

NURSING STAFF'S PERCEPTION OF ICU ADMISSION CRITERIA
PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN
A LOS CRITERIOS DE INGRESO A UCI

Autores:

Mites-Gaibor, Verónica de los Ángeles
Universidad Técnica de Ambato
Interna Rotativa de Enfermería
Ambato - Ecuador



vmites1941@uta.edu.ec



<https://orcid.org/0000-0002-8460-5909>

Quinatoa-Caba, Gabriela Giovanna
Universidad Técnica de Ambato
Docente de Enfermería
Ambato - Ecuador



gg.quinatoa@uta.edu.ec



<https://orcid.org/0000-0003-0481-8443>

Citación/como citar este artículo: Mites-Gaibor, Verónica de los Ángeles y Quinatoa-Caba, Gabriela Giovanna. (2023). PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN A LOS CRITERIOS DE INGRESO DE UCI. MQRInvestigar, 7(3), 1118-1130.

<https://doi.org/10.56048/MQR20225.7.3.2023.1118-1130>

Fechas de recepción: 01-JUN-2023 aceptación: 18-JUL-2023 publicación: 15-SEP-2023



<https://orcid.org/0000-0002-8695-5005>

<http://mqrinvestigar.com/>



Resumen

Introducción: La percepción de que una persona requiera UCI, se basa en una detección precoz del deterioro o fallo de un sistema, además de definir parámetros necesarios para identificar enfermedades graves en los hospitales incluyendo valores discriminatorios claros para desencadenar una acción de reanimación oportuna. **Objetivo:** Conocer la percepción del personal de enfermería que labora en el área de cuidados de intensivos sobre los criterios de ingreso de pacientes a la UCIs. **Material y métodos:** Estudio cualitativo, con enfoque narrativo, descriptivo y comprensivo para entender el fenómeno y la causa, desde los conocimientos, aptitudes y percepciones de las experiencias de cada participante; se empleó un muestreo propositivo mediante una entrevista grabada del personal de enfermería que labora en el área de UCI. **Resultados:** El total de entrevistados tiene una adecuada percepción sobre los criterios y priorizaciones de ingreso de pacientes críticos a las UCIS. **Conclusiones:** La percepción del personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos, tiene como objetivo mejorar la admisión de los pacientes al momento de su ingreso, debido a que permite interactuar al personal de salud entre sus conocimientos y el entorno de la persona en situación crítica.

Palabras claves: Unidad de Cuidados Intensivos, Hospitalización, Enfermería

Abstract

Introduction: The perception that a person requires ICU is based on an early detection of deterioration or failure of a system, in addition to defining the necessary parameters to identify serious diseases in hospitals, including clear discriminatory values to trigger a timely resuscitation action. **Objective:** To know the perception of nursing staff working in the intensive care area on the criteria for admission of patients to the ICU. **Material and methods:** Qualitative study, with a narrative, descriptive and comprehensive approach to understand the phenomenon and the cause, from the knowledge, skills and perceptions of the experiences of each participant; a propositional test was used through a recorded interview of the nursing staff that works in the ICU area. **Results:** All of the interviewees have an adequate perception of the criteria and prioritization for the admission of critically ill patients to the UCIS. **Conclusions:** The perception of the nursing staff that works in the Intensive Care Unit, aims to improve the admission of patients at the time of admission, because it allows health personnel to interact between their knowledge and the environment of the person in critical situation.

Keywords: Intensive Care Unite, Hospitalization, Nursing.

Introducción

Las unidades de cuidados intensivos (UCIs) constituyen las áreas de soporte vital y enlace de apoyo de los demás servicios hospitalarios que una entidad de salud puede brindar, cuyo objetivo primordial es intentar rescatar al paciente y tratar de mantener un adecuado pronóstico de vida de forma vital y funcional, para poder cumplir este objetivo, diversa literatura ha establecido escalas o criterios de ingreso a las UCIs con el fin de poder mejorar la calidad en atención enfocada a la mejoría y recuperación lo mejor posible del paciente (Abella Álvarez et al., 2013; Adhikari et al., 2010).

