá la tarifa de Unidad de cuidados intensivos a las IPS, en pacientes ventilados: en ventilación mecánica invasiva o con ventilación mecánica no invasiva , además de los pacientes que tengan soporte con cánula nasal de alto flujo, todos estos por un periodo mayor de 6 horas al día de forma continua o no, con inotrópicos , vasoactivos, vasodilatadores y antiarrítmicos con dosis que deben ser establecidas en la historia clínica en el apartado de ordenes médicas, y deben estar registrados la dosis mg o unidades/kg/minuto en los registros de enfermería que deben coincidir con historia clínica, las ordenes médicas y los modificatorios de dosis deben ser soportados en las evoluciones médicas(mínimo tres al día, realizadas por los especialistas que tienen cobertura 24 horas al día los 7 días de la semana), en los casos en que las dosis sean inferiores a las dosis mínimas o superiores a las dosis máximas de los medicamentos que se enuncian a continuación (apara adultos y pediátricos, no neonatales), no se reconocerá los valores facturados por encima de las dosis máxima y en el caso de utilizar dosis inferiores a las mínimas como justificación de UCI no se reconocerá el valor del día en UCI.</p> <p>Medicamento: dosis mínima y dosis máxima</p> <p>Dopamina 1 µg/kg/min a 20 µg/kg/min</p> <p>Dobutamina 1 µg/kg/min a 20 µg/kg/min</p> <p>Adrenalina 0,1 µg/kg/min a 1 µg/kg/min</p> <p>Noradrenalina 0,05 µg/kg/min a 1 µg/kg/min</p> <p>Vasopresina 1 U/h a 4 U/h</p> <p>Amrinona 5 µg/kg/min a 10 µg/kg/min</p> <p>Fenilefrina 0,28 µg/kg/min a 2,8 µg/kg/min</p> <p>Efedrina 100 µg/kg/3-4 h 200 µg/kg/3-4 h</p> <p>Isoproterenol 0,05 µg/kg/min a 0,5 µg/kg/min</p> <p>Nitroglicerina 0,5 mcg/kg/min a 10 mcg/kg/min</p> <p>Nitroprusiato 0,25 mcg/kg/min a 0,5mcg/kg/min</p> <p>Estos valores son para adultos, en el caso de pediátricos o neonatos, se evaluarán los protocolos de cada patología o institución de salud.</p> <p>(Nota: la sola indicación de levosimendán en infusión no es indicación de UCI, debe establecerse el contexto del paciente con sus comorbilidades, estado hemodinámico y soportes o monitoreo).</p>
--	--	---

		<p>El uso de vasoactivos por encima de las dosis máximas pone en peligro la vida del paciente y no se reconocerá el valor de los insumos o vasoactivos por encima de las dosis máximas.</p> <ol style="list-style-type: none"> En los casos de pacientes que estén recibiendo tres o más inotrópicos la facturación de los medicamentos vasopresores o inotrópico deberá realizarse de acuerdo con la concertación o dosis establecidas de mínimo o máximos establecidos, por ejemplo: un paciente con infusiones de dopamina >20 mcg/kg/min + norepinefrina a dosis >1 1 µg/kg/min + adrenalina a dosis >1 µg/kg/min y además vasopresina a >4 u/h, la facturación de estos medicamentos debe ser calculada con las dosis máximas y no con las dosis por encima de lo establecido por las guías de práctica clínica o protocolos médicos, en estos casos la PATRIMONIO AUTÓNOMO DE LA PPL solo reconoce el valor de las dosis reconocidas, en estos casos no se afecta el valor del día estancia. Se asumirá como cuidado intensivo todo paciente que presente arritmia cardíaca que ponga en peligro su vida y que requiera manejo con antiarrítmicos endovenosos . Los pacientes con soporte cardiovascular eléctrico con marcapaso transitorio transvenoso, mecánico con balón de contrapulsación aórtico o cualquier dispositivo de asistencia ventricular de corta duración, serán reconocidos como intensivos siempre y cuando se encuentre justificada su utilización en la historia clínica de acuerdo a los planteamientos de las guías de práctica clínica y/o protocolos de la institución, además de garantizar seguimiento por cardiología, de no poder garantizar el manejo integral del paciente este debe ser remitido dentro de la red prestadora de servicios una vez este estable el paciente. Todas aquellas tecnologías medicas usadas en la atención de los pacientes en estado críticos que se salgan de los parámetros establecidos por la literatura