EsSalud
Perú saludable

"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD Nº 05 -GCPS-ESSALUD-2022

Lima, 23 MAR. 2022

VISTOS:

La Nota Nº 117 -GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2021 y el Informe N°19 -SGPE-GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2022, de la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud de la Gerencia Central de Prestaciones, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante el artículo I del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, se establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo;

Que, de conformidad con lo establecido en el Numeral 1.2 del artículo 1º de la Ley Nº 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, en el literal e) del artículo 2° de la Ley Nº 27056 se establece como una de las funciones de ESSALUD, formular y aprobar sus reglamentos internos, así como otras normas que le permitan ofrecer sus servicios de manera ética, eficiente y competitiva;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 489-2005/MINSA, se aprueba la Norma Técnica N° 031-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios", y su modificatoria;

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N°767-PE-ESSALUD-2015 se aprobó el Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud - ESSALUD, el mismo que establece en el artículo 158° que la Gerencia Central de Prestaciones de Salud es el órgano de línea encargado de elaborar, proponer, monitorear y evaluar el cumplimiento de las políticas, normas y estrategias relacionadas con la atención integral de salud que se brindan a los usuarios a través de las IPRESS propias, de terceros y otras modalidades, así como en salud ambiental, seguridad y salud en el trabajo y medicina complementaria, en el marco de las normas sectoriales;

Que, el literal a) del mismo artículo establece que, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud tiene por función formular, proponer, aprobar cuando corresponda al ámbito de su competencia y evaluar las políticas, normas, modelos, prioridades sanitarias y estrategias para la atención de salud de los asegurados a través de la oferta fija y flexible y otras modalidades, así como los criterios de evaluación de resultados e impacto de las intervenciones sanitarias;

Que, el proyecto de Documento Técnico: "Lineamientos para la atención de pacientes pediátricos en los servicios de cuidados intensivos e intermedios en el Seguro Social de Salud-EsSalud", tiene como objetivo establecer disposiciones para atención de los pacientes pediátricos en los servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios en el Seguro Social de Salud-EsSalud;

Que, resulta necesario aprobar el proyecto de Documento Técnico: "Lineamientos para la atención de pacientes pediátricos en los servicios de cuidados intensivos e intermedios en el Seguro Social de Salud-EsSalud", a fin garantizar la calidad y la oportunidad en la atención integral, racional y eficiente a los pacientes pediátricos en estado crítico de su salud, en los servicios de cuidados intensivos e intermedios en el Seguro Social de Salud-EsSalud.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud
ANGEL ALVAREZ CABEZAS
Fedatario Suplente
Resolucion N° 42 GCPS-ESSALUD-2020
23 MAR. 2022

Siempre con el pueblo

EsSalud
Perú saludable

"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD Nº 05 -GCPS-ESSALUD-2022

Estando a lo expuesto y en uso de las facultades conferidas;

SE RESUELVE:

1. **APROBAR**, el Documento Técnico: "Lineamientos para la atención de pacientes pediátricos en los servicios de cuidados intensivos e intermedios en el Seguro Social de Salud-EsSalud", que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.

2. **DISPONER**, que la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud se encargue de la difusión y asistencia técnica del Documento Técnico: "Lineamientos para la atención de pacientes pediátricos en los servicios de cuidados intensivos e intermedios en el Seguro Social de Salud-EsSalud", aprobado por la presente Resolución.

3. **ENCARGAR**, a la Gerencia Central de Operaciones se encargue del proceso de implementación, supervisión y control del Documento Técnico aprobada por la presente Resolución.

4. **ENCARGAR**, a la Oficina de Apoyo y Seguimiento de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud la remisión a Secretaría General de la presente Resolución, para su publicación en el Compendio Normativo Institucional, en la intranet y en la página Web institucional del Seguro Social de Salud -EsSalud.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

Sub Gerencia de Prestaciones Especializadas - GCPS - ESSALUD
Vº Bº
M. BLAS A.
Sub Gerente

Políticas y Normas de Atención Integral de Salud - GCPS - ESSALUD
Vº Bº
J. ZANABRIA C.
GERENTE

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud
ANGEL ALVAREZ CABEZAS
Fedatario Suplente
Resolucion N° 42 GCPS-ESSALUD-2020

23 MAR. 2022

Dr. EINSTEIN MURRIETA LUJÁN
GERENTE CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD (e)
ESSALUD

Siempre con el pueblo

RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD

N° 05 -GCPS -ESSALUD-2022

DOCUMENTO TÉCNICO: "LINEAMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS EN LOS SERVICIOS DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS EN EL SEGURO SOCIAL DE SALUD-ESSALUD"

2022

ÍNDICE

		Pág.
CAPÍTULO I:	DISPOSICIONES INICIALES	3
CAPÍTULO II:	ÓRGANOS RESPONSABLES	4
CAPÍTULO III:	DISPOSICIONES PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES PEDIATRICOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS	5
ANEXO N° 1: CRITERIOS DE INGRESO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS		9
ANEXO N° 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO		14
ANEXO N° 3: INDICADOR		16

V°B° M. BLASA Sub Gerente ESSALUD

V° B° J. ZANABRIA C. GERENTE ESSALUD

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD V°B° E. MURRIETA L. ESSALUD

CAPÍTULO I
DISPOSICIONES INICIALES

Artículo 1. Objeto

Establecer disposiciones para la atención de los pacientes pediátricos en los servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios en el Seguro Social de Salud-EsSalud.