La Enfermería es una disciplina científica dedicada al cuidado de las personas en diferentes entornos de atención. En el caso de los cuidados intensivos, los profesionales de enfermería desempeñan un papel fundamental y requieren de competencias específicas para brindar cuidados especializados a los pacientes críticamente enfermos, así como saber diferenciar cuando un paciente puede requerir la necesidad de cuidados intensivos o viceversa cuando puede egresar a otro servicio en condición estable (Jover-Sancho et al., 2015).

A lo largo de los años, los cuidados intensivos de enfermería han experimentado cambios significativos, ya que deben contar con una formación especializada en competencias de cuidados críticos, lo que implica tener un profundo conocimiento científico de los procesos fisiopatológicos y de las respuestas del paciente ante la enfermedad. Las prácticas de enfermería se llevan a cabo en una variedad de entornos de atención, como pacientes adultos, niños, recién nacidos, entre otros. En cada uno de estos entornos, aspectos formativos como las estrategias de enseñanza, las competencias requeridas y los métodos de evaluación pueden variar por lo que es indispensable reconocer los criterios de ingreso a la unidad de cuidados intensivos, misma que acorde a diversa literatura se basa en reanimaciones en dos o más órganos vitales para el funcionamiento vital (Chander et al., 2023; Jover-Sancho et al., 2015; Vincent et al., 2014).

Bajo el contexto de reanimación vital, la percepción del personal de salud puede ser muy variada, por lo que Smith y Nielsen han mantenido que la principal definición de personas que requieren cuidados intensivos, son aquellas que necesitan asistencia respiratoria avanzada, supervisión y asistencia respiratoria básica, asistencia circulatoria, supervisión y soporte neurológico o asistencia renal, con el fin de facilitar el reconocimiento de una forma precoz y oportuna ante eventualidades emergentes (Marshall et al., 2017; Smith & Nielsen, 1999).

La percepción de que una persona requiera UCI, por parte del personal de enfermería, se basa en una detección precoz del deterioro o fallo de un sistema, además de definir parámetros necesarios para identificar enfermedades graves en los hospitales incluyendo valores

discriminatorios claros para desencadenar una acción de reanimación oportuna (López-Herce & Carrillo Álvarez, 2018).

Por esta razón, es necesario que los profesionales de enfermería se mantengan actualizados constantemente en cuanto al desarrollo profesional en su campo sin embargo la experiencia también es un factor fundamental en la práctica de las áreas críticas, por lo que el objetivo del presente estudio es conocer la percepción del personal de enfermería que labora en el área de cuidados de intensivos sobre los criterios de ingreso de pacientes a la UCIs

Material y métodos

Material. Texto: Justificado (Times New Roman 12 puntos, texto Justificado, interlineado 1,15)

Material

La recolección de datos se obtuvo mediante una entrevista semiestructurada con una serie de preguntas abiertas. La pregunta de apertura de la entrevista fue una: ¿Me podría compartir cómo ha sido su percepción en relación a los criterios de ingreso de pacientes a la Unidad de Cuidados Intensivos, desde que inicia el ingreso del paciente hasta la entrega del mismo por parte del personal de salud del servicio proveniente hasta al recepción del paciente en la unidad de terapia intensiva?

El análisis de datos se realizó con la metodología de Demazière D. y Dubar C., con dos enfoques: el análisis proposicional del discurso del entrevistado construido al relatar sus experiencias y vivencias en relación a los criterios de ingreso a UCI, y el análisis correlacional realizado entre los relatos del entrevistado con oposición en literatura encontrada para dar significado a las experiencias narradas. Por este motivo, las entrevistas fueron grabadas con el objetivo de preservar las respuestas de los participantes de forma concisa y clara. Las respuestas fueron transcritas textualmente, se realizó una descripción detallada y un análisis exhaustivo mediante una triangulación de datos, comprendida en estudiar y analizar las respuestas de los entrevistados relacionando la validez de los resultados obtenidos con literatura previamente establecida. Finalmente se categorizó la información acorde a los resultados basándose en el objetivo de la investigación.

Toda la información que los encuestados aportaron fue anónima y utilizada de manera confidencial, se respetaron sus principios de beneficencia, autonomía y justicia. Se solicitó la firma de consentimiento informado para la participación en el estudio, se respetaron las respuestas y opiniones de las personas, no se indujo o sugirió respuestas.