científica y / o que no estén aprobadas para uso en el país y las cuales no presenten evidencia que mejoran el pronóstico del paciente y de su enfermedad y donde el riesgo de su uso es alto y puede o no dejar consecuencias graves en la salud del paciente deben estar aprobadas y consensuadas con los pares especialistas de la PATRIMONIO AUTÓNOMO DE LA PPL. En caso de no ser así será objeto de glosa dicha tecnología, así como las consecuencias en tratamiento que se deriven de ella. Los pacientes que requieren soporte renal de urgencia por condiciones que pongan en riesgo la vida (demostrada y justificada en historia clínica en quienes además se han agotado todas las medidas farmacológicas posibles), ya sea en modalidad continua, intermitente o lenta extendida así como los pacientes con necesidad terapia extracorpórea con hemoperfusión o plasmáferesis deben estar manejados en unidades de cuidados intensivos, todas estas intervenciones deben estar manejadas y seguidas por especialistas en nefrología , la IPS debe garantizar el inicio de dichas terapias antes de las 6 horas de ingreso del paciente a la UCI. No se reconocerá como cuidado intensivos pacientes admitidos con alteraciones de biomarcadores como único parámetro aislado. Respecto a las pacientes obstétricas, se consideran los criterios de ingreso a la unidad de cuidados intensivos específicos para la paciente obstétrica, reconociendo que las indicaciones generales del paciente adulto podrían retardar
--	--	--

		<p>la admisión y la atención oportuna especializada en esta población; se tendrán en cuenta el diagnóstico, el riesgo o la presencia de disfunción orgánica, los criterios de morbilidad materna extrema (MME), el requerimiento de soportes avanzados y/o de monitorización continua. La presencia de infusión de sulfato de magnesio por sí solo NO es criterio de intensivo. La IPS debe garantizar el manejo integral y seguimiento por grupo interdisciplinario que procure por el bienestar del binomio madre – hijo , así como todo el abordaje psicosocial de su núcleo familiar. De no existir estas garantías la IPS debe remitir una vez estabilizada la paciente y no exista riesgo mayor para el binomio. Se solicitara de manera periódica (no inferior de 6 meses)soportes de capacitación del personal involucrado en la atención de las maternas (servicio de gineco obstetricia, urgencias GO, cirugía, UCI) en manejo de código rojo y emergencias obstétricas.</p> <p>11. La UCI deber cumplir con todos los requisitos de habilitación de forma estricta, además debe presentar un plan de mejoramiento basado en la evaluación de los estándares de habilitación, que además incluya capacitaciones planificadas a su personal, así como un proceso de seguridad de la actividad clínica que en ella se lleva a cabo.</p> <p>12. La indicación de todo procedimiento, estudio diagnostico o medicamento no incluido en el plan de beneficios será notificada al auditor de PPL . La IPS facilitara la asistencia de los médicos de cuidados intensivos a las juntas médicas.</p> <p>13. Se reconocerá cobro de estancia en UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) por la Institución Prestadora de servicios (IPS) de salud, que cuente con 1. Cama de tres planos con baranda. 2. Ventilador. 3. Módulos de presión invasiva. 4. Módulos para medición de gasto cardiaco invasivo o no invasivo. 5. Mínimo dos puntos de consumo de oxígeno. 6. Aire medicinal 7. Alarma para gases medicinales. Además de dotación para todo el servicio, disponibilidad de: 1. Ventilador de transporte exclusivo de la UCI, 2. Monitor con trazado electrocardiográfico, 3. Monitoreo de gasto cardíaco y 4. Monitor de transporte exclusivo de la UCI. 5. Desfibrilador y Marcapaso para colocación transvenosa. En los casos en que no existe control visual permanente, éste puede ser reemplazado por un sistema de central de monitoreo de los equipos. En caso de que las IPS no cuenten con estos elementos de forma exclusiva para la UCI las 24 horas al día, los 7 días de la semana el valor día máximo será el equivalente a cuidados intermedios o si se ha puesto en riesgo el estado del paciente, no se reconocerá pago alguno.