Artículo 2. Finalidad

Garantizar la calidad y la oportunidad en la atención integral, racional y eficiente a los pacientes pediátricos en estado crítico de su salud, en los servicios de cuidados intensivos e intermedios en el Seguro Social de Salud-EsSalud.

Artículo 3. Marco Normativo

3.1. Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA y modificatorias.

3.2. Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.

3.3. Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD) y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 002-99-TR y modificatorias.

3.4. Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud, y su modificatoria.

3.5. Resolución Ministerial N° 489-2005/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 031-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios", y su modificatoria.

3.6. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud y sus modificatorias.

Artículo 4. Ámbito de Aplicación

El presente documento técnico es de cumplimiento en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) que cuentan con unidades de cuidados intensivos e intermedios, que incluye a las IPRESS de terceros o bajo modalidad de Asociación Público-Privada (APP) de acuerdo con los términos y condiciones establecidas en convenios/contratos suscritos con los respectivos operadores.

Artículo 5. Definiciones

Para efectos del presente documento técnico, se consideran las siguientes definiciones:

5.1. **Capacidad Resolutiva**[1]: Capacidad operativa de atención de un centro asistencial cuyo nivel de atención y tipo de categoría depende directamente de la infraestructura, tecnología del equipamiento, capacitación y competencia de los recursos humanos.

5.2. **Consentimiento informado**[2]: Es la conformidad expresa del paciente o de su representante legal cuando el paciente está imposibilitado, con respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento, en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico u otro profesional de salud competente le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, así como los beneficios, lo cual debe ser registrado y firmado en un documento, por el paciente o su

[1] VI Concepto de referencia. Directiva N° 28-GG-ESSALUD-2011 "Normas para las Prestaciones Asistenciales en los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios en las Redes Asistenciales y órganos Desconcentrados del Seguro Social de Salud-EsSalud", aprobado con Resolución de Gerencia General N° 1739-GG-ESSALUD-2011

[2] 7 Concepto de referencia. Directiva N° 001-GG-ESSALUD-2014 "Gestión de la Historia Clínica en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud-ESSALUD", aprobado con Resolución de Gerencia General N° 107-GG-ESSALUD-2014.

representante legal y el profesional responsable. Se exceptúa de consentimiento informado en caso de situación de emergencia, según lo estipulado en la Ley General de Salud, en los artículos 4° y 40°.

5.3. **Cuidados Intensivos**[3]: Es una unidad orgánica (Servicio o Unidad-UCI) que brinda atención de salud especializada en Medicina Intensiva al paciente críticamente enfermo en condición de inestabilidad y gravedad persistente.

5.4. **Cuidados Intensivos Pediátricos**[4]: Es una unidad orgánica (Servicio o Unidad-UCI) especialmente diseñada para tratamiento de pacientes pediátricos quienes debido a su gravedad o condiciones potencialmente letales requieren observación y asistencia médica intensiva integral y continua por un equipo médico que haya obtenido competencia especial en medicina intensiva pediátrica.

5.5. **Cuidados Intermedios**[3]: Es una unidad orgánica que brinda atención de salud especializada en Medicina Intensiva al paciente críticamente enfermo en condición de estabilidad; pero que su estado aún reviste gravedad. Proporciona atención que no puede ser brindada en las Unidades de hospitalización común, pero que no justifica su admisión o continuidad en cuidados intensivos.

5.6. **Estado Crítico**[3]: Situación en la cual la persona está en riesgo momentáneo o continuo de perder la vida o deterioro importante de la calidad de vida por una condición específica, configurando un estado de gravedad persistente que requiere monitorización y tratamiento continuado.

5.7. **Historia Clínica Electrónica**[5]**:** Es la historia clínica registrada en forma unificada, personal, multimedia, refrendada con la firma digital del médico u otros profesionales de la salud, cuyo tratamiento (registro, almacenamiento, actualización, acceso y uso) se realiza en estrictas condiciones de seguridad, integralidad, autenticidad, confidencialidad, exactitud, inteligibilidad, conservación y disponibilidad a través de un Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas, de conformidad con las normas aprobadas por el Ministerio de Salud, como órgano rector.

5.8. **Paciente**[2]: Es toda persona enferma o afectada en su salud que recibe atención en una IPRESS por personal de la salud.

5.9. **Paciente potencialmente recuperable**[3]: Paciente crítico cuya gravedad no es consecuencia de un estadio de una enfermedad incurable en estado terminal.

CAPÍTULO II
ÓRGANOS RESPONSABLES

Artículo 6. Gerencia Central de Prestaciones de Salud

Programar y ejecutar actividades de difusión y asistencia técnica, dirigidas al personal y funcionarios de las Redes Asistenciales/Prestacionales y Órganos Prestadores Nacionales.

---

[3] 6. Definiciones. Norma Técnica N° 031-MINSA/DGSP V.01: Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios, aprobado con Resolución Ministerial 489-2005/MINSA.
[4] Adaptado de Guías de ingreso, alta y triage para las unidades de cuidados intensivos pediátricos en España. Asociación Española de Pediatría. Mayo 2018.
[5] 4.1 Definiciones Operativas.IV Disposiciones Generales. Norma Técnica N° 139-MINSA/2018/DGAIN: Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica, aprobado con Resolución Ministerial 214-2018/MINSA.