Métodos

Estudio cualitativo, con enfoque narrativo, descriptivo y comprensivo para entender el fenómeno y la causa, desde los conocimientos, aptitudes y percepciones de las experiencias de cada participante; se empleó un muestreo propositivo.

Resultados

Descripción de la muestra

La investigación incluyó en el estudio a licenciados de enfermería que desearon participar y que laboren en el servicio de terapia intensiva, que tengan conocimiento de criterios de ingreso y hayan tenido experiencia en el manejo y cuidados de pacientes críticos. Se excluyeron a internos rotativos de enfermería, personal que no labore en el área descrita, que se encontraba en teletrabajo en los últimos 6 meses y que no haya deseado participar en el estudio. Se obtuvieron 10 participantes.

Análisis de los Resultados

El análisis de las entrevistas, reveló ocho tópicos de significancia, que se detallan a continuación en conjunto con los relatos respectivos a su categorización.

CATEGORÍA 1. GRUPOS QUE REQUIERE INGRESO A CUIDADOS CRÍTICOS Y DETECCIÓN DE LA ENFERMEDAD CRÍTICA.

La mayoría de los participantes concuerda que los principales grupos de pacientes que requieren ingreso a unidad de cuidados intensivos son: pacientes que necesitan asistencia respiratoria avanzada, pacientes que necesitan asistencia para dos o más sistemas de órganos y pacientes que sufren patologías crónicas en algún órgano y necesitan cuidados intensivos para uno o varios sistemas. La persona dos detalla “Yo en mi experiencia considero que los principales pacientes que ingresan a nuestra unidad son los que necesitan dos o más soportes vitales, además de aquellas que necesitan manejo avanzado de vía aérea avanzada y en su totalidad para cuidados posterior a eventos agudos de mortalidad como cuidados pos parada cardiaca”.

La detección de un compromiso o fallo de uno o más sistemas vitales, en la totalidad de las respuestas, es realizada precozmente por un profesional de la salud, y posteriormente se da la intervención de un especialista, para determinar el diagnóstico oportuno de una enfermedad crítica y su traslado inminente a la unidad de cuidados intensivos. Acorde a la persona cuatro, relata que: “Existen métodos o sistemas de puntuación que valoran los

especialistas y nosotros para tener un seguimiento fisiológico y sistemas de detección para identificar a tiempo las enfermedades graves que pueden convertirse en críticas inminentes”.

CATEGORIA 2. ASISTENCIAS QUE UN PACIENTE NECESITA EN CUIDADOS INTENSIVOS

Durante la entrevista el total de las respuestas en relación a las principales asistencias que un paciente necesita para ingresar a cuidados intensivos son: Asistencia respiratoria avanzada; Supervisión y asistencia respiratoria básica; Asistencia circulatoria o soporte hemodinámico; Asistencia renal y Supervisión y soporte neurológico. La persona seis, narra “Nos han capacitado en cuatro puntos fundamentales que son los soportes básicos que una paciente en la UCI puede necesitar y estos son: hemodinámico, respiratorio, renal y neurológico, estos soportes pueden ser aislados o a la vez presentarse en conjunto, la actuación del personal de salud debe ser inmediata, ya que el riesgo de mortalidad del paciente es muy alto”.

CATEGORIA 3. ASISTENCIA RESPIRATORIA

La asistencia respiratoria constituye uno de los cuatro soportes como criterio de ingreso en la UCI, acorde a las respuestas de los entrevistados, ésta puede ser asistencia avanzada o básica. La asistencia respiratoria avanzada constituye cuando un paciente presenta un riesgo de deterioro súbito de la función respiratoria, que requiere una intubación inmediata y acoplamiento a ventilación mecánica, excluyendo el método CPAP y la ventilación mecánica no invasiva. La persona uno, detalla “El manejo de vía aérea avanzada es una de las principales asistencias que determinan el ingreso a la UCI, siendo el acoplamiento a ventilación mecánica el principal soporte que se brinda ante fallo del sistema respiratorio”.