</p> <p>14. No se reconocerán los valores de exámenes de laboratorio y de Rayos X en UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) a la Institución Prestadora de servicios (IPS), cuando sean indicados por “rutina”, sin tener precisa necesidad de ellos. Se exige la pertinencia y el análisis diario de cada uno de los paraclínicos ordenados. Cada uno de los exámenes de laboratorio o imagenología u otros solicitados, deberán ser soportados desde su solicitud hasta su análisis interpretación, todo esto en la historia clínica. No se realizará el pago de todos</p>
--	--	--

		<p>los exámenes, imágenes o ayudas diagnosticas en los que no exista pertinencia de su solicitud o estén indicados por las guías y protocolos establecidos por el ministerio de salud o las sociedades científicas. Ejemplo: Tiempos de coagulación seriados sin soportes o alteraciones clínicas que los soporten, radiografía de tórax portátiles diarias en pacientes no ventilados o sin alteraciones cardiopulmonares que justifiquen su realización.</p> <p>15. En los pacientes con ventilación mecánica prolongada, se establece el punto de corte para la definición de ventilación mecánica prolongada en 7 días en el caso de adultos, 25 a 30 días en pediátricos y 30 a 45 días en neonatos por considerar este un límite razonable para plantear la técnica, así como por considerarlo el límite temporal de posible aparición de daño laríngeo por intubación endotraqueal. Si la indicación de la ventilación mecánica no es una patología pulmonar (ASMA, EPOC, SDRA, etc) y no existen complicaciones tales como Neumonía, atelectasia, neumotórax, no existiendo además requerimientos de PEEP mayor de 6 cms de H₂O, y la modalidad de VM no es controlada por presión o volumen y APRV, la estancia del paciente se reconocerá como cuidado intermedio. También se deberá definir la vía de alimentación de los pacientes de manera temprana con gastrostomía o sonda de tusteno en los pacientes con ventilación mecánica prologadas igual o mayor a 7 días para adultos.</p> <p>16. En los casos de Ventilación Mecánica no invasiva (VMNI) se reconocerán como estancia en UCI cuando sea por más de 6 horas diarias continuas y que estén demostradas por la documentación en la historia clínica de manera sistemática y consecutiva de la interacción paciente ventilador en la historia clínica médica y en la historia de fisioterapia o terapeuta respiratoria presencial en UCI, así como los criterios en indicaciones de la misma debidamente sustentados o soportados en la historia clínica. Las indicaciones de VMNI deberán estar soportadas en la historia clínica: IRA refractaria a tratamiento con medidas convencionales, oxigenoterapia y tratamiento farmacológico específico, Disnea no controlada en reposo y FR>30, Hipercapnia importante y progresiva con tendencia a la acidosis respiratoria, Fracaso en la extubación (destete), Agudización de insuficiencia respiratoria crónica hipercapnica en enfermedades subsidiarias de soporte ventilatorio domiciliario (VMD). Se prefiere la elección de esta modalidad de ventilación en pacientes con inmunodeficiencias. Se recuerdan las contraindicaciones de la VMNI: cuando existe Indicación directa de Intubación orotraqueal y conexión a VM invasiva, Inestabilidad hemodinámica, TA < 90 mmHg con signos de hipoperfusión periférica, Infarto agudo de miocardio no controlada o arritmias ventriculares potencialmente letales, Obnubilación profunda, estupor o coma no atribuible a narcosis por CO₂, Imposibilidad de ajustar la mascarilla para la VMNI o una buena interfase, Traqueostomía, Obstrucción fija de la vía aérea superior, Negativa del paciente, lesiones en cara, Hemorragia digestiva alta activa, Cirugía esofágica o gástrica recientes, secreciones abundantes, pH < 7,20 en EPOC agudizado.</p>
--	--	---