Artículo 7. Gerencia Central de Operaciones

Supervisar y controlar el otorgamiento de las prestaciones de salud en la oferta fija, flexible y otras modalidades de atención en las IPRESS de las Redes Prestacionales/Asistenciales y Órganos Prestadores Nacionales.

Artículo 8. Redes Asistenciales y Prestacionales de ESSALUD

Garantizar la continuidad, calidad y oportunidad en el otorgamiento de las prestaciones de salud a los asegurados, derechohabientes y usuarios del ámbito de la Red, a través de la Red Prestadora asignada, así como mediante la coordinación y complementariedad con otras Redes Prestadoras.

CAPÍTULO III
DISPOSICIONES PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Artículo 9. De la Organización y Funcionamiento

9.1. Los Hospitales Nacionales e Instituto Nacional Cardiovascular deben contar con una Unidad de Cuidados Intensivos/Intermedios para la atención de pacientes pediátricos críticos de acuerdo al ordenamiento territorial de los Centros Asistenciales de ESSALUD y la Norma Técnica de Categorización de Establecimientos.

9.2. La distribución de camas pediátricas depende de la categoría del establecimiento de salud, de acuerdo a la demanda y al perfil epidemiológico respectivo.

9.3. Los servicios de cuidados intensivos e intermedios pediátricos deben funcionar las 24 horas, todos los días del año, en turnos no mayor a 12 horas continuas. En casos donde supere la demanda y excepcionalmente por necesidad del servicio, los turnos pueden extenderse hasta veinticuatro horas (según Ley del Trabajo Médico).

9.4. El Departamento y/o servicio de cuidados intensivos de los hospitales según nivel de atención y categoría, deben contar con profesionales especialistas capacitados que pertenezcan al servicio.

9.5. El servicio de cuidados intensivos pediátricos está a cargo del médico especialista en Medicina Intensiva Pediátrica.

9.6. El servicio de cuidados intensivos e intermedios debe contar con servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento como laboratorio y diagnóstico por imágenes, quienes brindaran apoyo las 24 horas del día.

9.7. El servicio de cuidados intensivos e intermedios debe contar con registros implementados y actualizados para el buen funcionamiento del servicio.

9.8. El servicio de cuidados intensivos e intermedios debe implementar un horario regular de información del estado del paciente al momento del ingreso y diariamente.

9.9. El servicio debe implementar las medidas de Bioseguridad de acuerdo a la normatividad vigente.

9.10. El servicio debe contar con un ambiente de aislamiento para los pacientes con enfermedades infecto-contagiosas, de acuerdo a la disposición de la Oficina de Inteligencia Sanitaria de cada IPRESS.

Artículo 10. De la Atención al Paciente Pediátrico

10.1. Del Ingreso:

10.1.1. Todo ingreso a Cuidados Intensivos e Intermedios Pediátrico debe ser decidido por el Médico Especialista en Pediatría o Médico Intensivista Pediátrico en base a criterios establecidos (Ver Anexo N° 1).

10.1.2. Los criterios de ingreso para cuidados intermedios son los mismos que para cuidados intensivos diferenciándose en la estabilidad en el estado crítico y en quienes no sea prioritario el tratamiento invasivo, es decir, atención que no puede ser brindada en las Unidades de hospitalización común, pero que no justifica su admisión o continuidad en cuidados intensivos.

10.1.3. El paciente pediátrico que es trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos debe ser llevado por el médico tratante o médico a cargo de la evaluación del paciente.

10.1.4. En casos que el paciente pediátrico se encuentre en otro servicio, la enfermera debe coordinar con la enfermera de UCI el traslado del paciente.

10.1.5. En casos que el paciente pediátrico sea referido de otra IPRESS a la UCI Pediátrica, el jefe de emergencia de la IPRESS de origen debe coordinar el traslado del paciente con el jefe de emergencia de la IPRESS de destino, según la normatividad vigente.

10.1.6. El personal del servicio de procedencia reporta sobre el diagnóstico y estado actual del paciente. En el caso de una referencia se debe proceder según la Norma vigente del sistema de referencias y contrarreferencias.

10.1.7. El paciente pediátrico es recepcionado por el equipo (médico intensivista pediátrico y enfermera) de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

10.2. Del Internamiento

10.2.1. El médico intensivista pediátrico realiza la evaluación médica y elabora un plan de trabajo para el paciente, realiza procedimientos médicos, evalúa resultados y coordina el seguimiento continuo del paciente durante las 24 horas.

10.2.2. El médico intensivista pediátrico registra en la historia clínica que se encuentra en el sistema de información institucional vigente (ESSI) todas las evaluaciones, indicaciones y procedimientos, indicando fecha, hora, firma y sello del médico, de acuerdo a la normatividad vigente.

10.2.3. Los procedimientos son autorizados por el apoderado o responsable del paciente pediátrico mediante el consentimiento informado de acuerdo a la normatividad vigente (Ver Anexo N° 2).

10.2.4. La medicación que se emplea en las unidades de cuidados intensivos y cuidados intermedios pediátricos se rige de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente: Normativa de Uso del Petitorio Farmacológico de EsSalud.

10.2.5. El médico intensivista pediátrico al termino del turno, entrega el reporte, al médico intensivista pediátrico que ingresa; informa sobre las condiciones de salud, los procedimientos pendientes, y el plan de trabajo a seguir para los pacientes pediátricos que permanecen en el servicio.

10.2.6. Toda interconsulta es solicitada por el médico intensivista pediátrico, la cual se registra en la historia clínica que se encuentra en el sistema de información institucional vigente (ESSI). El médico que responde la interconsulta, evalúa al paciente y registra en la historia clínica que se encuentra en el sistema de información institucional vigente (ESSI) su opinión y las sugerencias respectivas.

10.2.7. El médico intensivista pediátrico de turno informa al apoderado o responsable sobre el estado actual del paciente, la información incluye evolución clínica, pronóstico y plan de trabajo.

10.2.8. En los casos de muerte súbita o violenta el cadáver se seguirá el procedimiento establecido por Ley para su traslado a la Morgue y se realice la Necropsia de Ley y; en esta dependencia, se expide el Certificado de Defunción.

10.3. De los Exámenes Auxiliares y Procedimientos de Ayuda Diagnóstica

10.3.1. Los servicios de patología clínica, diagnóstico por imágenes, farmacia y banco de sangre deben brindar soporte a las unidades de cuidados intensivos, las 24 horas del día.

10.3.2. Los exámenes auxiliares solicitados deben registrarse en la historia clínica que se encuentra en el sistema de información institucional vigente (ESSI) y tramitados de forma inmediata por el personal encargado.

10.4. De la Junta Médica

10.4.1. El médico intensivista pediátrico convoca a junta médica cuando el caso amerita la opinión conjunta con otros especialistas para la toma de decisiones en relación al diagnóstico, pronóstico y/o tratamiento. Se registra en la historia clínica que se encuentra en el sistema de información institucional vigente (ESSI) las conclusiones, fecha, hora y participantes con registro de la firma correspondiente.

10.5. Del Alta Médica

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

10.5.2. Los pacientes pediátricos ingresados en las unidades de cuidados intermedios son evaluados y considerados para alta cuando la enfermedad, proceso o condición fisiológica inestable que condicionó su admisión en la unidad se haya resuelto.

10.5.3. El alta del paciente pediátrico debe estar basado en los siguientes criterios:

- Parámetros hemodinámicos estables.
- Estado respiratorio estable en paciente extubado y con vía aérea permeable que no requiere soporte respiratorio o que el que requiere es no-invasivo y puede ser aplicado de forma segura fuera de la unidad de cuidados intensivos.
- Requerimientos mínimos de oxígeno.

- El paciente ya no requiere soporte inotrópico, vasodilatador y antiarrítmico, o con el paciente estable las dosis requeridas son bajas y pueden ser administradas de forma segura fuera de la unidad de cuidados intensivos.
- Se han controlado las arritmias cardiacas
- Se ha retirado el equipo de monitorización de la presión intracraneal.
- El paciente está neurológicamente estable y se han controlado las convulsiones.
- Se han retirado todos los catéteres para la monitorización hemodinámica.
- Pacientes crónicamente en ventilación mecánica invasiva (traqueostomía) o no-invasiva que permanecen estables y en quienes la enfermedad crítica aguda se ha resuelto o ha revertido y pueden ser transferidos a una unidad que maneja rutinariamente a pacientes ventilados crónicamente o a su domicilio.
- Pacientes con diálisis peritoneal o hemodiálisis crónica en los que se ha resuelto la enfermedad aguda crítica y que ya no requieren de intervenciones complejas, cuidados o monitorización que exceda la capacidad institucional para su cuidado fuera de la unidad de cuidados intensivos.
- Pacientes con traqueostomía que ya no requieren de aspiración frecuente e intensiva.
- El equipo encargado del cuidado del paciente y su familia, después de una valoración cuidadosa, conjunta y coordinada determinan que ya no se derivan beneficios para el paciente de su permanencia ingresado en la unidad de cuidados intensivos.

Artículo 11. De la Referencia y Contrarreferencia

11.1. La referencia de pacientes críticos a un establecimiento con capacidad resolutiva/ operativa disponible se realiza para la atención de la patología y/o procedimientos especializados de diagnóstico y tratamiento según corresponda, acorde a la normatividad vigente del sistema de referencias y contrarreferencias.

11.2. El procedimiento de la contrarreferencia se realiza de acuerdo a lo establecido en el documento "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de EsSalud".

ANEXOS

Anexo N° 1: Criterios de ingreso en la unidad de cuidados intensivos pediátricos

Anexo N° 2: Consentimiento informado

Anexo N° 3: Indicador

ANEXO N° 1

CRITERIOS DE INGRESO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

RELACIONADOS CON EL SISTEMA RESPIRATORIO

Pacientes con enfermedad pulmonar o de la vía aérea grave, potencialmente letal o inestable. Incluye, pero no está limitado a las siguientes situaciones:

- Intubación endotraqueal o potencial necesidad de intubación endotraqueal de urgencia y de ventilación mecánica, independientemente de la etiología.
- Necesidad de ventilación mecánica no-invasiva en casos de insuficiencia respiratoria aguda moderada o grave.
- Síndrome de distrés respiratorio agudo pediátrico.
- Enfermedad pulmonar grave rápidamente progresiva o de la vía aérea inferior o superior, con riesgo de progresión a fallo respiratorio y/o a obstrucción total.
- Elevados requerimientos de oxígeno suplementario (FiO2≥0,5 para mantener SaO2≥92%), independientemente de la etiología.
- Colocación reciente de traqueostomía con o sin la necesidad de ventilación mecánica
- Barotrauma agudo que compromete la vía aérea inferior o superior.
- Aspiración de cuerpo extraño acompañado de disnea, aumento del trabajo respiratorio, hipoxemia o hipercapnia o que requiera monitorización continua.
- Requerimiento de medicaciones nebulizadas o aerosolizadas con más frecuencia de lo que puede ser administrado con seguridad fuera de la UCI de acuerdo con las guías de la institución.
- Pacientes que requieren asistencia respiratoria extracorpórea: Oxigenación por membrana extracorpórea-ECMO veno-venoso o veno-arterial, eliminación extracorpórea de CO2.
- Ocupación del espacio pleural que compromete la respiración o produce inestabilidad hemodinámica requiriendo infusión de fluidos o vasopresores.
- Apnea observada por un médico o enfermera o que se describe como cianosis y/o pérdida de conciencia y/o pérdida de tono muscular.

RELACIONADOS CON EL SISTEMA CARDIOVASCULAR

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

- Shock independientemente de la etiología.
- Estado post-reanimación cardiopulmonar.
- Arritmias potencialmente letales o que requieran monitorización continua.
- Síncope de origen cardiaco sospechado o documentado.
- Insuficiencia cardiaca inestable, con o sin necesidad de ventilación mecánica.
- Enfermedad cardiaca congénita con estado cardio-respiratorio inestable.
- Después de procedimientos intratorácicos y cardiovasculares de alto riesgo.
- Enfermedad cardiovascular que requiera de monitorización invasiva y continua de la presión arterial, de la venosa central, de la arteria pulmonar y/o del gasto cardiaco.
- Necesidad de marcapasos cardiaco provisional.
- Hipertensión arterial que requiere terapia intravenosa.
- Hipertensión pulmonar requiriendo óxido nítrico inhalado o terapia intravenosa.
- Pacientes que requieren soporte cardiocirculatorio extracorpóreo: Oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO), asistencia ventricular externa continua o pulsátil, o balón de contrapulsación.
- Taponamiento cardiaco establecido o inminente.
- Tromboembolismo pulmonar.
- Pacientes que requieran tratamiento con riesgo potencial de causar reacción anafiláctica aguda grave.

RELACIONADOS CON EL SISTEMA RENAL

Pacientes con enfermedad renal grave, potencialmente letal o inestable. Incluye, pero no está limitado a las siguientes situaciones:

- Fallo renal agudo o crónico que requiera monitorización invasiva y/o continua y/o intervención compleja.
- Pacientes que requieren hemodiálisis aguda, diálisis peritoneal u otras terapias de remplazamiento renal como la hemofiltración o hemodiafiltración veno-venosa continua en un paciente inestable.
- Rabdomiólisis aguda con insuficiencia renal.

RELACIONADOS CON EL APARATO DIGESTIVO

Pacientes con enfermedad gastrointestinal grave, potencialmente letal o inestable. Incluye, pero no está limitado a las siguientes situaciones:

- Sangrado gastrointestinal agudo grave que conduce a inestabilidad hemodinámica y/o respiratoria.
- Después de una endoscopia de urgencia para extraer cuerpos extraños que comporte riesgo de hemorragia o perforación.
- Fallo hepático agudo que conduce o potencialmente pueda conducir a coma o inestabilidad hemodinámica y/o respiratoria.
- Inflamación o distensión gastrointestinal con inestabilidad hemodinámica y/o alteración hidroelectrolítica grave.
- Pancreatitis aguda grave.

RELACIONADOS CON EL ESTADO NEUROLÓGICO

Pacientes con enfermedad neurológica actual grave, potencialmente letal o inestable o que requieran monitorización invasiva y/o continua. Incluye, pero no está limitado a las siguientes situaciones:

- Status epiléptico
- Convulsiones que no responden al tratamiento o que requieren anticonvulsivantes en infusión continua.
- Pacientes con convulsiones que muestren inestabilidad de los signos vitales relacionados con la vía aérea, respiración o circulación.
- Alteración aguda y/o grave del estado de conciencia donde el deterioro o depresión neurológica es probable o impredecible, o coma con compromiso potencial de la vía aérea.
- Tras procedimientos quirúrgicos que requieren monitorización invasiva u observación clínica estrecha, integral y continua.
- Puntuación escala de coma de Glasgow<13.
- Inflamación o infecciones agudas de la médula espinal, meninges o cerebro que se acompañan de depresión neurológica, alteraciones metabólicas y hormonales, compromiso hemodinámico y/o respiratorio o del potencial incremento de la presión intracraneal.
- Trauma craneal grave o con signos o síntomas de hipertensión intracraneal
- Cualquier condición perioperatoria neuroquirúrgica que se acompañe de deterioro neurológico.
- Disfunción neuromuscular progresiva con o sin alteración del sensorio que requiera vigilancia o monitorización cardiovascular continua y/o soporte respiratorio intensivo.
- Compresión de la médula espinal establecida o inminente de cualquier origen.
- Colocación de un dispositivo para drenaje ventricular externo.
- Hemorragia intracraneal aguda o edema cerebral evidenciado por imagen.
- Alteración estructural cerebral evidenciada por neuroimagen que requiera vigilancia intensiva continua o monitorización de la presión de perfusión cerebral y/o soporte respiratorio intensivo.
- Nuevo cambio pupilar, del estado mental o deterioro de la puntuación escala de coma de Glasgow
- Necesidad de monitorización de la presión intracraneal, saturación tisular cerebral, saturación de oxígeno del bulbo de la yugular y/o medición de la presión de perfusión cerebral.

- Tras la sospecha o el diagnóstico de un accidente cerebrovascular agudo hemorrágico o isquémico.

RELACIONADO CON ENFERMEDADES HEMATO-ONCOLÓGICOS

Pacientes con enfermedad hematológica u oncológica grave, potencialmente letal o inestable o con sangrado activo o estado protrombótico que amenaza su vida o la funcionalidad de un órgano vital. Incluye, pero no está limitado a las siguientes situaciones:

- Exanguino-transfusión
- Plasmaféresis y leucoaféresis con condición clínica inestable.
- Coagulopatía grave
- Anemia grave ≤4g/dl y/o que debido a las condiciones del paciente resulta en compromiso hemodinámico y/o en hipoxia tisular.
- Complicaciones graves de la crisis de células falciformes como cambios neurológicos, síndrome del tórax agudo o anemia aplásica con inestabilidad hemodinámica.
- Iniciación de quimioterapia, corticoterapia o inmunoterapia con riesgo potencial de síndrome de lisis tumoral o síndrome de lisis tumoral patente.
- Masas o tumores que comprimen o amenazan con comprometer vasos vitales, la función de órganos vitales o la vía aérea.
- Síndrome de cava superior asociado con masa mediastínica.
- Hiperleucocitosis que se acompañe de o implique un riesgo elevado de hiperviscosidad e hipertensión pulmonar
- Complicaciones potenciales o establecidas derivadas del tratamiento quimioterápico que supongan un riesgo vital o fallo de al menos un órgano vital
- Síndrome de hiperviscosidad.

RELACIONADO CON EL ESTADO ENDOCRINO/METABÓLICO

Pacientes con enfermedad endocrina o metabólica grave, potencialmente letal o inestable. Incluye, pero no está limitado a las siguientes situaciones:

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

RELACIONADO CON ACCIDENTES, INTOXICACIONES, INFECCIONES Y LESIONES POR AGENTES AMBIENTALES

- Pacientes con ingestión de tóxicos, sobredosis de medicamentos o envenenamiento por agentes externos potencialmente letales o con potencial descompensación aguda de órganos o sistemas vitales y/o con manifestaciones graves descritas en otros apartados de estas guías y/o que requieran monitorización continua o invasiva y/o con fallo o disfunción de al menos un órgano vital y/o que requieran intervención compleja o la aplicación de tecnologías de depuración avanzada.
- Casi-ahogamiento
- Quemaduras que cubran>10% de la superficie corporal o que por su localización o profundidad supongan un riesgo vital o para la estabilidad del paciente
- Lesiones graves por corriente eléctrica.
- Inhalación de humo
- Golpe de calor
- Hipotermia grave por exposición al frío.
- Lesión por agentes químicos, biológicos, radiológicos o nucleares. Pueden requerir ingreso en unidades preparadas para el aislamiento y la contención del agente.
- Trauma no accidental o lesiones por maltrato que requieran monitorización continua y/o tratamiento intensivo o que por estrategia de manejo del paciente sea conveniente su ingreso.
- Intento de autolisis que requiera monitorización continua y/o tratamiento intensivo o que por estrategia de manejo del paciente sea conveniente su ingreso.
- Pacientes con infección o sospecha de infección potencialmente letal o que requieran monitorización invasiva y/o continua. Incluye, pero no está limitado a las siguientes situaciones:
  - ✓ Sepsis con disfunción cardiovascular o síndrome de distrés respiratorio agudo pediátrico o disfunción de otros 2 órganos vitales y/o con signos de alto riesgo: bradicardia, taquicardia, taquipnea, hipoxemia, relleno capilar enlentecido, alteración del estado de conciencia, hipotensión, oliguria, hiperlactatemia/hiperlactacidemia, alteración de la coagulación y/o trombocitopenia de nueva aparición.
  - ✓ Sepsis en paciente inmunodeprimido o asociada a neutropenia o a linfopenia
  - ✓ Infección o absceso que por su localización, extensión o estado clínico del paciente comprometan o puedan comprometer gravemente el funcionamiento de al menos un órgano o sistema vital o de la vía aérea.
  - ✓ Infección grave en paciente con inmunosupresión de cualquier origen.
  - ✓ Enfermedades infecciosas cuya conocida evolución natural y/o posibles complicaciones sean potencialmente letales o amenacen la disfunción grave de al menos un órgano o sistema vital.

RELACIONADO CON CIRUGÍA, DONACIÓN DE ÓRGANOS Y PROCEDIMIENTOS INVASIVOS O TRATAMIENTOS ESPECIALIZADOS

Quirúrgico

- Pacientes pre y posquirúrgicos en estado de enfermedad grave y/o sepsis y/o que requieran monitorización invasiva y/o que se acompañen o tengan riesgo de fallo/disfunción grave de al menos un órgano o sistema vital y/o de coagulopatía y/o de inestabilidad hemodinámica durante el periodo perioperatorio de las siguientes situaciones:
  - ✓ Cirugía cardiovascular
  - ✓ Cirugía torácica
  - ✓ Neurocirugía
  - ✓ Cirugía abdominal
  - ✓ Cirugía otorrinolaringológica
  - ✓ Cirugía craneofacial
  - ✓ Cirugía ortopédica y espinal
  - ✓ Trasplante de órganos: cardiaco, renal, hepático, intestinal, multivisceral, pulmonar.

- ✓ Politraumatizados
- ✓ Pérdida sanguínea masiva ya sea durante la cirugía o durante el periodo postoperatorio.
- ✓ Cirugía que implique daño establecido o potencial de isquemia-reperfusión total o parcial de al menos un órgano vital o tras cualquier cirugía bajo circulación extracorpórea.

Donación de órganos

- Situación de muerte cerebral en donante de órganos
- Necesidad de cuidados intensivos orientados a la donación
- Donación en asistolia controlada

Necesidad de aplicar tecnologías, procedimientos invasivos o tratamientos especializados

- Condiciones clínicas en las que el paciente necesite de tecnologías o procedimientos asistenciales especializados, monitorización invasiva, intervenciones complejas o tratamiento, incluyendo medicaciones, o que requieran sedoanalgesia y que por el riesgo o complejidad inherente a su aplicación o por el estado de enfermedad del paciente excedan la capacidad institucional para su cuidado fuera de la unidad.
- Necesidad de aplicar vigilancia y cuidados clínicos y/o de enfermería continuos o que excedan la capacidad institucional para su cuidado fuera de la unidad.

SIGNOS VITALES ANORMALES

Lactantes:

- Frecuencia cardiaca $\leq$ 60 x min
- Frecuencia cardiaca $\geq$ 200 x min
- Presión arterial sistólica < 60 mm Hg
- Frecuencia respiratoria $\geq$ a 60 x min (hasta los 2 meses)
- Frecuencia respiratoria $\geq$ a 50 x min (desde los 2 meses al año)
- Saturación de oxígeno $\leq$ a 85 %

Pre-Escolar:

- Frecuencia cardiaca $\leq$ 60 x min
- Frecuencia cardiaca $\geq$ 180 x min
- Presión arterial sistólica < 80 mm Hg
- Frecuencia respiratoria > a 40 x min (sin fiebre)
- Saturación de oxígeno $\leq$ a 85 %

Fuente: Adaptado de las Guías de ingreso, alta y triage para las unidades de cuidados intensivos pediátricos en España.

ANEXO N° 2
CONSENTIMIENTO INFORMADO

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA U OTROS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS

Yo, _____ identificado (a) con DNI ( ) / Pasaporte ( ) / Carné de las FFAA ( ) / Carné Extranjería ( ) N° _____, en mi condición de paciente ( ) Padre ( ), Madre ( ), Representante Legal del/de la paciente ( )_____
_____con Historia Clínica N°_____ autorizo al (los) médicos (s): Dr. (a)_____
_____a practicar el procedimiento médico quirúrgico siguiente:
_____
_____

Que consiste en:
_____
_____

Habiendo sido informado y recibido explicación de lo siguiente:

1. Sobre la naturaleza, el propósito y los riesgos o consecuencias y potenciales razonablemente previsibles del procedimiento médico-quirúrgico propuesto y otros que excepcionalmente puedan presentarse y estén relacionados al procedimiento.
2. También se me ha explicado de las ventajas y beneficios razonablemente previsibles que voy a obtener, respecto al tratamiento de mi enfermedad y de las posibles consecuencias de no recibir ningún tratamiento.
3. También Yo entiendo que, en adición a los riesgos particulares de este procedimiento médico-quirúrgico, hay riesgos inherentes a mi persona por someterme a cualquier procedimiento médico-quirúrgico como: arresto cardiaco, daño cerebral o nervioso, problemas respiratorios, problemas de arterias y venas, reacción adversa a drogas y/o medicamentos, dolor e incomodidad; o imprevistos de otra naturaleza.
4. También he realizado las preguntas que consideré necesarias, todas las cuales han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables.
5. También entiendo que, durante el curso del presente procedimiento médico-quirúrgico, pueden concurrir condiciones inesperadas y que a juicio (de los) médico(s), debería realizarse una extensión o modificación al procedimiento inicialmente programado o diferente al arriba recomendado. En mérito de ello, autorizo a no retardar o detener el (los) procedimiento(s) complementarios(s) para obtener un nuevo consentimiento adicional.
6. Finalmente autorizo que durante el procedimiento al cual soy sometido(a), según sea el caso, se puedan utilizar técnicas e instrumentos que garanticen evidencia científica y pedagógica; porque también entiendo que los Hospitales de EsSalud como éste, según nivel de atención, son Instituciones Docentes que trabajan con personal de salud en formación, capacitación y entrenamiento

En forma voluntaria y en pleno uso de mis facultades mentales, físicas y de mi entendimiento, libre de coerción o alguna influencia indebida y habiendo sido debidamente informado sobre el procedimiento médico-quirúrgico a que seré (á) sometido(a) mi representado(a); he procedido a suscribir de puño y letra las seis (6) declaraciones arriba descritas, por lo que firmo el presente Consentimiento Informado.

Fecha: día----------, MES----------, Año----------, Hora----------AM/PM.
Firma del Paciente / Padre / Madre/ Representante Legal con DNI/ Pasaporte/ Carné FFAA/ Carné Extranjería N°----------; que autoriza el procedimiento médico-quirúrgico_____

Observaciones----------

Yo el Dr. (a)----------, médico tratante del (de la) paciente ----------, con Historia Clínica N° ---------- ---------- del Servicio de ----------, Departamento de---------- ----------del Hospital----------de EsSalud, internado por un cuadro de ---------- a quien se le practicará la intervención quirúrgica (el procedimiento) ----------, sobre el cual le he (hemos) puesto en conocimiento y explicado al (a la) paciente (a su padre/madre/representante legal) arriba mencionado; respecto a la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos probables, posibles eventos adversos o complicaciones como consecuencia del procedimiento médico-quirúrgico al que seré sometido (a); así mismo, se le ha informado de los métodos alternativo de tratamiento y de los riesgos o consecuencias de no emprenderse ningún tratamiento. En fe de lo cual y en el entendido de su plena comprensión interactiva por el (la) paciente (representante legal) de la información descrita, suscribo y firmo el presente Consentimiento otorgado.

Vº Bº M. BLASA Sub Gerente ESSALUD

Fecha: día: ----------, mes: ----------, año: ----------, hora: ----------AM/PM.

Firma y sello del médico tratante: Dr._____

DNI_____ N° CMP_____, N° RNE_____

Vº Bº J. ZANABRIA C. GERENTE ESSALUD

REVOCATORIA:
Yo, ---------- (padre / madre / representante legal), identificado con DNI / Pasaporte / Carne FFAA / Carné de Extranjería N° ----------, revoco el consentimiento informado otorgado, asumiendo los riesgos y consecuencias de mi decisión, respecto a la situación de mi (la) salud de mi representado (a), hijo (a).

Fecha: día: ----------, mes: ----------, año: ----------, hora: ---------- AM/PM.

Firma y Post Firma----------

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD Vº Bº E. MORRETAL Gerente Central (e) ESSALUD

NOTA. - El registro del consentimiento informado debe ser llenado por el mismo paciente o su representante legal, sin borrones o enmendaduras y con la misma letra. En la medida de lo posible las dos hojas del formato, deben proveerse al paciente/representante legal, con el tiempo suficiente para su adecuada lectura y entendimiento, para su llenado de preferencia e presencia y/o apoyo del médico tratante. Los analfabetos podrán utilizar su huella digital (dedo índice) en lugar de firma.

ANEXO N° 3
INDICADOR

Ficha Técnica del indicador **Tasa de Prevalencia de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) en UCI Pediátrica**					
Perspectiva / Objetivo Estratégico Institucional contribuye	OE2: "Brindar a los asegurados acceso oportuno a prestaciones integrales y de calidad acorde a sus necesidades".				
Objetivo Operativo	Identificar la magnitud de las IAAS en pacientes pediátricos críticos para implementar un tratamiento oportuno y limitar daño.				
Unidad de Medida	Número de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud				
Tipo de Indicador	De Calidad				
Fórmula de cálculo	N° de infecciones asociadas a la atención de salud x 100 N° total de pacientes en UCI pediátrica				
Definición operacional	Infecciones Asociadas a Atención de Salud: Es aquella que no está presente ni incubándose en el momento de la admisión, pero que se observa durante la estadia hospitalaria o al alta del paciente.				
Fuente Auditable	Sistema de Vigilancia Epidemiológica - ESSI				
Datos Históricos	**2018**	**2019**	**2020**		
	3.3%	ND	ND		
Metas	**2022**				
	Al Trimestre I	**Al Trimestre II**	**Al Trimestre III**	**Al Trimestre IV**	
	3.29%	3.28%	3.27%	3.26	
Proyecciones	**2023**	**2024**	**2025**		
	3.22%	3.18%	3.14%		
Valor de Referencia	-				
Análisis de la Evolución del Indicador	Los estudios Institucionales de prevalencia puntual de IAAS, mostraron un incremento de Tasa de Prevalencia Puntal en el Servicios de UCI Pediátrica del 2017 al 2018, de 2% a 3.3%. Durante los 2020 y 2021 dado el contexto actual de la pandemia, se ha priorizado fortalecer los sistemas de vigilancia de infecciones asociadas a la atención de salud haciendo énfasis en los pacientes pediátricos críticos.				
Justificación de las Metas Propuestas	La reducción de la prevalencia de las IAAS al 2022 se logrará mediante el fortalecimiento de las Unidades de Cuidados Críticos pediátricos y las medidas de bioseguridad.				
Responsable	Redes Prestacionales y Asistenciales				
Involucrados	GCPS-OIIS				
Fuente:	Directiva N° 16-GCPS-ESSALUD-2016 "Vigilancia de las Infecciones asociadas a la atención de salud en EsSalud				

Sub Gerencia de Prestaciones Especializadas - GCPS - ESSALUD
V°B°
M. BLASA
Sub Gerente

Gerencia de Política y Normas de Atención Integral de Salud - GCPS - ESSALUD
V° B°
J. ZANABRIA C.
GERENTE

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD - ESSALUD
V°B°
E. MURRIETA
Gerente Central (e)