El criterio de supervisión y asistencia respiratoria básica en cambio ocurre cuando un paciente necesita más del 50% de oxígeno o cuando existe riesgo de deterioro progresivo de la función respiratoria que requiere asistencia respiratoria avanzada, además de necesidad de fisioterapia para movilizar secreciones al menos dos veces cada hora, pacientes que han sido extubados recientemente después de una ventilación mecánica prolongada, el uso de máscara de CPAP o ventilación mecánica no invasiva; y pacientes con traqueotomía que protege las vías aéreas respiratorias pero que no requiere de asistencia ventilatoria mecánica. La persona seis, menciona “La asistencia respiratoria básica también es un criterio de ingreso a UCI, debido que son pacientes que pueden requerir en cualquier momento un manejo avanzado de vía aérea, además de pacientes que requiere un manejo constante por parte de enfermería como aspiración de secreciones, cuidados de traqueotomía, y pacientes con extubación reciente de ventilación mecánica y aquellos que requieran de ventilación mecánica no invasiva”.



CATEGORIA 4. ASISTENCIA CIRCULATORIA

El criterio de ingreso a uci por asistencia circulatoria principalmente implica la necesidad de emplear fármacos vasoactivos para ayudar a la tensión arterial o gasto cardiaco; además de asistencia para la inestabilidad circulatoria debida a la hipoxemia provocada por cualquier causa que no responda a una reposición de volumen moderada y en pacientes resucitados de paros cardiacos para los que se considere adecuado un cuidado intensivo. La persona nueve, menciona “El compromiso de la hemodinamia con la necesidad de fármacos vasoactivos o inotrópicos son la principal causa de soporte circulatorio en nuestra unidad, además de los cuidados pos parada cardiaca que deben ser rigurosos y estrictos con el fin de preservar la perfusión tisular de los principales órganos vitales del paciente”, mientras que la persona seis, narra “ El soporte de fármacos de alto riesgo para mantener tensiones arteriales medias objetivas, con el fin de preservar la funcionalidad de los tejidos y obtener un apropiado gasto cardiaco es uno de los principales requerimientos de la asistencia circulatoria en el paciente crítico”.

CATEGORIA 5. SOPORTE NEUROLÓGICO.

La supervisión y soporte neurológico como criterio de ingreso a UCI, implica que el paciente presente una depresión del sistema nervioso central, ocasionada por cualquier causa, suficiente para poner en peligro la vía respiratoria, además de requerir una supervisión neurológica invasiva.

La persona uno, refiere “El protocolo de neuroprotección es uno de los principales criterios de ingreso a la unidad, generalmente se presenta en pacientes con afectaciones severas del sistema nervioso central, su actuación debe ser de forma precoz ya que se encuentra en compromiso el centro respiratorio de los pacientes”.

CATEGORIA 6. SOPORTE RENAL

El soporte renal es un criterio de ingreso a uci cuando existe una falla renal severa que inclusive puede requerir terapia de sustitución renal de urgencia en un paciente. La persona diez, revela “La hemodiálisis emergente es un procedimiento que nosotros realizamos en la unidad, y es un criterio de ingreso inminente a UCI debido a que el paciente presenta un fallo en el aparato renal de forma severa y necesita un tratamiento de sustitución renal rápido y efectivo para evitar posibles complicaciones mortales”.

CATEGORIA 7. CRITERIOS DE INGRESO A CUIDADOS INTENSIVOS

Existen criterios de no ingreso a cuidados intensivos, pese a que el paciente puede tener algún compromiso de uno o más sistemas vitales, generalmente un paciente no debe ingresar a UCI cuando son valorados por el especialista y se determine que tengan una enfermedad grave



terminal, oncológica o paliativa que debido a la disfunción severa de uno o más de sus sistemas no permita recuperar su vida funcional. Si un paciente tuviere criterios de ingreso a cuidados intensivos, pero no dispone de su principio de autonomía, una persona bajo su jurisdicción o responsable de ella, no acepte medidas de reanimación y soporte sistémico independientemente de la valoración por el especialista. Además, existen casos muy particulares donde el criterio de ingreso o no a cuidados intensivos se debería realizar bajo un comité de bioética. La persona siete, menciona “Si un paciente no dispone de su autonomía y percepción del entorno, una persona responsable o cargo de esta, puede negar o aceptar el ingreso a UCI, generalmente los pacientes en fase terminal y que no se beneficien de ningún soporte sistémico pese a requerirlo son pacientes que lamentablemente son ingresados en unidades de cuidados paliativos”.

CATEGORIA 8. PERCEPCION Y EXPERIENCIA DE LOS CRITERIOS DE INGRESO A CUIDADOS INTENSIVOS

Una persona crítica siempre es un reto para el personal de enfermería, debido a que el principal objetivo es lograr la recuperación del individuo en su mayor totalidad, por ello el grado de conocimiento y experiencia es fundamental en el personal de salud. El total de entrevistados tiene una adecuada percepción sobre los criterios y priorizaciones de ingreso de pacientes críticos a las UCIS, además, concuerda que se deben implementar estrategias para reforzar los criterios de ingreso a la UCI, y continuar con ciclos de mejora continua que permitan actuar de forma precoz y oportuna con el objetivo de mejorar la atención y tratamiento en los pacientes que cumplan con los criterios mencionados, para así poder menorar la estadía hospitalaria y disminuir la tasa de mortalidad de la unidad.

Discusión

Los criterios de ingreso de pacientes a la unidad de cuidados intensivos, deben ser el conocimiento general que todo profesional de salud que labora en estas áreas debe conocer, con el objetivo de priorizar la atención en salud, y optimizar el acceso a los recursos disponibles en las casas de salud, esto se debe a que ingresos indebidos podrían ocasionar repercusiones económicos y vitales brindadas en la calidad de los pacientes (Díaz Mass et al., 2020; García-Gigorro et al., 2017).

La Multidisciplinary Joint Committee of Intensive Care Medicine (MJCICM), establece que las admisiones de pacientes en las UCIs, deben ser focalizadas a atención médica y de enfermería especializada a pacientes con fallos potencialmente mortales de al menos un órgano o sistema vital, fallo multiorgánico o multisistémico y la estabilización posterior a intervenciones quirúrgicas graves (De Lange et al., 2002).

Acorde a diversos autores la percepción de los criterios de ingreso por el personal de enfermería en las UCIS, debe seguir los principios y criterios establecidos por guías estandarizadas a nivel internacional, mismas que pueden ser adaptadas según la complejidad y las enfermedades críticas médico – quirúrgicas que traten las respectivas casas de salud; además Motta Hernández y colaboradores, describe que se debe enfatizar el juicio clínico del médico intensivista ya que puede existir pacientes en riesgo de deterioro o con manifestaciones clínicas de enfermedad grave que no pueden estar estandarizadas en los diferentes protocolos o guías de práctica clínica, por lo que juega un papel fundamental la experiencia y conocimiento del personal de apoyo del médico intensivista al valorar situaciones críticas de pacientes (Hernandez et al., 2021; Ranzani et al., 2014; Santana-Padilla et al., 2019).

La información reportada en el presente estudio, es respaldada por diversa literatura, donde los principales criterios de ingreso a uci o de priorización se basan en brindar soporte vital ya sea respiratoria, hemodinámico, neurológico y renal, misma que en muchas guías de práctica clínica las estandarizan en prioridades siendo la primera: pacientes inestables que requieren monitoreo y tratamiento que no puede ser brindado fuera de las UCIS; la segunda en pacientes que requieren monitoreo intensivos y que pueden necesitar una intervención inmediata, sin límites terapéuticos establecidos; la tercera enfocada a pacientes con enfermedades agudas superpuestas pero que tienen una calidad de vida limitada previa que hace necesario establecer límites al esfuerzo terapéutico; y la cuarta prioridad corresponde al grupo de pacientes que a pesar de su gravedad no tienen indicación clara de ingreso a UCI (Bernal et al., 2018; Vincent et al., 2014).

En un estudio observacional, se describe que los criterios de ingreso a uci, en diversas situaciones particulares, incluyendo los cuidados paliativos pueden no ser aceptadas por el paciente o por familiares directos del mismo, aun cuando la situación crítica lo amerite; de la misma forma el personal de enfermería entrevistado mantiene su conocimiento en relación a que pueden entrar a decisiones éticas diversas situaciones de ingreso de pacientes críticos a la UCI, donde se puede decidir sobre no realizar medidas invasivas como intubación, ventilación mecánica o no realizar maniobras de reanimación cardiopulmonar de ser necesarias, mismas que pueden ser tomadas por el paciente y por su familia o representantes legales (Blanch et al., 2016; Ranzani et al., 2014) .

Las diferentes asociaciones de medicina crítica y cuidados intensivos se han organizado para establecer un

pronunciamiento científico y consensado sobre los criterios de ingreso a las UCI, esto ha sido registrado como un paso importante hacia la estandarización y mejora de la calidad en la atención de los pacientes críticos en especial a nivel de países en vías de desarrollo. La



homogeneización de los criterios de ingreso a las UCI es crucial para garantizar un uso racional de estos servicios, que son finitos y de alto costo. Al establecer políticas y prácticas basadas en consensos científicos, se busca optimizar los recursos disponibles y proporcionar una atención segura y de calidad a los pacientes críticos, además de mejorar las habilidades, conocimientos y percepciones del personal de salud (Moyano & Sosa, 2019; Santana-Padilla et al., 2019).

Conclusiones

La percepción del personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos, tiene como objetivo mejorar la admisión de los pacientes al momento de su ingreso, debido a que permite interactuar al personal del salud entre sus conocimientos y el entorno de la persona en situación crítica con el fin de poder brindar un soporte ante un fallo potencialmente mortal y de esta manera poder otorgar una atención focalizada y oportuna.

Es importante destacar que estos criterios deben adaptarse a cada institución de salud, teniendo en cuenta sus características y contextos específicos. Cada institución tiene la responsabilidad de ser garante del uso responsable de estos criterios tanto en la atención a los pacientes como en las relaciones comerciales con las administradoras de los regímenes de salud. Se recomienda que, se fomente un protocolo estandarizado sobre los criterios de ingreso a la UCI, ya que será un recurso valioso que busca mejorar la atención a los pacientes críticos y generar beneficios en el sistema de salud en su conjunto. La implementación y el seguimiento de este protocolo permitirá garantizar una atención segura, de calidad y basada en la evidencia científica.

Referencias bibliográficas

- Abella Álvarez, A., Torrejón Pérez, I., Enciso Calderón, V., Hermosa Gelbard, C., Sicilia Urban, J. J., Ruiz Grinspan, M., García Ureña, M. Á., Salinas Gabiña, I., Mozo Martín, T., Calvo Herranz, E., Díaz Blázquez, M., & Gordo Vidal, F. (2013). Proyecto UCI sin paredes. Efecto de la detección precoz de los pacientes de riesgo. *Medicina Intensiva*, 37(1), 12-18. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2012.08.006>
- Adhikari, N. K., Fowler, R. A., Bhagwanjee, S., & Rubenfeld, G. D. (2010). Critical care and the global burden of critical illness in adults. *The Lancet*, 376(9749), 1339-1346. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60446-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60446-1)



Bernal, M. H., Martín, M. J. A., Lucas, E. H. de, & Martín, B. C. (2018). Criterios de ingreso hospitalario y en la Unidad de Cuidados Intensivos de un paciente séptico. *Medicine*, 12(52), 3110-3113. <https://doi.org/10.1016/j.med.2018.03.018>

Blanch, L., Abillama, F. F., Amin, P., Christian, M., Joynt, G. M., Myburgh, J., Nates, J. L., Pelosi, P., Sprung, C., Topeli, A., Vincent, J.-L., Yeager, S., & Zimmerman, J. (2016). Triage decisions for ICU admission: Report from the Task Force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of Critical Care*, 36, 301-305. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.06.014>

Chander, S., Kumari, R., Sadarat, F., & Luhana, S. (2023). The Evolution and Future of Intensive Care Management in the Era of Telecritical Care and Artificial Intelligence. *Current Problems in Cardiology*, 48(10), 101805. <https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2023.101805>

De Lange, S., Van Aken, H., Burchardi, H., European Society of Intensive Care Medicine, & Multidisciplinary Joint Committee of Intensive Care Medicine of the European Union of Medical Specialists. (2002). European Society of Intensive Care Medicine statement: Intensive care medicine in Europe--structure, organisation and training guidelines of the Multidisciplinary Joint Committee of Intensive Care Medicine (MJCICM) of the European Union of Medical Specialists (UEMS). *Intensive Care Medicine*, 28(11), 1505-1511. <https://doi.org/10.1007/s00134-002-1504-2>

Díaz Mass, D. C., Soto Lesmes, V. I., Díaz Mass, D. C., & Soto Lesmes, V. I. (2020). Competencias de enfermeras para gestionar el cuidado directo en la Unidad de Cuidados Intensivos de adultos. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192020000300019&lng=es&nrm=iso&tlng=es

García-Gigorro, R., de la Cruz Vigo, F., Andrés-Esteban, E. M., Chacón-Alves, S., Morales Varas, G., Sánchez-Izquierdo, J. A., & Montejo González, J. C. (2017). Impact on patient outcome of emergency department length of stay prior to ICU admission. *Medicina Intensiva (English Edition)*, 41(4), 201-208. <https://doi.org/10.1016/j.medine.2016.05.004>

Hernandez, J. W. M., Cañavera, S. M. S., Vega, G. D. P., Mendoza, F. D. S., & Jimenez, J. E. D. (2021). Una mirada actualizada de los criterios fisiopatológicos de ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos-UCI. *Scientific and Educational Medical Journal*, 4(1), Article 1.

Jover-Sancho, C., Romero-García, M., Delgado-Hito, P., de la Cueva-Ariza, L., Solà-Solé, N., Acosta-Mejuto, B., Ricart-Basagaña, M. T., Solà-Ribó, M., & Juandó-Prats, C. L. (2015). Percepción de las enfermeras de UCI en relación al cuidado satisfactorio: Convergencias y divergencias con la percepción del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*, 26(1), 3-14. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2014.12.002>



López-Herce, J., & Carrillo Álvarez, A. (2018). Criterios de ingreso y alta y organización de los cuidados intensivos pediátricos. *Medicina Intensiva (English Edition)*, 42(4), 203-204.

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2017.12.011>

Marshall, J. C., Bosco, L., Adhikari, N. K., Connolly, B., Diaz, J. V., Dorman, T., Fowler, R. A., Meyfroidt, G., Nakagawa, S., Pelosi, P., Vincent, J.-L., Vollman, K., & Zimmerman, J. (2017). What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of Critical Care*, 37, 270-276.

<https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07.015>

Moyano, G. B., & Sosa, N. I. (2019). Hacia un estado del arte en las perspectivas de desarrollo de competencias en la formación de Enfermería en Cuidados Intensivos. *Revista Argentina de Terapia Intensiva*, 36(1), Article 1.

<https://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/view/563>

Ranzani, O. T., Zampieri, F. G., Taniguchi, L. U., Forte, D. N., Azevedo, L. C. P., & Park, M. (2014). The effects of discharge to an intermediate care unit after a critical illness: A 5-year cohort study. *Journal of Critical Care*, 29(2), 230-235.

<https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2013.10.013>

Santana-Padilla, Y. G., Santana-Cabrera, L., Bernat-Adell, M. D., Linares-Pérez, T., Alemán-González, J., & Acosta-Rodríguez, R. F. (2019). Necesidades de formación detectadas por enfermeras de una unidad de cuidados intensivos: Un estudio fenomenológico. *Enfermería Intensiva*, 30(4), 181-191.

<https://doi.org/10.1016/j.enfi.2019.05.001>

Smith, G., & Nielsen, M. (1999). Criteria for admission. *BMJ: British Medical Journal*, 318(7197), 1544-1547.

Vincent, J.-L., Marshall, J. C., Namendys-Silva, S. A., François, B., Martin-Loeches, I., Lipman, J., Reinhart, K., Antonelli, M., Pickkers, P., Njimi, H., Jimenez, E., & Sakr, Y. (2014). Assessment of the worldwide burden of critical illness: The Intensive Care Over Nations (ICON) audit. *The Lancet Respiratory Medicine*, 2(5), 380-386.

[https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(14\)70061-X](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(14)70061-X)

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no existe conflicto de interés posible.

Financiamiento:

No existió asistencia financiera de partes externas al presente artículo.

Nota:

El artículo no es producto de una publicación anterior.