		<p>En los pacientes con PaFiO₂ (PaO₂/FiO₂) > o = 250, deberá soportarse la indicación de la VMNI, si no se encuentra una justificación explícita de la indicación no se reconocerá la estancia en UCI.</p> <p>17. Si no existe documentación en la historia clínica, no se reconocerá la estancia en UCI, estos soportes de historia clínica deberán ser de manera sistemático y consecutivo donde se establece la interacción paciente ventilador (entiéndase hoja de parámetros del respirador o ventilador por horario, y descripción tres veces al día en la evolución médica de la situación de acoplamiento del paciente al respirador o ventilador y los parámetros de funcionamiento del mismo) no se podrá reconocer la estancia como cuidados intensivos. Estas evoluciones en cuidados intensivos deben ser mínimo tres en el día en donde este soportado y descrito la ventilación mecánica invasiva o no invasiva, con sus modos y ajustes por gasometría, clínica o ayudas diagnósticas.</p> <p>18. La IPS facilitara al auditor de PPL PATRIMONIO AUTÓNOMO DE LA PPL la información y poner en conocimiento por medio de la lectura de las actas o por asistencia directa de los asuntos tratados en los comités principales de la IPS tales como comité de infecciones intrahospitalarias, comité de farmacia, comité de historias clínicas, comité de seguridad del paciente o al que según las necesidades de los pacientes o enfermos o usuarios lo requieran, además de su asistencia obligatoria en todas las juntas médicas que requieran los pacientes internados en la IPS, con el objetivo de ser un veedor de la atención con calidad de los pacientes y el cumplimiento estricto de la normativa vigente, así como de ser un facilitador de las necesidades que la PATRIMONIO AUTÓNOMO DE LA PPL pueda solucionar o dar respuesta oportuna.</p> <ul style="list-style-type: none"> Las unidades de cuidados intensivos contratadas por la aseguradora informaran a la aseguradora mensualmente sus indicadores de gestión clínica, La meta de los indicadores de gestión en la atención de los pacientes de PPL atendidos en la UCI son: Promedio estancia, las metas establecidas para UCI adulto (independientemente si es quirúrgica, médica o polivalente) son: Cuidados intensivos 5 días en, Cuidados intermedios adulto 5 días, UCI pediátrica 5 días, Intermedios pediátricas 5 días, UCI neonatal 7 días, Intermedios neonatal 5 días. En la unidad de quemados o grandes quemados en UCI la estancia promedio en adultos es de 15 a 20 días (salvo excepciones según casos individuales). Registro de eventos adversos en UCI. Análisis de complicaciones quirúrgicas Mortalidad en cuidados intensivos adulto, neonatal o pediátrica debe ser menor del 7% del total de egresos. El prestador estará en la obligación de realizar análisis de cada fallecido con la participación de los auditores de PPL. Se exige comité de mortalidad mensual en cada uno de las UCIs contratadas. Se exige el uso del Índice de Mortalidad Ajustado por Riesgo (IMAR).
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none">• Índice de Readmisiones no programadas al servicio de UCI, por la misma causa, antes de 30 días. Se exige el análisis de casos que reingresen a UCI por cualquier causa antes de los 30 días.• Índice de reintervenciones quirúrgicas no programadas.• Tasa de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud desagregadas por unidad.• Tasa de Neumonías Asociadas al Uso de Ventilador• Tasa de Bacteriemias Asociadas al Uso de Catéter Central• Tasa de Infecciones de Vías Urinarias Asociadas al Uso de Catéter Vesical• Proporción de muertes intrahospitalarias no esperadas después de 48 horas del ingreso• Índice de Infecciones de Sitio Operatorio en Cirugías con Herida Limpia• Índice de Caídas con Lesión• Tasa de úlceras por presión <p>33. No se reconocerá la estancia de los pacientes que se ingresen a la UCI derivados de eventos adversos prevenibles, se reconocerá como hospitalización, siempre garantizando que no afecte esto la atención del paciente.</p> <p>Firma de aceptación y compromiso:</p> <p>_____ Nombre: Cédula: CONTRATISTA</p>
--	--	--

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA