EsSalud
MÁS SALUD PARA MÁS PERUANOS

RESOLUCION DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N° 99 -GCPS-EsSalud-2014

Lima, 23 JUL 2014

VISTA:

La Carta N°394-GPH-GCPS-EsSalud-2014 y el Informe Técnico N° 80-GPH-GCPS-EsSalud-2014, de la Gerencia de Prestaciones Hospitalarias, a través de las cuales sustenta la solicitud de aprobar el Manual de Procedimientos Asistenciales y Administrativos de Cuidados Críticos de EsSalud. Asimismo, la Carta N° 2002-OCAJ-EsSalud-2014, sobre la aprobación del mencionado documento técnico normativo.

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con el numeral 1.2 del Artículo 1° de la Ley N° 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 prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, mediante la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 366-PE-EsSalud-2010, de fecha 20.agosto.2010, se aprueba y pone en vigencia la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud;

Que en el literal c) del articulo 31°, del referido Reglamento de Organización y Funciones, establece como una de las funciones de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, la de conducir la formulación e implantación de normas y procedimientos para la atención integral de salud, con criterios de costo efectividad, basados en evidencias y acordes con las prioridades sanitarias e institucionales que garanticen la oportunidad, pertinencia y continuidad de las prestaciones de salud con los estándares de calidad y eficiencia requeridos;

Que, es necesario estandarizar los procedimientos Asistenciales y Administrativos en Cuidados Críticos para uniformizar los criterios para una mejor atención de los pacientes críticos que ameriten los procedimientos en mención.

Que, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud en uso de sus atribuciones y a fin de facilitar la Gestión mediante el ordenamiento y normalización de los procedimientos.

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

SE RESUELVE:

1. **APROBAR,** el Manual de Procedimientos Asistenciales y Administrativos de Cuidados Críticos, que forma parte de la presente Resolución.

2. **ENCARGAR.** a la Gerencia de Prestaciones Hospitalarias y Oficina de Apoyo a la Gestión e información, la aplicación y difusión de lo dispuesto en la presente resolución, según sus ámbitos de competencia.

3. **ENCARGAR,** a la Sub Gerencia de Servicios de Emergencias y Cuidados Críticos, de la Gerencia de Prestaciones Hospitalarias las acciones de implantación para el cumplimiento de lo dispuesto en la presente resolución.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

DRA. ADA PASTOR GOYZUETA
Gerente Central de Prestaciones de Salud
ESSALUD

EsSalud
Seguridad Social para todos

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS DE CUIDADOS CRITICOS EN ESSALUD

V°B°
M. MASCARO
SUBGERENTE
ESSALUD

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
GERENCIA DE PRESTACIONES HOSPITALARIAS
SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS

Lima, 2014

EsSalud
Seguridad Social para todos

DRA. VIRGINIA BAFFIGO TORRÉ DE PINILLOS
Presidente Ejecutivo

ECO. MIGUEL ANGEL LA ROSA PAREDES
Gerente General

DRA. ADA GRACIELA PASTOR GOYZUETA
Gerente Central de Prestaciones de Salud

DR. LUIS MIGUEL LOPEZ LEÓN
Gerente de Prestaciones Hospitalarias

DR. MARCO ANTONIO MASCARÓ COLLANTES
Sub Gerente de Servicios de Emergencia y Cuidados Críticos

DR. MEDARDO MANUEL FRANCISCO CHAVEZ GONZALES
Presidente Comité Técnico Central de
Cuidados Críticos de EsSalud 2014

EsSalud
Seguridad Social para todos

ELABORADO POR:

Red Almenara

Dr. Enrique Edwin Durand Alfaro
Dr. Sergio Edgardo Echenique Martínez
Dr. Jaime Gerardo Arriaga Caballero

Red Rebagliati

Dr. Medardo Manuel Francisco Chávez Gonzáles
Dr. Jorge Arturo Cerna Barco.
Dr. Luis Alberto Carrillo Velásquez.
Dr. Juan Carlos Alva Pinto.

V°B° M. MASCARO C. SUBGERENTE ESSALUD

Red Sabogal

Dra. Carmen Sara Terrazas Obregón.
Dra. Zoila Oriele Donayre Tàber.

Coordinación

Dra. Auristela Angélica Jesús Yaranga

Colaboradores

Dr. Willy Porras García.
Dr. José Portugal Sánchez.

EsSalud
Seguridad Social para todos

TITULO ORIGINAL: "MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS DE CUIDADOS CRITICOS EN ESSALUD"

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
GERENCIA DE PRESTACIONES HOSPITALARIAS
SUB GERENCIA DE SERVICIOS DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS.

Jr. Domingo Cueto N° 120 – 8vo piso - Lima - Perú

M. MASCARO C. SUBGERENTE ESSALUD

DERECHO DEL AUTOR

Copyright@2014, Essalud

Queda hecho el depósito que previene la Ley

Este documento no puede reproducirse total o parcialmente por ningún motivo gráfico, electrónico o mecánico, incluso los sistemas de fotocopiado, registro magnetofónico o alimentación de datos, sin permiso previo de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud - Gerencia de Prestaciones Hospitalarias - Subgerencia de Servicios de Emergencia y Cuidados Críticos.

EsSalud
Seguridad Social para todos

INTRODUCCIÓN

El presente Manual de Procedimientos Asistenciales y Administrativos de Cuidados Críticos en EsSalud, tiene como propósito otorgar a las unidades orgánicas una herramienta de trabajo que oriente y uniformice los criterios para la realización de los procedimientos, en los sistemas administrativos y asistenciales, así como el de servir como un instrumento técnico de apoyo y mejora de los procesos en las Unidades de Cuidados Intensivos y Cuidados Intermedios de los Centros Asistenciales de EsSalud.

Comprende en forma ordenada, secuencial y detallada las actividades, tareas, instrucciones, pasos, controles que se deben realizar para el logro de un resultado tangible, al igual que determina las responsabilidades de cada uno de los pasos de las actividades y los requisitos para cumplir eficientemente cada actividad asistencial.

Las disposiciones contenidas en el presente manual constituyen un marco de referencia a seguir por todo el personal del Departamento, Servicios y Unidades de Cuidados Críticos, según corresponda de acuerdo al nivel de complejidad de los Centros Asistenciales.

Es importante señalar, que este documento está sujeto a actualización en la medida que se presenten variaciones en la ejecución de los procedimientos, en la normatividad establecida, o bien en algún otro aspecto que influya en la operatividad del mismo, con el fin de cuidar su vigencia operativa.

Comité Central de Cuidados Críticos

EsSalud
Seguridad Social para todos

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS DE CUIDADOS CRITICOS EN ESSALUD

Índice

CARATULA	1
REPRESENTANTES	2
ELABORACIÒN Y COLABORADORES	3
TITULO Y DERECHO DE AUTOR	4
INTRODUCCION	5
INDICE	6
I. OBJETIVO	9
II. FINALIDAD	9
III. ALCANCE	9
IV. BASE LEGAL	9
V. CONCEPTOS DE REFERENCIA	10
VI. INVENTARIO DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES	14
6.1 Inventario de Procedimiento Asistencial Básico	14
6.1 Inventario de Procedimiento Asistencial Convencional	15
6.1 Inventario de Procedimiento Asistencial Avanzado	16
VII. DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS	17
7.1 RELACIÒN DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS	17
7.1.1 Procedimiento de Detección de inconformidades de Información del usuario en Medicina Critica.	18
7.1.2 Coordinación del Equipo de Guardia del Departamento de Cuidados Críticos, (DCC)	20
7.1.3 Registro en Departamento de Cuidados Críticos	21
7.1.4 Reunión Administrativa del DCC	23
7.1.5 Comité de Asesores del DCC	24
7.1.6 Guía Rápida de Administración	25

V°B° M. MASCARÓ C. SUBGERENTE ESSALUD

EsSalud
Seguridad Social para todos

7.1.7 Investigación en Cuidados Críticos 26

7.1.8. Docencia y Capacitación en Cuidados Críticos 27

7.2 RELACION DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES 29

7.2.1. Procedimientos Asistenciales Básicos 29

7.2.1.1 Monitoreo Básico- Paciente Critico 30

7.2.1.2 Soporte Básico- Paciente Crítico 31

7.2.1.3 Procedimientos Básicos propiamente dichos – Paciente Crítico 32

7.2 1.4 Reanimación Cardiopulmonar 33

7.2.2 Procedimientos Asistenciales Convencionales 34

7.2.2.1 Guardia Médica en UCI – UCI– Paciente Crítico 36

7.2.2.2 Visita Médica en UCI – UCIN– Paciente Crítico. 36

7.2.2.3 Monitoreo Convencional - Paciente Critico 38

7.2.2.4 Soporte Convencional - Paciente Critico 39

7.2.2.5 Procedimiento Convencional propiamente dicho -Paciente Critico. 40

7.2.3 Procedimientos Asistenciales Avanzados 41

7.2.3.1 Monitoreo Avanzado – Paciente Crítico 42

7.2.3.2 Soporte Avanzado- Paciente Crítico 43

7.2.3.3 Procedimiento Avanzado Paciente Critico. 44

7.2.3.4 Transporte Asistido Avanzado - Paciente Critico 45

7.2.3.5 Reanimación Cardiopulmonar Avanzada - P.C. 46

VIII. CARTERA DE SERVICIOS EN MEDICINA INTENSIVA 47

8.1.- Servicio de Guardia en Medicina Intensiva

8.2.- Servicio de Apoyo a UCI

8.3.- Servicio Ampliado de Medicina Intensiva

8.4.- Servicio de Investigación en Paciente Crítico

M. MASCARO C. SUBGERENTE ESSALUD

8.5.- Servicio de Docencia en Medicina Intensiva

8.6.- Servicio de Capacitación en Medicina Intensiva

8.7.- Servicio de Seguridad en el Trabajo.

IX. ANEXOS: Modelos referenciales para recolección de datos en Procedimientos 48

9.1.- Hoja de Control 49

9.2.- Monitoreo de Enfermería 50

9.3.- Hoja de Balance Hídrico de 24 horas 52

9.4.- Sistema de Notificación de Eventos Adversos 54

9.5.- Esquema para Aprender de Nuestros Errores 55

9.6.- Check List Preoperatorio 56

9.7.- Lista de Seguridad Quirúrgica 57

9.8.- Ficha de Laboratorio 58

9.9.- Monitoreo Ventilatorio 60

9.10.-Monitoreo Hemodinámico 61

X. FLUJOGRAMAS: DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRITICOS (UCI, UCIN)

10.1.- Procedimiento de Detección de inconformidades de información del usuario en Medicina Critica. 62

10.2.- Monitoreo Básico 63

10.3.- Procedimiento Básico 64

10.4.- Reanimación Cardiopulmonar 65

10.5.- Guardia Médica 66

10.6.- Monitoreo Convencional 67

10.7.- Soporte Convencional 68

10.8.- Procedimiento Convencional 69

10.9.- Procedimiento Avanzado 70

10.10 Nuevo Procedimiento Avanzado. 71

V°B° M. MASCARO C. SUBGERENTE ESSALUD

EsSalud
Seguridad Social para todos

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS DE CUIDADOS CRITICOS EN ESSALUD

I OBJETIVOS DEL MANUAL:

I-A.-GENERAL

Otorgar a las Unidades de Cuidados Intensivos y Cuidados Intermedios de EsSalud, una herramienta de trabajo que oriente y uniformice los criterios para la realización de los procedimientos, en los sistemas administrativos y asistenciales.

I-B.-ESPECIFICOS

1.- Detallar las actividades, tareas, instrucciones, pasos, controles, que se deben realizar secuencial y ordenadamente, para el logro efectivo de un resultado tangible.

2.- Determinar las responsabilidades de cada uno de los pasos de las actividades en el Departamento de Cuidados Críticos.

3.- Determinar los requisitos para cumplir eficientemente cada actividad asistencial y administrativa en Cuidados Críticos.

II FINALIDAD:

Facilitar el cumplimiento de los objetivos general y específico para contribuir a la estandarización de criterios técnicos y ordenamiento de procedimientos administrativos y/o asistenciales en cuidados críticos.

III ALCANCE:

Las disposiciones contenidas en el presente manual, constituyen el marco de referencia a seguir para todo el personal del Departamento, Servicios y Unidades de Cuidados Críticos de EsSalud en el ámbito Nacional, según corresponda de acuerdo al nivel de complejidad de los Centros Asistenciales.

IV BASE LEGAL:

1. Ley 26842, Ley General de Salud.
2. Ley 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (EsSalud), y su Reglamento aprobado por el D.S. N° 002-99-TR.
3. Ley 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social y su Reglamento aprobado por el D. S. N° 009-SA y normas modificatorias, aprobadas por D. S. N° 001-98-SA y Decreto de Urgencia N° 008-2000.
4. Resolución Ministerial N° 546-2011/ MINSA, aprobó la NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 "Categorías de establecimientos del Sector Salud".

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

6. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 366-PE-EsSalud-2010, que aprobó la estructura orgánica de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud.

7. Resolución de Gerencia General N° 1719-GG-EsSalud-2011, que aprobó la Directiva N° 27-GG-EsSalud-2011"Norma para la Formulación de Manual de Procedimientos de los Órganos y Unidades Orgánicas del Seguro Social de Salud (EsSalud)."

8. Resolución de Gerencia General N° 1739-GG-ESSALUD-2011, que aprobó la 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"

9.- Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 20-GCPS-EsSalud -2014, que aprobó la Constitución del Comité Técnico Central de Cuidados Críticos de EsSalud-2014.

M. MASCARO C.
SUBGERENTE
ESSALUD

V. CONCEPTOS DE REFERENCIA

1. ACTIVIDAD EN MEDICINA CRÍTICA

Es el conjunto de acciones que cumple un médico intensivista en el Sistema de Gestión de Salud (Unidades de Cuidados Intensivos, Unidades de Cuidados Intermedios, Unidades de Apoyo a UCI, etc.). El equivalente de actividad en medicina crítica en EsSalud es procedimiento.

2. CARTERA DE SERVICIOS EN MEDICINA CRÍTICA

Es el "conjunto de prestaciones" que un Servicio en medicina crítica puede ofrecer a otro. Establece las principales funciones y áreas de responsabilidad de un Servicio o una Unidad en el ámbito de competencia y las funciones que desempeña.

3. CONDICIONANTES EN CARTERA DE SERVICIOS

El que se establezca una Cartera de Servicios depende de que se cumpla determinados condicionantes:

A. **Demanda existente** (cuantificación de la demanda).
B. **Dimensionado del servicio** (capacidad de la oferta).
C. **Capacidad tecnológica y humana** (nivel de complejidad).
D. **Definición previa** (objetivos del Centro Asistencial de Salud).

4. COMITÉ TECNICO CENTRAL DE CUIDADOS CRITICOS.

Es un órgano técnico funcional de asesoramiento en el ámbito de competencia para contribuir al apoyo puntual en mejora de la gestión de los procesos en los servicios de cuidados intensivos e intermedios de EsSalud,
Emite dictámenes y/o propone decisiones técnicas de manera colegiada, siendo de carácter permanente, rotativo y renovable todos los años.

5. COMITÉ CONSULTIVO O CONSEJO CONSULTIVO

Equipo administrativo que dirige, conformado por los Jefes (de Departamento, Servicio y Unidades) que se reúne para absolver los problemas del Departamento de Cuidados Críticos o Intensivos.

6. JUNTA MÉDICA EN MEDICINA CRÍTICA

Es la reunión del médico intensivista con médicos de otras especialidades con el objetivo de tomar acuerdos para el mejor manejo de un paciente en situación crítica, son actividades que se debe registrar en una Acta de Junta Médica.

7. CONSENSO DE GUARDIA EN MEDICINA CRÍTICA

Es la reunión de por lo menos 3 médicos intensivistas para resolver o concordar una situación en conflicto en Medicina Critica, evitando las confrontaciones, incentivando el manejo uniforme y en equipo.

8. PERSONAL DIRECTIVO EN CUIDADOS CRITICOS

Es el personal encargado de la planificación, organización, dirección y control de todos los procesos que se realizan en un área de Cuidados Críticos: Jefe de Departamento, Jefe de Servicio, Jefe de Unidad y/o Coordinador de Procesos.

M. MASCARO C.
SUBGERENTE
ESSALUD

9. PERSONAL OPERATIVO EN CUIDADOS CRITICOS

Es el personal encargado de la labor asistencial de todas las actividades que se realizan en un área de Cuidados Críticos (monitoreo, soporte, procedimientos, etc.), pudiendo ser médico, enfermera, técnico u otros, especializado en medicina intensiva.

10. PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS EN CUIDADOS CRITICOS

Son las normas y/o guías para orientar sobre la conducción de los diferentes procesos de un Sistema de Gestión de la Calidad en Medicina Crítica a los diferentes elementos que lo integran; ya sea personal directivo y/o personal operativo.

11. PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES EN CUIDADOS CRITICOS

Son las normas y/o guías para orientar sobre la atención de un paciente crítico dentro de un Sistema de Gestión de la Calidad en Medicina Critica para lograr un producto estandarizado, objetivo, medible y eficiente.

12. PROCEDIMIENTOS EN ESSALUD

Conjunto predeterminado y documentado de actividades o formas de proceder, que se realizan para el logro efectivo de un resultado tangible dentro de una Unidad Orgánica. (Directiva N° 27-GG-EsSalud-2011).

13. PROCESOS EN ESSALUD

Conjunto estructurado y medible de actividades a desarrollar para obtener un resultado concreto para algún cliente (interno o externo) o mercado específico. Un proceso puede contener uno o más procedimientos (Directiva N° 27-GG-EsSalud-2011).

14. SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN MEDICINA CRÍTICA

Es una serie de actividades coordinadas que se llevan a cabo sobre un conjunto de elementos (recursos, procedimientos, documentos, estructura organizacional y Estrategias) en un área de medicina intensiva, para lograr la calidad de los diversos servicios que se ofrece al paciente critico.

15. SITUACION EN CONFLICTO EN MEDICINA CRÍTICA

Son situaciones que ocurren al realizar una actividad en un área crítica, pudiendo alterar negativamente el Sistema de Gestión de la Calidad en Medicina Critica. Se pueden originar:

- Cuando estamos frente a una actividad no prevista en el Manual de Procedimientos del área critica.
- Cuando la actividad tiene más de una alternativa de aplicación.
- Cuando los criterios de aplicación pueden ser confrontacionales.

16. TIPOS DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES EN MEDICINA CRÍTICA

Los procedimientos asistenciales en Medicina Critica pueden clasificarse por:

- Su complejidad
- Su función principal

16.1.- Los Procedimientos Asistenciales en Medicina Crítica por su **COMPLEJIDAD**, pueden clasificarse en:

16.1.1 Procedimientos Básicos.- Son procedimientos realizados por profesionales con especialidad de medicina intensiva que se realizan fundamentalmente en Centros Asistenciales del Primer y Segundo Nivel de Atención, o en su defecto en Centros Asistenciales del Tercer Nivel de Atención, pero fuera de los ambientes de UCI – UCIN.

16.1.2 Procedimientos Convencionales.- Son procedimientos realizados por profesionales con especialidad de medicina intensiva que se realizan en áreas criticas (UCI – UCIN) de Centros Asistenciales del Tercer Nivel de Atención, ya sean generales o de especialidad u otro ambiente de área crítica.

16.1.3 Procedimientos Avanzados.- Son procedimientos realizados por profesionales con especialidad en medicina intensiva y entrenamiento adicional certificado en centros de formación para entrenamiento en nuevas especialidades, ya sea respiratoria, nutricional, hemodinámica, trasplante, crítico, etc.

16.2.- Los Procedimientos Asistenciales en Medicina Crítica por su **FUNCION PRINCIPAL** pueden clasificarse en:

16.2.1. Procedimientos de Evaluación.- Son los destinados a evaluar el estado crítico del paciente determinando su nivel de estado crítico, sobrevida y de Prioridad de necesidad de ingreso a UCI – UCIN.

16.2.2. Procedimientos de Monitoreo.- Son los destinados a medir variables fisiológicas en forma continua para evaluar la situación clínica del paciente en el tiempo.

16.2.3. Procedimientos de Soporte.- Son los procedimientos tecnológicos (fármacos, equipos, dispositivos, etc.) destinados a restablecer la estabilidad fisiológica alterada y detectada por los procedimientos de monitoreo.

16.2.4. Procedimientos Propiamente Dichos.- Son los diversos procedimientos que se realizan para instaurar un procedimiento de monitoreo y/o soporte Ej.: intubación endotraqueal para lograr soporte ventilatorio, cateterismo venoso central para infusión de drogas, etc.

16.2.5. Procedimientos de Transporte Asistido al Paciente Crítico.- Son los que realiza el profesional de medicina intensiva para transportar a un paciente Critico, ya sea intra o extrahospitalariamente.

16.2.6. Procedimientos de Reanimación Cardio-Respiratoria.- Son los diversos procedimientos que realiza el profesional de medicina intensiva para lograr un resultado eficiente en las maniobras de reanimación cardiopulmonar.

S.G.S.E.y C.C.-G.P.H.-G.C.P.S.
V°B°
M. MASCARO C.
SUBGERENTE
ESSALUD

EsSalud
Seguridad Social para todos

VI. INVENTARIO DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES

6.1. INVENTARIO DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES BASICOS

SISTEMA: Gerencia Central de Prestaciones de Salud Gerencia de Prestaciones Hospitalarias		**UNIDAD ORGANICA:** Cuidados Críticos (UCI, UCIN)		**FECHA:** Mayo 2014	
Nombre de Procedimiento	**Base Legal**	**Requisitos**	**Frecuencia**	**Inicio**	**Termino**
Monitoreo Básico: pulsioxímetro, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, presión arterial, escala de Glasgow, escala de sedación, gasometría, diuresis.	R. N° 1719-GG-EsSalud-2011, que aprueba Directiva N° 27-GG-EsSalud-2011. R. N° 1739-GG-EsSalud-2011, que aprueba Directiva N° 28-GG-EsSalud-2011.	Guía de procedimientos	A demanda	Ingreso a UCI	Según demanda
Soporte Básico: Uso de vía aérea artificial, dispositivo de oxigenoterapia y/o apoyo con ventilador manual, cuidados de vía aérea artificial: Humidificación Filtración - Calentamiento - Aspiración de secreciones.	R. N° 1719-GG-EsSalud-2011, que aprueba Directiva N° 27-GG-EsSalud-2011. R. N° 1739-GG-EsSalud-2011, que aprueba Directiva N° 28-GG-EsSalud-2011	Guía de procedimientos	A demanda	Ingreso a UCI	Según demanda
Procedimientos Básicos: Manejo de vía aérea instrumentada hasta orofaringe, asistencia con resucitador manual.	R. N° 1719-GG-EsSalud-2011, que aprueba Directiva N° 27-GG-EsSalud-2011. R. N° 1739-GG-EsSalud-2011, que aprueba Directiva N° 28-GG-EsSalud-2011	Guía de procedimientos	A demanda	Ingreso a UCI	Según demanda
Transporte Asistido: Básico	R. N° 1719-GG-EsSalud-2011, que aprueba Directiva N° 27-GG-EsSalud-2011. R. N° 1739-GG-EsSalud-2011, que aprueba Directiva N° 28-GG-EsSalud-2011	Guía de procedimientos	A demanda	Ingreso a UCI	Según demanda
Reanimación Cardiopulmonar: Básica	R. N° 1719-GG-EsSalud-2011, que aprueba Directiva N° 27-GG-EsSalud-2011. R. N° 1739-GG-EsSalud-2011, que aprueba Directiva N° 28-GG-EsSalud-2011	Guía de procedimientos	A demanda	Ingreso a UCI	Según demanda

V°B° M. MASCARO C. SUBGERENTE ESSALUD

EsSalud
Seguridad Social para todos

6.2. INVENTARIO DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES CONVENCIONALES

SISTEMA: Gerencia Central de Prestaciones de Salud, Gerencia de Prestaciones Hospitalarias.		UNIDAD ORGANICA: Cuidados Críticos (UCI, UCIN).		FECHA: Mayo 2014	
Nombre de Procedimiento	**Base Legal**	**Requisitos**	**Frecuencia**	**Inicio**	**Termino**
Procedimientos Administrativos-Asistenciales: Entrega de guardia, visita médica, evaluación y manejo, discusión de casos clínicos, informes a familiares, ingreso y egreso, reporte de guardia.	R. Nº 1719-GG-EsSalud-2011, que aprueba Direct. Nº 27-GG-EsSalud-2011. R. Nº 1739-GG-EsSalud-2011, que aprueba Direct. Nº 28-GG-EsSalud-2011	Guía de Procedimientos	A Demanda	Ingreso a UCI	Según Demanda
Monitoreo Convencional: Considera a uno o mas de los siguientes procedimientos: gasto cardiaco intermitente o continuo, medición continua de presión de la arteria pulmonar, presión venosa central, gasometría arterial, monitoreo de glicemia, capnografia, electroencelografia, monitoreo térmico, sedación, monitoreo hematológico, digestivo nutricional, presión intraabdominal.	R. Nº 1719-GG-EsSalud-2011, que aprueba Direct. Nº 27-GG-EsSalud-2011. R. Nº 1739-GG-EsSalud-2011, que aprueba Direct. Nº 28-GG-EsSalud-2011	Guía de Procedimientos	A Demanda	Ingreso a UCI	Según Demanda
Soporte Convencional: Considera a uno o más de los siguientes procedimientos: ventilación mecánica invasiva y no invasiva, hemodiálisis, marcapaso transitorio transdérmico y endovenoso.	R. Nº 1719-GG-EsSalud-2011, que aprueba Direct. Nº 27-GG-EsSalud-2011. R. Nº 1739-GG-EsSalud-2011, que aprueba Direct. Nº 28-GG-EsSalud-2011	Guía de Procedimientos	A Demanda	Ingreso a UCI	Según Demanda
Procedimiento Convencional: Considera a uno o más de los siguientes procedimientos : intubación endotraqueal, colocación de línea arterial, colocación de sonda de doppler esofágico, colocación de catéter Swang Ganz, colocación de catéter venoso central de alto flujo, catéter venoso central, colocación de catéter bulbo yugular, desfibrilación, cardioversión, ecografia convencional, traqueostomía percutánea, broncofibroscopía, colocación de tubo de drenaje torácico, cambio de traqueostomía, incisión y drenaje de abscesos simples.	R. Nº 1719-GG-EsSalud-2011, que aprueba Direct. Nº 27-GG-EsSalud-2011. R. Nº 1739-GG-EsSalud-2011, que aprueba Direct. Nº 28-GG-EsSalud-2011	Guía de Procedimientos	A Demanda	Ingreso a UCI	Según Demanda

M. MASCARO C.
SUBGERENTE
ESSALUD

EsSalud
Seguridad Social para todos

6.3. INVENTARIO DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES AVANZADOS

SISTEMA Gerencia Central de Prestaciones de Salud, Gerencia de Prestaciones Hospitalaria		UNIDAD ORGANICA Cuidados Críticos (UCI, UCIN).		FECHA: Mayo 2014	
Nombre de Procedimiento	**Base Legal**	**Requisitos**	**Frecuencia**	**Inicio**	**Termino**
Monitoreo Avanzado: Considera a uno o más de los siguientes procedimientos: capnografia volumétrica, monitoreo PICCO (Gasto cardiaco continuo y agua pulmonar extrapulmonar), presión esofágica, calorimetria indirecta, tromboelastografia.	R. Nº 1719-GG-EsSalud-2011, que aprueba Direct. Nº 27-GG-EsSalud-2011. R. Nº 1739-GG-EsSalud-2011, que aprueba Direct. Nº 28-GG-EsSalud-2011	Guía de Procedimientos	A Demanda	Ingreso a UCI	Según Demanda
Soporte Avanzado: Considera a uno o más de los siguientes procedimientos: Reclutamiento alveolar, ECMO (Oxigenación de membrana con circulación extracorpórea), VAFFO (Ventilación de alta frecuencia oscilatoria), HD (Hemodiálisis) continua, ventilación diferencial, NPT(Nutrición Parenteral total), VM (ventilación mecánica) con uso de otras sustancias diferentes a oxígeno.	R. Nº 1719-GG-EsSalud-2011, que aprueba Direct. Nº 27-GG-EsSalud-2011. R. Nº 1739-GG-EsSalud-2011, que aprueba Direct. Nº 28-GG-EsSalud-2011	Guía de Procedimientos	A Demanda	Ingreso a UCI	Según Demanda
Procedimiento Avanzado: Considera a uno o más de los siguientes procedimientos: colocación de catéteres: intracraneal, Presión Intracraneana, Oximetria cerebral, Ecografía especializada, Programación del VM para reclutamiento alveolar, Medición tromboelastográfica, manejo de vía aérea difícil.	R. Nº 1719-GG-EsSalud-2011, que aprueba Direct. Nº 27-GG-EsSalud-2011. R. Nº 1739-GG-EsSalud-2011, que aprueba Direct. Nº 28-GG-EsSalud-2011	Guía de Procedimientos	A Demanda	Ingreso a UCI	Según Demanda
Transporte Asistido: Avanzado	R. Nº 1719-GG-EsSalud-2011, que aprueba Direct. Nº 27-GG-EsSalud-2011. R. Nº 1739-GG-EsSalud-2011, que aprueba Direct. Nº 28-GG-EsSalud-2011	Guía de Procedimientos	A Demanda	Ingreso a UCI	Según Demanda
Reanimación Cardiopulmonar: Avanzado	R. Nº 1719-GG-EsSalud-2011, que aprueba Direct. Nº 27-GG-EsSalud-2011. R. Nº 1739-GG-EsSalud-2011, que aprueba Direct. Nº 28-GG-EsSalud-2011	Guía de Procedimientos	A Demanda	Ingreso a UCI	Según Demanda

EsSalud
Seguridad Social para todos

VII. DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMIENTOS

7.1 RELACION DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

7.1.1 Procedimiento de Detección de inconformidades de información del usuario en Medicina Crítica.
7.1.2 Procedimiento de Coordinación del Equipo de Guardia del Departamento de Cuidados Críticos.
7.1.3 Registro en el Departamento de Cuidados Críticos.
7.1.4 Reunión Administrativa en el Departamento de Cuidados Críticos.
7.1.5 Comité de Asesores del Departamento de Cuidados Críticos.
7.1.6 Guía Rápida de Administración.
7.1.7 Investigación en Cuidados Críticos
7.1.8 Docencia y Capacitación en Cuidados Críticos

EsSalud
Seguridad Social para todos

7.1.1 PROCEDIMIENTO DETECCION DE INCONFORMIDADES DE INFORMACION DEL USUARIO EN MEDICINA CRÍTICA

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRITICOS (UCI, UCIN	**PROCEDIMIENTO**	Versión : 01 Mayo 2014 Página : 1 de 2
	DETECCION DE INCONFORMIDADES DE INFORMACION DEL USUARIO EN MEDICINA CRITICA	

Objetivo:
Establecer el mecanismo de detección de inconformidades de información del usuario externo (paciente y familiares directos) y plantear estrategias en el manejo de los mismos, para brindar las mejoras respectivas.

Alcance:
A todos los Servicios y Unidades que conforman el Departamento de Cuidados Críticos según Red Asistencial correspondiente a nivel nacional.

N°	Descripción de Acciones	Responsable
1	El Sistema de Gestión de la Calidad en Medicina Critica (Concepto de referencia V.14) es complejo y tiene ciertas características relevantes: 1. Amerita vigilancia continua del estado de salud del paciente 2. Está en constante desarrollo metodológico 3. Se realizan procedimientos asistenciales sofisticados 4. Está expuesta a riesgos diversos: eléctricos, acústicos, biológicos, ergonómicos, etc. 5. Los profesionales de salud son de múltiples especialidades y de múltiples disciplinas. 6. Se limita el ingreso de personas al mínimo necesario. Ante ello se debe satisfacer un derecho humanitario básico: La información del estado de salud del paciente a los familiares	Jefe de Departamento de Áreas Críticas
2	El Jefe de Servicio de Áreas Criticas se encarga de implementar un Equipo interdisciplinario técnico y operativo conformado por: • Médico (Jefe del Equipo Interdisciplinario) • Enfermera • Psicología • Servicio Social	Jefe de Servicio de Áreas Críticas
3	El Jefe del Equipo Interdisciplinario (Médico) Departamento determina los criterios mínimos de información a los usuarios externos <u>Criterios generales de información:</u> 1. ¿Que es un paciente Critico? 2. Metodología de atención en área critica 3. Riesgos en Área Criticas	Jefe del Equipo Interdisciplinario Departamento

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRITICOS (UCI, UCIN	PROCEDIMIENTO **DETECCION DE INCONFORMIDADES DE INFORMACION DEL USUARIO EN MEDICINA CRITICA**	Versión : 01 Mayo 2014 Página : 2 de 2

	Criterios específicos de información : 1. Ubicación del paciente en el Sistema de Atención del Paciente Critico y quienes lo atienden 2. Estado de salud actual 3. Necesidades biológicas básicas Pronóstico de Enfermedad y/o Sobrevida	
4	El Jefe de Servicio determina las actividades del Equipo Interdisciplinario, supervisa su desarrollo y propone criterios de mejora en el procedimiento.	Jefe de Servicio
5	El Equipo Interdisciplinario ejecuta las actividades para cumplir con los criterios generales y específicos de información. Se debe tener registro de las actividades desarrolladas para tabularlas y analizarlas, para que contribuyan a la mejora de procesos. El equipo debe tener Directivas – Manuales – Guías – Trípticos de información para difundirlas entre los familiares del paciente	Profesional del Equipo Interdisciplinario técnico y operativo
6	El Jefe del Departamento de Áreas Críticas o su equivalente realizará el monitoreo semestral de los resultados de intervención quien informará a su vez a la Gerencia o Dirección según corresponda.	Jefe de Departamento de Áreas Críticas

V°B° M. MASCARO C. SUBGERENTE ESSALUD

EsSalud
Seguridad Social para todos

7.1.2. PROCEDIMIENTO DE COORDINACION DEL EQUIPO DE GUARDIA DEL DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRITICOS.

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRITICOS (UCI, UCIN	**PROCEDIMIENTO**	Versión : 01 Mayo 2014 Página : 1 de 1
	COORDINACION DEL EQUIPO DE GUARDIA DEL DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRITICOS (UCI, UCIN)	

Objetivo:
Asegurar el liderazgo en el Sistema de Gestión de la Calidad en Medicina Critica, cuando no esté presente personal directivo en Cuidados Críticos y exista más de 2 médicos intensivistas de guardia, uno de ellos es designado COORDINADOR del equipo de guardia del Departamento de Cuidados Críticos o según corresponda

Alcance:
A todos los Servicios y Unidades que conforman el Departamento de Cuidados Críticos según Red Asistencial correspondiente a nivel nacional.

1	El Jefe de Departamento en coordinación con el Jefe de Servicio, en el último trimestre del año, designa a los Coordinadores por Equipo de Guardia del año próximo.	Jefe de Departamento
2	El Jefe de Departamento y los Jefes de Servicios determinan que situaciones puede resolver el Coordinador de Guardia del Departamento de Cuidados Críticos en forma convencional: 1.- Reemplazo en caso de falta de personal 2.- Reprogramación de actividades durante la guardia 3.- Movimiento de pacientes dentro y fuera de UCI. 4.- Apertura de ambiente estructural del DCC por situación calificada de URGENTE por el Jefe de Guardia del Servicio de Emergencia. 5.- Préstamo de Equipo Biomédico fuera de UCI (sólo durante el periodo de guardia respectivo). 6.- Préstamo de material médico UCI-UCIN fuera de UCI. 7.- Préstamo de fármacos regulares UCI-UCIN fuera de UCI. (*) Las situaciones convencionales ejecutadas deben ser registradas en el Libro o similar de Incidencias / Ocurrencias del Servicio/ Unidad respectiva.	Jefe de Departamento de Áreas Críticas
3	El Jefe de Servicio determina que situaciones son consideradas como Especiales, quien a su vez informara al Jefe de Departamento: 1.- Sanción a personal de Guardia 2.- Préstamo de Equipos Biomédicos fuera de UCI en situación calificada como DESASTRE. (**)La situaciones especiales ejecutadas deben ser registradas en el Libro o similar de Incidencias / Ocurrencias del Servicio/ Unidad respectiva.	Jefe de Servicio
4	El Jefe de Servicio establece la hora que el Coordinador del DCC, después del informe médico se reunirá de manera obligatoria con todo el personal médico programado de guardia o de turno en ese día, para evaluar el desarrollo de la guardia y situaciones convencionales o especiales que se presentan.	Jefe de Servicio
5	El Jefe de Servicio califica la performance de los Coordinadores en el último mes del año para determinar si es necesario elevar documentación de reconocimiento de la labor efectuada.	Jefe de Servicio

EsSalud
Seguridad Social para todos

7.1.3 PROCEDIMIENTO DE REGISTRO EN EL DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRITICOS

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRITICOS (UCI, UCIN	**PROCEDIMIENTO**	Versión : 01 Mayo 2014 Página : 1 de 2
	REGISTRO EN EL DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRITICOS (UCI, UCIN)	

Objetivo:
Asegurar la calidad de las diversas actividades o procedimientos que se realizan en áreas críticas, con un sistema de registro que facilite medir, determinar responsabilidades y apoyar en las acciones de mejora.

Alcance:
A todos los Servicios y Unidades que conforman el Departamento de Cuidados Críticos según Red Asistencial correspondiente a nivel nacional.

1	El Departamento de Cuidados Críticos determina que procedimientos se deben registrar. Las Actividades o Procedimientos registrables están considerados en los conceptos de referencia (V, 16.1 – 16.2), pudiéndose denominarse Procedimientos Prestacionales. <u>Características de los Procedimientos en Áreas Criticas.-</u> 1. Están en constante desarrollo, dependen del avance tecnológico. 2. Se deben realizar en forma oportuna, su demora perjudica al paciente 3. Algunos procedimientos ameritan experticia, realizados sin experiencia, puede ser perjudicial 4. La mayoría de procedimientos se asocian a complicaciones adicionales en el paciente.	Jefe de Departamento
2	La jefatura del servicio de áreas críticas (UCI – UCIN) se encarga de supervisar la ejecución de los procedimientos, asegurando cada una de sus etapas : 1. Establece la Base de Datos de Procedimientos en el Servicio respectivo. 2. Supervisa que el procedimiento se realice en forma eficaz. 3. Se asegura que cada procedimiento realizado en su servicio sea registrado. 4. Solicita las necesidades de material, accesorios y/o servicio extrainstitucionales según el procedimiento respectivo. 5. Considera en el Plan Anual de Contrataciones (PAC) los dispositivos históricos utilizados más una proyección de crecimiento. 6. Propone Guías de Práctica Clínica.	Jefe Servicio
3	El Jefe de Servicio se debe asegurar diariamente que todo procedimiento asistencial sea registrado en el Sistema. Mensualmente se debe analizar la cantidad de procedimientos registrados, para mejorar las etapas del procedimiento En caso se detectara un procedimiento sin un sistema de registro, se debe inmediatamente establecer el mecanismo de registro y asegurarse que todo cumpla con su llenado.	Jefe de Servicio

M. MASCARO C.
SUBGERENTE
ESSALUD

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRITICOS (UCI, UCIN	**PROCEDIMIENTO**	Versión : 01 Mayo 2014 Página : 2 de 2
	REGISTROS EN EL DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRITICOS (UCI, UCIN)	

4	Se debe evitar duplicar el registro del mismo hecho para no sobrecargar la labor del personal operativo y en caso, se detectara una multiplicación de registros, se debe elevar el problema al Jefe de Departamento, quien puede convocar una reunión extraordinaria para solucionar el problema.	Jefe de Servicio
5	La fuente de registros del DCC debe tener un mecanismo de VALIDACION de DATOS antes de ser considerado como INDICADOR del DCC. El mecanismo de Validación de los Datos es llevado a cabo por cada Jefe de Área respectiva (Departamento, Servicio o Unidad).	Jefe de Departamento
6	Los registros considerados como INDICADORES de los diferentes procesos del DCC, deben ser reportados a estadística según la guía respectiva (Guía de Reportes Estadísticos en DCC).	Jefe de Departamento
7	Los registros no reportados a estadística serán considerados INDICADORES internos del DCC. Se debe analizar todos los INDICADORES del Departamento en sus reuniones regulares, para lograr la MEJORA DE PROCESOS.	Jefe de Departamento
8	Las conclusiones se comunicarán por escrito al Jefe de Departamento, para que implemente los cambios, si lo considera necesario y pueda supervisar su adecuado cumplimiento.	Jefe de Departamento
9	Cada médico asistente operativo, puede solicitar facilidades para obtener copia de los registros del DCC. Cada médico asistente operativo puede elevar sugerencias al Jefe de Departamento del análisis de estos registros.	Médicos asistentes del DCC

V°B° M. MASCARO C. SUBGERENTE ESSALUD

EsSalud
Seguridad Social para todos

7.1.4 PROCEDIMIENTO DE REUNION ADMINISTRATIVA DEL DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRITICOS (UCI -UCIN).

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRITICOS (UCI, UCIN).	PROCEDIMIENTO REUNION ADMINISTRATIVA DEL DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRITICOS (UCI, UCIN)	Versión : 01 Mayo 2014 Página : 1 de 1

Objetivo:
Establecer el mecanismo para reunión de todos los médicos que componen el DCC, para tratar temas de MEJORA DE PROCESOS y fundamentalmente lograr uniformidad de criterios, las reuniones administrativas se pueden realizar mensualmente.

Alcance:
A todas los Servicios y Unidades que conforman el Departamento de Cuidados Críticos de la Red Asistencial, según corresponda a nivel nacional.

N°	Descripción de Acciones	Responsable
1	El Jefe de Servicio determina la fecha de la realización de la reunión mensual, quien informará al Jefe de Departamento.	Jefe de Servicio
2	La Jefatura de Servicio se encarga de la Reunión Administrativa incluye: ° La agenda previa. ° La convocatoria. ° Moderación de la reunión. ° Secretaria de actas. ° Información final de acuerdos.	Jefe de Servicio
3	La fecha de la próxima reunión administrativa debe ser fijada con 3 meses de anticipación por la Jefatura de Servicio para incluirlo en la programación de actividades del DCC.	Jefe de Servicio
4	El esquema general de la reunión administrativa es: ° 1er. tema: Es un tema asistencial. ° 2do. tema: Es un tema administrativo para orientar sobre novedades internacionales. ° 3er. tema: Es un tema administrativo para mejora de procesos e indicadores. ° 4to. tema: Es un tema administrativo para informar sobre procesos de alguna área ó servicio del DCC para conocimiento y difusión.	Jefe de Servicio

S.G.S.E.Y.C.C. - G.C.P.H. - G.C.P.S. V°B° M. MASCARO C. SUBGERENTE ESSALUD

EsSalud
Seguridad Social para todos

7.1.5 PROCEDIMIENTO DE COMITES ASESORES DEL DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRITICOS - (UCI, UCIN)

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRITICOS (UCI, UCIN).	PROCEDIMIENTO COMITES ASESORES DEL DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRITICOS - (UCI, UCIN)	Versión : 01 Mayo 2014 Página : 1 de 1

Objetivo:
Establecer el mecanismo para conformar los Comités Asesores en AREAS ESTRATEGICAS en el desarrollo del DCC.

Las Áreas Estratégicas consideradas son 5: Comité de Calidad - Comité de Docencia - Comité de Investigación - Comité de Capacitación - Comité de Gestión (de acuerdo al tipo de establecimiento se pueden unificar los comités o incrementar en relación a la demanda y a la necesidad).

Alcance :
A todas los Servicios y Unidades que conforman el Departamento de Cuidados Críticos de la Red Asistencial, según corresponda a nivel nacional.

N°	Descripción de Acciones	Responsable
1	El Jefe de Departamento al inicio del año designa los comités asesores, para el año vigente (seguir norma institucional) Las Áreas estratégicas del DCC determinadas son: 1.- Comité de Calidad. 2.- Comité de Docencia. 3.- Comité de Investigación. 4.- Comité de Capacitación. 5.- Comité de Gestión.	Jefe de Departamento
2	El campo de acción de cada Área Estratégica es determinada por el Jefe de Departamento. **CALIDAD**.- Producción DCC – Eficiencia DCC – Mejora de procesos DCC. **DOCENCIA**.- Proceso Docencia-Publicaciones Docentes-Guías Asistenciales. **INVESTIGACION**.- Investigación Clínica-Investigación Técnica-Publicación de Investigación. **CAPACITACION**.- Capacit. a médicos DCC – Capacit. a médicos de la Red. **GESTION**.-Gestión Ética-Legal, Gestión Seguridad en el Trabajo, Relaciones Sociales.	Jefe de Departamento
3	El ALCANCE de cada Comité es determinado por Jefe de Departamento: Calidad: Of. Gestión y Desarrollo-Of. Estadística-Proveedores-Médicos DCC. Docencia: Of. Capacitación-Universidades usuarias-Rotantes y Médicos DCC. Investigación: Centro Investigación usuaria-Investigadores-Revistas científicas-Médicos DCC. Capacitación: Oficina de Capacitación –Universidades usuarias-Red Según Corresponda-Médicos DCC. Gestión: Oficina de Gestión y Desarrollo-Pacientes y familiares usuarios-Organizaciones usuarias-Médicos DCC.	Jefe de Departamento Presidente Comité de asesores del DCC
4	Los Comités Asesores realizarán un Plan Operativo para presentar a la Jefatura del Departamento.	Presidente Comité de asesores
5	La Jefatura de Departamento debe asegurarse de impulsar las Áreas Estratégicas del DCC, por ello debe publicar al inicio del año las estrategias operativas a realizar sobre cada Área durante el año presente y los integrantes del Comités Asesores.	Jefe de Departamento
6	El Coordinador de Guardia del DCC durante la hora de Coordinación de Guardia diaria debe dar facilidades de tiempo (de acuerdo a cada Centro Asistencial), para que los Comités Asesores respectivos cumplan su misión sin dejar de priorizar sus objetivos generales según guía de coordinación DCC.	Coordinador de Guardia del DCC

EsSalud
Seguridad Social para todos

7.1.6 PROCEDIMIENTO GUIA RAPIDA DE ADMINISTRACION

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRITICOS (UCI, UCIN)	PROCEDIMIENTO GUIA RAPIDA DE ADMINISTRACION	Versión : 01 Mayo 2014 Página : 1 de 1

Objetivo:
Mejorar los procesos asistenciales, completar los vacíos de la documentación general en un área vital específica. Con uso de Guías establecidas por las Jefaturas de áreas asistenciales, las mismas no se contraponen a ningún documento vigente de la Institución (Resoluciones, Directivas, Normas Técnicas, etc.).
El periodo de vigencia de la Guía es anual, siendo renovable.

Alcance:
A todas los Servicios y Unidades que conforman el Departamento de Cuidados Críticos de la Red Asistencial, según corresponda a nivel nacional.

Requisitos:
Registro: Escrito del acuerdo de cumplimiento de todos los médicos asistentes en actividad del servicio.

N°	Descripción de Acciones	Responsable
1	En la Actualidad las Guías Rápidas de Administración , se orienta según el tópico relevante: 1.- Seguridad en el Trabajo. 2.- Calidad de Atención. 3.- Mejora de Gestión.	Jefe de Departamento
2	Las Guías Rápidas de Administración que inicialmente reconoce EsSalud son: 1.- Coordinador de Guardia. 2.- Reunión Administrativa. 3.- Actividades de Investigación. 4.- Actividades de Capacitación y Docencia.	Jefe de Servicio
3	El Proceso de nuevas Guías Rápidas de Administración se puede iniciar con una propuesta de algún médico asistente a su Servicio de Medicina Intensiva	Medico Asistente Intensivista
4	El Servicio de Medicina Intensiva por iniciativa propia o a propuesta del paso previo, gestionará que se realice un piloto de prueba, si el resultado es satisfactorio, comunicara del nuevo proceso al Jefe de Departamento.	Jefe de Servicio
5	El Departamento de Medicina Intensiva gestionará la elaboración de una Guía Rápida de Administración para su implementación en el próximo año lectivo, además impulsará el estudio de estructura de costos y las necesidades logísticas de implementar la nueva Guía Rápida de Administración, para elevarlo a la Gerencia respectiva.	Jefe de Departamento
6	La Gerencia de Red Asistencial comunicará a la entidad superior de EsSalud la factibilidad de un NUEVA GUIA RAPIDA DE ADMINISTRACION, para ser incluido en la Cartera de Servicio.	Gerencia de Red Asistencial de EsSalud

EsSalud
Seguridad Social para todos

7.1.7 PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÒN EN CUIDADOS CRITICOS

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRITICOS (UCI, UCIN)	PROCEDIMIENTO	Versión : 01 Mayo 2014 Página : 1 de 1
	INVESTIGACIÒN EN CUIDADOS CRITICOS	

Objetivo General:
Establecer el principio de la metodología de la investigación en todo proceso nuevo de avanzada en Cuidados Críticos

Alcance:
A todos los Servicios y Unidades que conforman el Departamento de Cuidados Críticos de cada Red Asistencial a nivel nacional.

N°	Descripción de Acciones	Responsable
1	La Medicina Intensiva es una especialidad en constante desarrollo asistencial, administrativo y tecnológico, por ello debe organizar un Comité de Investigación en el Departamento de Cuidados Críticos para lograr un avance racional en beneficio de nuestro pacientes e Institución.	Jefe de Departamento
2	En relación a nuestra CARTERA DE SERVICIOS se señala el servicio de investigación en paciente críticos , compuesta por: 1.- Gestión de Proyectos de Investigación en Áreas Criticas 2.- Ejecución de Trabajos de Investigación en Áreas Criticas 3.- Publicación de Trabajo de Investigación en Medicina Intensiva.	Presidente del Comité de Investigación DCC
3	Gestión de Proyectos de Investigación en Áreas Críticas. Por medio de este proceso se estimula a cada área de trabajo en Cuidados Críticos tenga facilidades en organizar proyectos de investigación en el DCC teniendo en consideración la metodología de investigación aprobada por el Sistema Nacional de Salud.	Presidente Comité de Investigación DCC
4	Ejecución de Trabajos de Investigación en Áreas Críticas. Por medio de este proceso apoyaremos la ejecución de trabajos de investigación en el Departamento de Cuidados Críticos que tengan estos criterios: 1.- Aprobación del Comité de Ética del Hospital 2.- Aprobación del Comité de Investigación del DCC 3.- Financiamiento asegurado 4.- Estudio Costo/Beneficio favorable para el paciente	Presidente Comité de Investigación DCC
5	Publicación de Trabajo de Investigación en Medicina Intensiva. Por medio de este proceso aseguraremos la difusión de los trabajos de investigación culminados y beneficiarnos de los resultados del estudio. La publicación se podrá realizar vía escrita (revistas, libros, etc.) o por vía electrónica (pagina Web, correo electrónico, etc.)	Presidente Comité de Investigación DCC
6	Estudio Costo/Beneficio en Áreas Críticas.- El desarrollo tecnológico en Áreas Críticas esta ligado a alto costo, por ello para que pueda existir racionalidad en su desarrollo se debe considerar el indicar costo /beneficio y todas sus variantes a saber: 1.- Costo/ Eficacia (el desarrollo clínico es objetivamente favorable) 2.- Costo/ Eficiencia (el procedimiento es eficaz pero con menos recursos que otro anterior) 3.- Costo/ Calidad de vida (el procedimiento asegura calidad de vida a los pacientes) 4.- Costo/ Oportunidad (el procedimiento se hace inmediatamente para evitar que el tiempo participe desfavorablemente).	Presidente Comité de Investigación

M. MASCARO C. SUBGERENTE ESSALUD

EsSalud
Seguridad Social para todos

7.1.8 PROCEDIMIENTO DE DOCENCIA Y CAPACITACIÒN EN CUIDADOS CRITICOS

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRITICOS (UCI, UCIN	**PROCEDIMIENTO** **DOCENCIA Y CAPACITACIÒN EN CUIDADOS CRITICOS**	Versión : 01 Mayo 2014 Página : 1 de 2

Objetivo:
Asegurar un mecanismo de desarrollo científico en Áreas Criticas, mediante un sistema de Docencia en médicos no especialistas en Medicina Intensiva y afines.

Alcance:
A todos los Servicios y Unidades que conforman el Departamento de Cuidados Críticos según Red Asistencial correspondiente a nivel nacional.

1	La Medicina Intensiva es una especialidad en constante desarrollo asistencial, administrativo y tecnológico, por ello debe organizar un Comité de Docencia y Capacitación del Departamento de Cuidados Críticos, para lograr un avance racional en beneficio de nuestro pacientes e institución.	Jefe del Departamento de Cuidados Críticos
2	En relación a nuestra CARTERA DE SERVICIOS se señala el servicio de Docencia y Capacitación en paciente críticos, compuesta por: **Docencia en Medicina Intensiva:** 1.- Docencia a Residentes de especialidad en Medicina Intensiva. 2.- Docencia a Residentes de especialidad afín a Medicina Intensiva. **Capacitación en Medicina Intensiva:** 1.- Pasantía a Médicos Asistentes de Medicina Intensiva. 2.- Pasantía a Médicos Asistentes afín a Medicina Intensiva. 3.- Entrenamiento en nuevos procedimientos en Medicina Intensiva (Escuela de Cuidados Críticos).	Presidente Comité de Docencia y Capacitación
3	**Docencia en Medicina Intensiva**: Por medio de este proceso se asegura el cumplimiento de lo planificado por el órgano directriz del Departamento de Cuidados Críticos en el tópico de docencia. El Comité de Docencia y Capacitación del DCC supervisa que se cumpla lo planificado y analiza los indicadores de producción del área para realizar estrategias de mejora, en caso sea necesario. El Comité de Docencia y Capacitación apoyará este proceso que cumpla con criterios previos: 1. Syllabus del periodo docente. 2. Guía de Procedimiento docente. 3. Logros mínimos en docencia. 4. Proceso de calificación de cada participante.	Presidente Comité de Docencia y Capacitación
4	**Pasantía en Medicina Intensiva**: Por medio de este proceso se apoya la capacitación de médicos asistentes en las diferentes áreas de trabajo de un medico intensivista, resaltando sus procedimientos, responsabilidades e indicadores de producción y resultados. El Comité de Docencia y Capacitación del DCC supervisa que se cumpla lo planificado y analiza los indicadores de producción específicos del área para realizar estrategias de mejora, en caso sea necesario. El Comité de Docencia y Capacitación del DCC apoyará este proceso que cumpla con criterios previos: 1.- Syllabus del periodo docente. 2.- Guía de Procedimiento docente 3.- Logros mínimos en docencia 4.- Proceso de calificación de cada participante	Presidente Comité de Docencia y Capacitación

V°B° M. MASCARO C. SUBGERENTE ESSALUD

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRITICOS (UCI, UCIN	**PROCEDIMIENTO** **DOCENCIA Y CAPACITACIÒN EN CUIDADOS CRITICOS**	Versión : 01 Mayo 2014 Página : 2 de 2
5	**Entrenamiento en nuevos procedimientos en Medicina Intensiva**: Por medio de este proceso aseguraremos entrenamiento previo, antes de utilizar un nuevo procedimiento en medicina intensiva. No solo es conocer la teoría de la metodología del procedimiento si no se debe asegurar la capacidad operativa para realizarlo y con ello minimizar el riesgo en los pacientes (beneficio) y cautelar la logística que invertimos (costos).	Jefe del Departamento de Cuidados Críticos.
6	**Escuela de Cuidados Críticos:** El avance tecnológico en áreas Criticas esta ligado a nuevos procedimientos, cada vez más complejos con múltiple participantes, múltiple especialidades, multidisciplinario, o con presencia de equipos y dispositivos logísticos sofisticados por lo que es necesario asegurar un entrenamiento de alto nivel previo, para disminuir el riesgo tanto en el paciente como en la Institución; por ello la Escuela de Cuidados Críticos, asegura la organización de un sistema de entrenamiento de alto nivel.	Jefe del Departamento de Cuidados Críticos.

V°B°
M. MASCARO C.
SUBGERENTE
ESSALUD

7.2 - RELACIÓN DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES

7.2.1 PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES BASICOS.-

Son aquellos que se puedan realizar en un paciente crítico, pero en ambientes que no pueden asegurar cuidado continuo de personal especializado en Medina Intensiva.

7.2.1.1 Monitoreo Básico:

- Monitoreo básico de funciones vitales.
- Monitoreo de presión venosa central.
- Monitoreo con pulso-oximetría.
- Monitoreo neurológico clínico.
- Análisis de gases arteriales.



7.2.1.2 Soporte Básico:

- Colocación de dispositivo de oxigenoterapia.
- Nebulización y/o apoyo con ventilador manual.
- Cuidados de vía aérea.
- Uso de vía aérea artificial.

7.2.1.3 Procedimientos Básicos propiamente dichos:

- Colocación de Catéter Venoso Central.
- Colocación de Tubo Endotraqueal.
- Implementación de Soporte Ventilatorio.

7.2.1.4 Reanimación Cardiopulmonar Básica.

EsSalud
Seguridad Social para todos

7.2.1.1 MONITOREO BÁSICO PACIENTE CRÍTICO

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS (DCC)	PROCEDIMIENTO MONITOREO BÁSICO PACIENTE CRÍTICO	Versión : 01 Mayo 2014 Página : 1 de 1

Objetivo:
Asegurar la vigilancia continua en paciente crítico fuera de los ambientes del Departamento de Cuidados Críticos (UCI – UCIN), con un monitoreo mínimo en alguna sala de hospitalización.

Alcance:
A todos los Servicios y Unidades que conforman el Centro Asistencial que cuente con Departamento o Servicio de Cuidados Críticos, según corresponda a nivel nacional.

Requisitos:
Registro: En Historia Clínica o en formato pre-establecido.
Equipo: Monitor de Funciones Vitales mínimo 3 parámetros – Pulsioxímetro – Analizador de gases arteriales.

N°	Descripción de Acciones	Responsable
1	Un médico asistente de cualquier área hospitalaria solicita al DCC, a través de una interconsulta su colaboración para el manejo de determinado paciente.	Médico Asistente
2	Personal técnico de enfermería del servicio solicitante lleva la interconsulta o ésta es enviada a través de intranet al Departamento de Cuidados Críticos.	Jefe del Servicio solicitante
3	El médico consultor o el programado de guardia responde la interconsulta y es su potestad determinar el modo y grado de monitoreo. La determinación del seguimiento del paciente es patrimonio del médico DCC que lo establecerá (Si/No), dependiendo del estado del paciente y la disponibilidad de personal.	Médico Asistente DCC
4	El Médico del DCC que establece la necesidad del Monitoreo Básico considerará los requisitos mínimos para su implementación: 1.-Camas en áreas con monitores. 2.- Posibilidad de monitoreo continuo de funciones vitales básicas: Frecuencia Cardiaca. – Presión Arterial – Frecuencia Respiratoria- Temperatura – Diuresis.	Médico Asistente DCC
5	El Médico DCC que establece la necesidad de Monitoreo Hemodinámico Invasivo Básico considerará los requisitos mínimos para su implementación: 1.-Monitoreo básico de Funciones Vitales. 2.- Colocación de Catéter Venoso Central. 3.- Monitoreo de Presión Venosa Central (PVC)	Médico Asistente DCC
6	El Médico DCC que establece Monitoreo respiratorio básico considerará los requisitos mínimos para su implementación: 1.-Monitoreo básico de Funciones vitales. 2.- Pulsioximetría. 3.- Análisis de gases arteriales (AGA), hemoglobina, hematocrito, lactato.	Médico Asistente DCC
7	El Médico DCC que establece Monitoreo Neurológico Básico considerará los requisitos mínimos para su implementación: 1.-Monitoreo básico de funciones vitales. Pupilometría clínica. 2.- Monitoreo neurológico por escala clínica (Ej.: Escala de Glasgow).	Médico Asistente DCC

EsSalud
Seguridad Social para todos

7.2.1.2 SOPORTE BÁSICO PACIENTE CRÍTICO

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS (DCC)	PROCEDIMIENTO SOPORTE BÁSICO PACIENTE CRÍTICO	Versión : 01 Mayo 2014 Página : 1 de 1

Objetivo:
Asegurar estabilizar variable fisiológica en paciente crítico fuera de los ambientes del Departamento de Cuidados Críticos (UCI – UCIN). Brindar el soporte mínimo en alguna sala de hospitalización.

Alcance:
A todas los Servicios y Unidades que conforman el Centro Asistencial y que cuente con Departamento o Servicio de Cuidados Críticos, según corresponda a nivel nacional.

Requisitos:
Registro: En Historia Clínica o en formato pre-establecido .
Equipo: Ventilador manual – Humidificadores- Aspirador de Secreciones- Máscara de oxígeno-Nebulizador
Dispositivos: Para establecer Intubación Endotraqueal – Catéter venoso central

N°	Descripción de Acciones	Responsable
1	Un médico asistente de cualquier área hospitalaria solicita al DCC, a través de una interconsulta su colaboración para el manejo de determinado paciente.	Médico Asistente
2	Personal técnico de enfermería del servicio solicitante lleva la Interconsulta o ésta es enviada a través de intranet al Departamento de Cuidados Críticos.	Jefe del Servicio solicitante
3	El médico consultor o el programado de guardia responde en forma inmediata la interconsulta y es su potestad determinar el modo y grado de soporte.	Médico Asistente DCC
4	El Médico DCC que establece la necesidad de Soporte Respiratorio Básico considerará los requisitos mínimos para su implementación: 1.- Monitoreo respiratorio básico. 2.- Dispositivo de oxigenoterapia, nebulizador y/o apoyo con ventilador manual. 3.- Cuidados de vía aérea artificial: Humidificación -Filtración - Calentamiento - Aspiración de secreciones. 4.- Uso de vía aérea artificial.	Médico Asistente DCC
5	El Médico DCC que establece la necesidad del Soporte Hemodinámico Básico considerará los requisitos mínimos para su implementación: 1.- Monitoreo hemodinámico no invasivo básico. 2.- Monitoreo hemodinámico invasivo básico. 3.- Fluidoterapia guiada por parámetros hemodinámicos.	Médico Asistente DCC
6	La determinación del seguimiento del paciente es patrimonio del médico DCC que lo establecerá (Si/No), dependiendo del estado del paciente y la disponibilidad de personal.	Médico Asistente DCC

EsSalud
Seguridad Social para todos

7.2.1.3 PROCEDIMIENTO PROPIAMENTE DICHO BASICO-PACIENTE CRÍTICO

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS (DCC)	PROCEDIMIENTO PROCEDIMIENTO PROPIAMENTE DICHO BÁSICO - PACIENTE CRITICO	Versión : 01 Mayo 2014 Página : 1 de 1

Objetivo:
Lograr un medio para implementar una medida de monitoreo y soporte en paciente crítico fuera de los ambientes del Departamento de Cuidados Críticos (UCI – UCIN), en alguna sala de hospitalización.

Alcance:
A todos los Servicios y Unidades que conforman el Centro Asistencial que cuenten con Departamento o Servicio de Cuidados Críticos, según corresponda a nivel nacional.

Requisitos:
Registro: En Historia Clínica o en formato pre-establecido.
Equipo: Ventilador Manual – Laringoscopio - Aspirador de Secreciones – Ropa Estéril – Lentes Protectores
Dispositivos: Tubo Endotraqueal –Catéter Central

N°	Descripción de Acciones	Responsable
1	Un médico asistente de cualquier área hospitalaria solicita al DCC, a través de una interconsulta su colaboración para el manejo y/o la realización de procedimientos en determinado paciente	Médico Asistente
2	Personal técnico de enfermería del servicio solicitante lleva la Interconsulta o ésta es enviada a través de intranet al Departamento de Cuidados Críticos.	Médico Asistente
3	El médico consultor o el programado de guardia responde en forma inmediata la interconsulta y es su potestad determinar la necesidad o no de realizar procedimientos.	Médico Asistente DCC
4	El Médico DCC, que establece la necesidad de proceder a la intubación endotraqueal in situ, considerará los requisitos mínimos para su colocación: 1.- Monitoreo básico de Funciones Vitales. 2.- Cumplir con la guía de Intubación Endotraqueal. 3.- Equipo para realizar Intubación Endotraqueal.	Médico Asistente DCC
5	La Interconsulta puede ser fundamentalmente solicitando: Colocación de catéter venoso central a paciente in situ. El Médico DCC considerara los requisitos mínimos para su implementación: 1.- Monitoreo básico de Funciones Vitales. 2.- Cumplir guía de Cateterismo Venoso Central. 3.- Equipo para realizar Cateterismo Venoso Central.	Médico Asistente DCC
6	La determinación del seguimiento del paciente es patrimonio del médico DCC que lo establecerá (Si/No), dependiendo del estado del paciente y la disponibilidad de personal.	Médico Asistente DCC

M. MASCARO C. SUBGERENTE ESSALUD

EsSalud
Seguridad Social para todos

7.2.1.4 REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS (DCC)	PROCEDIMIENTO REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR	Versión : 01 Mayo 2014 Página : 1 de 1

Objetivo:
Establecer un Sistema de ayuda rápida ante la Situación de Paro CardioRespiratorio en paciente internado en el hospital. Permite, apoyar con técnicas de reanimación cardiopulmonar a pacientes en paro (Cardiaco - Respiratorio) fuera de los ambientes del DCC.

Alcance:
A todos los Servicios y Unidades que conforman el Centro Asistencial que cuente con Departamento o Servicio de Cuidados Críticos, según corresponda a nivel nacional.

Requisitos:
Registro: En Historia Clínica o en Formato pre-establecido.
Equipo: Monitor – Desfibrilador – Equipo de Intubación Endotraqueal.
Dispositivos: Coche de Paro (fármacos - dispositivos).

N°	Descripción de Acciones	Responsable
1	Un profesional de salud del hospital acciona el pedido de ayuda ante un PARO establecido e inicia la Reanimación Cardio - Respiratoria Básica.	Profesional de Salud
2	El médico consultor o el programado en guardia, deberá responder en forma inmediata (prioridad uno).	Médico Asistente DCC
3	Al llegar el médico DCC al FOCO del paciente con PARO Cardio - Respiratorio se convierte en LIDER del procedimiento y realiza las maniobras según las guías establecidas.	Médico Asistente DCC
4	El Médico DCC considerará los requisitos mínimos para implementación de una ORDEN de NO REANIMACION: 1.- Monitoreo básico de Funciones Vitales. 2.- Consentimiento informado a familiares de 1er grado. 3.- Limitación de medidas extraordinarias. 4.- Cuidados paliativos.	Médico Asistente DCC
5	La determinación del seguimiento del paciente es patrimonio del médico DCC que lo establecerá (Si/No), dependiendo del estado del paciente.	Médico Asistente DCC

M. MASCARÓ C.
SUBGERENTE
ESSALUD

EsSalud
Seguridad Social para todos

7.2.2 PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES CONVENCIONALES.-

Son aquellos que se pueden realizar en un paciente crítico, durante una Guardia regular en un área critica acreditada (UCI – UCIN)

7.2.2.1 **Guardia Médica y Visita Medica UCI – UCIN - Paciente Critico**

1.-Entrega de guardia Médica.
2.-Visita Médica.
3.-Evaluación y manejo del paciente crítico (periodo de Implementación).
4.-Evaluación y manejo del paciente crítico (periodo de mantenimiento).
5.-Evaluación y manejo del paciente crítico (periodo de alta).
6.- Discusión de casos clínicos.
7.- Informe a los familiares.

7.2.2.2 **Monitoreo Convencional-Paciente Crítico**

1.-Monitoreo Funciones Vitales Convencional.
2.- Monitoreo de Funciones Vitales Avanzado.
3.- Monitoreo Hemodinámico invasivo convencional.
4.- Monitoreo Hemodinámico mínimamente invasivo convencional
5.-Monitoreo Respiratorio convencional.
6.- Monitoreo Neurológico convencional.
7.- Monitoreo Metabólico-Renal convencional.
8.- Monitoreo Hemato-Inmunológico convencional.
9.- Monitoreo Digestivo-Nutricional convencional.
10.-Control de la presión del líquido intersticial.

7.2.2.3 **Soporte Convencional – Paciente Crítico:**

1.- Soporte Cardio-Hemodinámico convencional.
2.- Soporte Respiratorio convencional.
3.- Soporte Ventilatorio convencional.
4.- Administración de surfactante intrapulmonar.
5.- Soporte Neurológico convencional.
6.- Soporte Metabólico-Renal convencional.
7.-Soporte Hemato-Inmunológico convencional.
8.- Soporte Digestivo-Nutricional convencional.

7.2.2.4 **Procedimiento Propiamente Dicho Convencional -Paciente Critico.**

1.- Procedimientos Cardiovasculares convencionales.
2.- Pericardiocentesis con drenaje.
3.- Procedimientos Respiratorios convencionales.
4.- Drenaje torácico con tubo de drenaje.
5.- Procedimiento Ventilatorio convencional.

EsSalud
Seguridad Social para todos

6.- Procedimiento Vía Aérea Artificial de urgencia.
7.- Cambio de tubo de traqueostomía.
8.- Laringoscopia indirecta, diagnóstica – terapéutica.
9.- Punción traqueal percutánea.
10.- Procedimiento de Vía Aérea Artificial convencional Traqueostomía planificada.
11.- Incisión y drenaje de abscesos simples o únicos.
12.- Incisión y drenaje de abscesos complicados o múltiples
13.- Punción y aspiración de absceso-hematoma-bula- quiste o flictena
14.- Sutura simple de heridas superficiales: 2.5 cm o menos
15.- Sutura simple de heridas superficiales: menor o igual a 10 cm
16.- Retiro de puntos
17.- Cambio de apósitos y curaciones
18.- Curación de heridas pequeñas, menor de 5 cm
19.-Curación de heridas medianas, de 5 a 10 cm
20.-Curación de heridas grandes, mas de 10 cm
21.-Curación de ulcera de decúbito
22.- Introducción de aguja o catéter en vena periférica.

S.G.S.E.Y.C.C.-G.P.A.-G.C.P.S. V°B° M. MASCARO C. SUBGERENTE ESSALUD

EsSalud
Seguridad Social para todos

7.2.2.1 y 7.2.2.2 GUARDIA MÉDICA y VISITA MEDICA UCI – UCIN EN PACIENTE CRITICO

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS (DCC)	PROCEDIMIENTO GUARDIA MÉDICA y VISITA MEDICA UCI – UCIN EN PACIENTE CRITICO	Versión : 01 Mayo 2014 Página : 1 de 2

Objetivo:
Sistematizar las actividades que se realizan durante un periodo de GUARDIA en Área Critica (UCI – UCIN), resaltando los pasos fundamentales a realizar, ya sea en horario fijo o variable, según corresponda

Alcance:
A todas los Servicios y Unidades que conforman el Departamento de Cuidados Críticos de la Red Asistencial, según corresponda a nivel nacional.

Requisitos:
Registro: En Historia Clínica o en formato pre-establecido .
En Hoja de Enfermería. .
Equipo: Monitor de funciones vitales > 7 parámetros Bombas de Infusión .
Ventilador Mecánico c/ PCV Aspirador de Secreciones

N°	Descripción de Acciones	Responsable
1	ENTREGA DE GUARDIA DE UCI –UCIN: se inicia a las 8:00 según corresponda por establecimiento (turno diurno) o 20:00 horas. (Turno Nocturno), con tiempo promedio de 15 minutos para una UCI de 6 pacientes (dependerá de la complejidad de los pacientes).	Medico Asistente de Guardia en UCI - UCIN de ingreso y salida
2	La ENTREGA DE GUARDIA DE UCI-UCIN es conducida por el médico de guardia de salida, brindando un informe respecto a la evolución, estado y pronóstico de los pacientes, presentando inicialmente los casos mas problemáticos y luego el resto de pacientes. El médico de guardia de ingreso preguntará algunas dudas, solucionadas las dudas termina la entrega.	Medico Asistente de Guardia en UCI - UCIN de ingreso y salida
3	VISITA: es multidisciplinaria, donde participan los médicos de turno, médicos residentes, personal de enfermería tratante del paciente.	Medico Asistente, Médico Residente, Enfermera de Guardia UCI – UCIN
4	VISITA: se priorizará el orden de acuerdo a los criterios de gravedad recibidos en el reporte de guardia y observados al inicio de la visita. De ser de suma urgencia la realización de un procedimiento, será asumido por uno de los médicos de turno, mientras se continúa con la visita. La Enfermera a cargo del paciente brindará la información que se le sea requerida. Se registrará en la Historia clínica la evaluación clínica del paciente, los problemas diagnósticos, plan a seguir y las indicaciones médicas. Con fecha y hora con firma del médico intensivista de turno.	Medico Asistente , Médico Residente, Enfermera de Guardia UCI – UCIN
5	VISITA: es el paso importante para evaluar los problemas clínicos del paciente, y reevaluar el plan de trabajo, mejorar la orientación terapéutica o detectar problemas vigentes que ameritan consenso (discusión de casos) o Junta Médica, apoyándose en las herramientas vigentes.	Medico Asistente de Guardia UCI – UCIN
6	EVALUACION Y MANEJO del paciente crítico en UCI – UCIN, es la actividad mediante la cual el médico de guardia determina cambios en el Monitoreo – Soporte – Procedimientos y/o Interconsultas de otra especialidad médica en UCI – UCIN.	Medico Asistente de Guardia UCI – UCIN

M. MASCARO C. SUBGERENTE ESSALUD

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS (DCC)	PROCEDIMIENTO GUARDIA MÉDICA y VISITA MEDICA UCI – UCIN EN PACIENTE CRITICO	Versión : 01 Mayo 2014 Página :2 de 2

N°	Descripción de Acciones	Responsable
7	DISCUSIÓN DE CASOS CLINICOS: es la reunión clínica de los médicos intensivistas de guardia, de los casos problemáticos para lograr un manejo consensuado en UCI –UCIN y poder mejorar la evolución del paciente. La convocatoria la realiza el Jefe de Servicio.	Jefe de Servicio UCI – UCIN
8	INFORME A FAMILIARES: es la actividad mediante el cual se informa a los familiares del estado de su paciente y se podrá absolver dudas de los familiares. Es la oportunidad de obtener el Consentimiento Informado en caso sea necesario.	Medico Asistente de Guardia UCI – UCIN
9	INGRESO: el médico intensivista de guardia realizará la Nota de Ingreso, de acuerdo a los formatos implementados en el servicio y realizará el ingreso de información a la base de datos, según corresponda .	Medico Asistente de Guardia UCI – UCIN
10	REPORTE DE GUARDIA: previa a la entrega de guardia nocturna, los médicos salientes de turno llenarán información relevante ocurrida durante la guardia en los planillones de sus pacientes a cargo. Los cuadernos de Reporte de Guardia, Procedimientos, Interconsultas, Complicaciones, Mortalidad, serán llenados siguiendo los acuerdos establecidos en las reuniones de gestión.	Medico Asistente de Guardia UCI – UCIN
11	EGRESO: la realización de Nota y /o Evolución de Egreso cuando sale a otro servicio del mismo hospital, Epicrisis, Referencia y/o Certificados de Defunción, son responsabilidad del médico a cargo del paciente.	Medico Asistente de Guardia UCI – UCIN

V°B° M. MASCARÓ C. SUBGERENTE ESSALUD

EsSalud
Seguridad Social para todos

7.2.2.3 MONITOREO CONVENCIONAL PACIENTE CRÍTICO

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS (DCC)	PROCEDIMIENTO MONITOREO CONVENCIONAL PACIENTE CRITICO	Versión : 01 Mayo 2014 Página : 1 de 1

Objetivo:
Asegurar la vigilancia continúa en paciente crítico dentro de los ambientes del Departamento de Cuidados Críticos (UCI – UCIN). Monitoreo rutinario de base en UCI, UCIN.

Alcance:
A todas los Servicios y Unidades que conforman el Departamento de Cuidados Críticos de la Red Asistencial, según corresponda a nivel nacional.

Requisitos:
Registro: En Historia Clínica o en formato pre-establecido .
En Hoja de Enfermería. .
Equipo: Monitor de funciones vitales > 7 parámetros Bombas de Infusión .
Ventilador Mecánico c/ PCV Aspirador de Secreciones

N°	Descripción de Acciones	Responsable
1	**El Monitoreo de F.V. convencional:** es realizado, en todo paciente que ingrese a los ambientes de UCI - UCIN del DCC. El Monitoreo de F.V. Convencional comprende el uso de Monitor de 5 parámetros: F.C. - F.R. - P.A. No Invasiva - T° - Diuresis - Pulso Oximetría.	Medico Asistente de Guardia UCI – UCIN
2	El médico de guardia determinara la necesidad de monitoreos adicionales luego de la evaluación inicial y comunicará su decisión al personal asistencial de enfermería a cargo del paciente.	Medico Asistente de Guardia UCI – UCIN
3	**El Monitoreo de F.V. avanzado:** comprende los parámetros del Monitoreo Funciones Vitales convencionales + Monitoreo Capnográfico.	Medico Asistente de Guardia UCI – UCIN
4	El Monitoreo Hemodinámico Invasivo convencional: comprende Monitoreo Presión Venosa Central (PVC) + Monitoreo de Presión Arterial Media (PAM) por línea arterial.	Medico Asistente de Guardia UCI – UCIN
5	El Monitoreo Hemodinámico Mínimamente Invasivo Convencional: comprende Doppler esofágico y/o similares.	Medico Asistente de Guardia UCI – UCIN
6	El Monitoreo Respiratorio Convencional: comprende el Monitoreo Respiratorio básico + Pulso Oximetría + Capnografia + Mecánica Ventilatoria (Ondas y Lazos).	Medico Asistente de Guardia UCI – UCIN
7	El Monitoreo Neurológico Convencional: comprende el Monitoreo Neurológico Básico + Monitoreo EEG + Monitoreo Térmico + Monitoreo de Sedación El Monitoreo Metabólico-Renal Convencional comprende Monitoreo Urea y/o Creatinina, y/o Electrólitos y/o AGA Equilibrio Acido-Básico.	Medico Asistente de Guardia UCI – UCIN
8	El Monitoreo Hemato-Inmunológico Convencional: comprende Monitoreo Hemoglobina-Hematocrito, y/o Perfil de Coagulación El Monitoreo Digestivo-Nutricional: comprende Monitoreo Balance Hídrico +Ingesta oral+ Evaluación Clínica Nutricional (calorimetría).	Medico Asistente de Guardia UCI – UCIN
9	El control de liquido intersticial: comprende el monitoreo por manometría de la presión intersticial (Síndrome Compartamental) y/o Medición de Presión Intra Abdominal.	Medico Asistente de Guardia UCI – UCIN

V°B° M. MASGARO C. SUBGERENTE ESSALUD S.G.S.E.y C.C.-G.P.H.-G.C.P.S.

EsSalud
Seguridad Social para todos

7.2.2.4 SOPORTE CONVENCIONAL PACIENTE CRÍTICO

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS (DCC)	PROCEDIMIENTO SOPORTE CONVENCIONAL PACIENTE CRITICO	Versión : 01 Mayo 2014 Página : 1 de 1

Objetivo:
Asegurar estabilizar variable fisiológica en paciente critico dentro de los ambientes del Departamento de Cuidados Críticos (UCI – UCIN)

Alcance:
A todas los Servicios y Unidades que conforman el Departamento de Cuidados Críticos de la Red Asistencial, según corresponda a nivel nacional.

Requisitos:
Registro: En Historia Clínica o en formato pre-establecido .
En Hoja de Enfermería. .
Equipo: Monitor de funciones vitales > 7 parámetros Bombas de Infusión .
Ventilador Mecánico c/ PCV Aspirador de Secreciones

N°	Descripción de Acciones	Responsable
1	El médico de guardia determinará la necesidad de alguna medida de soporte, ante la detección de inestabilidad de un parámetro fisiológico del paciente con la intención de estabilizarlo. La decisión de la medida de soporte deberá comunicarla al personal de enfermería de guardia y debe registrarlo en la historia clínica del paciente.	Medico Asistente de Guardia UCI – UCIN
2	El Soporte Cardio-Hemodinámico Convencional comprende: Infusión Continua Inotrópico y/o Vasotrópico, + Desfibrilación + Marcapaso Temporal. Soporte Respiratorio Convencional comprende Soporte Respiratorio Básico + Dispositivos de oxigenación.	Medico Asistente de Guardia UCI – UCIN
3	Soporte Ventilatorio Convencional comprende Ventiloterapia Modo Avanzado, Ventilación No Invasiva + Cuidado de vía aérea artificial (Humidificación activa temperada o Aerosolterapia en V.M.).	Medico Asistente de Guardia UCI – UCIN
4	Soporte Neurológico Convencional comprende: Infusión Continua Sedación-Analgésico, y/o Diurético Osmótico y/o Relajantes musculares.	Medico Asistente de Guardia UCI – UCIN
5	Soporte Metabólico Renal Convencional comprende: Infusión Continua Insulina y/o Infusión Continua Diurético. Soporte Hemato-Inmunológico Convencional comprende: Infusión Continua Anticoagulante, y/o Fibrinolítico y/o Transfusión de Hemoderivados.	Medico Asistente de Guardia UCI – UCIN
6	Soporte Digestivo Nutricional convencional comprende: Nutrición Enteral.	Medico Asistente de Guardia UCI – UCIN

M. MASCARO C.
SUBGERENTE
ESSALUD

EsSalud
Seguridad Social para todos

7.2.2. 5 PROCEDIMIENTOS PROPIAMENTE DICHO CONVENCIONAL PACIENTE CRITICO

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS (DCC)	PROCEDIMIENTO PROCEDIMIENTOS CONVENCIONAL PROPIAMENTE DICHO DEL PACIENTE CRITICO	Versión : 01 Mayo 2014 Página : 1 de 1

Objetivo:
Lograr un medio para implementar una medida de monitoreo y soporte en paciente critico dentro de los ambientes del Departamento de Cuidados Críticos (UCI – UCIN)

Definición:
Son procedimientos que se realiza en una guardia regular en área critica (UCI – UCIN)

Requisitos:
Registro: En Historia Clínica o en formato pre-establecido
En Hoja de Enfermería.
Equipo: Monitor de funciones vitales > 7 parámetros Bombas de Infusión
Ventilador Mecánico c/ PCV Aspirador de Secreciones

N°	Descripción de Acciones	Responsable
1	El médico de guardia determinara la necesidad de algún procedimiento para establecer una nueva medida de monitoreo y/o soporte. La decisión de realizar el procedimiento asistencial deberá comunicarla al personal de enfermería de guardia y debe registrarlo en la historia clínica del paciente.	Medico Asistente de Guardia UCI – UCIN
2	Los Procedimientos Cardiovasculares Convencionales comprende: Colocación CVC y/o Cardioversión y/o Línea Arterial y/o Punción y Drenaje Pericardio y/o Marcapaso Temporal.	Medico Asistente de Guardia UCI – UCIN
3	Instalación de un Procedimiento Ventilatorio Convencional comprende: Procedimiento Ventilatorio Invasivo y No invasivo. Procedimiento Vía Aérea Artificial de Urgencia. Procedimiento Vía Aérea Artificial Convencional comprende: Traqueotomía Percutánea, excepcionalmente la quirúrgica.	Medico Asistente de Guardia UCI – UCIN
4	Otros tipos de procedimientos con código en tarifario medico: Drenaje Torácico con tubo (32551). Cambio tubo traqueotomía (31502). Laringoscopia indirecta (31505). Punción traqueal percutánea (31612). Incisión y drenajes de absceso simple (10060). Incisión y drenaje abscesos múltiples (10061).	Medico Asistente de Guardia UCI – UCIN

V°B°
M. MASCORRO
SUBGERENTE
ESSALUD

EsSalud
Seguridad Social para todos

7.2.3 PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES AVANZADOS.-

Son aquellos procedimientos que se puedan realizar en un paciente crítico, pero si se asegura una aceptable capacitación y entrenamiento del operador, y un reconocimiento de la autoridad responsable de dirigir el área crítica.

En la Actualidad los Monitoreos, Soporte y Procedimientos Avanzados en EsSalud, se orienta según la variable fisiológica del paciente crítico, así:
1.- Cardiovascular
2.- Respiratorio
3.- Neurológico
4.- Metabólico-Renal
5.- Hemato-Inmunológico
6.- Digestivo-Nutricional

La Medicina Intensiva es una especialidad en constante desarrollo tecnológico, por ello debe considerar PROCEDIMIENTOS AVANZADOS, así aseguraremos detectar aquellos procedimientos que necesiten CAPACITACION, ENTRENAMIENTO y RECONOCIMIENTO.

V°B° M. MASCARO SUSGERENTE ESSALUD

Fase de Capacitación.-

Por medio de esta fase aseguraremos la CAPACITACION, aceptando estos niveles:

1.- Certificado emitido por una Universidad Nacional con Facultad de Medicina.

2.- Certificado emitido por una Universidad Extranjera con Facultad de Medicina, reconocida por el país.

3.- Certificado emitido por una Sociedad Científica reconocida en Medicina Intensiva.

4.- Certificado emitido por la Sociedad Peruana de Medicina Intensiva.

Fase de Entrenamiento.-

Por medio de esta fase aseguraremos el ENTRENAMIENTO, aceptando estos niveles

1.- Estudio de mínimo 10 casos refrendados por un Servicio de Medicina Intensiva de nivel nacional en EsSalud.

2.- Estudio de mínimo 10 casos refrendados por un Servicio de Medicina Intensiva de nivel nacional en MINSA.

3.- Estudio de mínimo 10 casos refrendados por una Unidad de Cuidados Intensivos de Clínica Privada de primer nivel.

Fase de Reconocimiento.-

Por medio de esta fase aseguraremos que la INSTITUCION, reconozca este nuevo procedimiento avanzado al emitir el Servicio de Medicina Intensiva de nivel NACIONAL la constancia de capacitación y/o entrenamiento en este nuevo procedimiento.

EsSalud
Seguridad Social para todos

7.2.3.1 MONITOREO AVANZADO PACIENTE CRÍTICO

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS (DCC)	PROCEDIMIENTO MONITOREO AVANZADO PACIENTE CRITICO	Versión : 01 Mayo 2014 Página : 1 de 1

Objetivo:
Asegurar la vigilancia continua de ultima tecnología, personal calificado en paciente critico dentro de los ambientes del Departamento de Cuidados Críticos (UCI – UCIN)

Alcance:
A todos los Servicios y Unidades que conforman el Departamento de Cuidados Críticos de la Red Asistencial, según corresponda a nivel nacional.

Requisitos:
Registro: En Historia Clínica o en formato pre-establecido
Equipo: Con reconocimiento internacional , tecnología de punta y sofisticado
Fase de Capacitación
Fase de Entrenamiento
Fase de Reconocimiento

N°	Descripción de Acciones	Responsable
1	En la Actualidad los Monitoreos Avanzados en EsSalud, se orienta según la variable fisiológica del paciente crítico, así: 1.- Cardiovascular 2.- Respiratorio 3.- Neurológico 4.- Metabólico-Renal 5.- Hemato-Inmunológico 6.- Digestivo-Nutricional	Jefe de Servicio de Medicina Intensiva
2	El Servicio de Medicina Intensiva si considera importante la propuesta gestionará que se cumpla las Fases de Capacitación – Entrenamiento y Reconocimiento según niveles respectivos y comunicará el resultado del proceso al Jefe de Departamento.	Jefe de Servicio de Medicina Intensiva
3	El proceso de nuevo MONITOREO AVANZADO se inicia con una propuesta de algún medico asistente a su Servicio de Medicina Intensiva	Medico Asistente Intensivista
4	Los Monitoreos Avanzados que inicialmente reconoce EsSalud son: 1.- Capnografia Volumétrica 2.- Monitoreo PICCO (Gasto cardiaco continuo y agua pulmonar extrapulmonar) 3.- Presión Esofágica 4.- Calorimetría Indirecta 5.- Tromboelastografia 6.- Estudio Ecocardiográfico en paciente crítico 7.- Oximetría Cerebral 8.- Medición de Presión Intracraneal	Jefe de Servicio de Medicina Intensiva
5	El Departamento de Medicina Intensiva gestionará un estudio de Estructura de Costos y Estudios de Costo/Beneficio, para elevarlo a la Gerencia respectiva.	Jefe de Departamento de Medicina Intensiva
6	La Gerencia de Red Asistencial comunicará a la Gerencia Central de Prestaciones de Salud la factibilidad de un NUEVO MONITOREO AVANZADO, para ser incluido en la Cartera de Servicio.	Gerencia de Red Asistencial de EsSalud

V°B°

EsSalud
Seguridad Social para todos

7.2.3.2 SOPORTE AVANZADO PACIENTE CRÍTICO

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS (DCC)	PROCEDIMIENTO SOPORTE AVANZADO PACIENTE CRITICO	Versión : 01 Mayo 2014 Página : 1 de 1

Objetivo:
Asegurar estabilizar variable fisiológica alterada haciendo uso de sistemas de ultima tecnología en paciente critico que amerita de este procedimiento dentro de los ambientes del Departamento de Cuidados Críticos (UCI – UCIN)

Alcance:
A todos los Servicios y Unidades que conforman el Departamento de Cuidados Críticos de la Red Asistencial, según corresponda a nivel nacional.

Requisitos:
Registro: En Historia Clínica o en formato pre-establecido
Equipo: Con reconocimiento internacional , tecnología de punta y sofisticado
Fase de Capacitación
Fase de Entrenamiento
Fase de Reconocimiento

N°	Descripción de Acciones	Responsable
1	En la actualidad los Soportes Avanzados en EsSalud, se orienta según la variable fisiológica del paciente crítico, así: 1.- Cardiovascular 2.- Respiratorio 3.- Neurológico 4.- Metabólico-Renal 5.- Hemato-Inmunológico 6.- Digestivo-Nutricional	Jefe de Servicio de Medicina Intensiva
2	Los Soportes Avanzados que inicialmente reconoce EsSalud son: 1.- Ventilación Prona 2.- Reclutamiento Alveolar 3.- Ventilación No Invasiva 4.- Ventilación a Pulmón Independiente 5.- Infusión de Drogas orientado por Ecocardiografía 6.- Infusión de Drogas orientado por Monitoreo Intracraneal 7.- ECMO 8.- Ventilación de Alta Frecuencia	Jefe de Servicio de Medicina Intensiva
3	El proceso de nuevos SOPORTES AVANZADOS se inicia con una propuesta de algún médico asistente a su Servicio de Medicina Intensiva	Medico Asistente Intensivista
4	El Servicio de Medicina Intensiva si considera importante la propuesta gestionará que se cumpla las Fases de Capacitación – Entrenamiento y Reconocimiento según niveles respectivos y comunicara el resultado del proceso al Jefe de Departamento	Jefe de Servicio de Medicina Intensiva
5	El Departamento de Medicina Intensiva gestionará un estudio de Estructura de Costos y Estudios de Costo/Beneficio, para elevarlo a la Gerencia respectiva.	Jefe de Departamento de Medicina Intensiva
6	La Gerencia de Red Asistencial comunicará a la Gerencia Central de Prestaciones de Salud la factibilidad de un NUEVO SOPORTE AVANZADO, para ser incluido en la Cartera de Servicio	Gerencia de Red Asistencial

V°B° M. MACARO C. SUSCRIPENTE ESSALUD

EsSalud
Seguridad Social para todos

7.2.3.3 PROCEDIMIENTO AVANZADO PACIENTE CRITICO

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS (DCC)	PROCEDIMIENTO PROCEDIMIENTO AVANZADO PACIENTE CRITICO	Versión : 01 Mayo 2014 Página : 1 de 1

Objetivo:
Lograr un medio de última tecnología con personal calificado para implementar una medida de monitoreo y soporte en paciente critico dentro de los ambientes del Departamento de Cuidados Críticos (UCI – UCIN).

Alcance:
A todos los Servicios y Unidades que conforman el Departamento de Cuidados Críticos de la Red Asistencial, según corresponda a nivel nacional.

Requisitos:
Registro: En Historia Clínica o en formato pre-establecido
Equipo: Con reconocimiento internacional , tecnología de punta y sofisticado
Fase de Capacitación
Fase de Entrenamiento
Fase de Reconocimiento

N°	Descripción de Acciones	Responsable
1	En la Actualidad los Procedimientos Avanzados en EsSalud, se orienta según la variable fisiológica del paciente crítico, así: 1.- Cardiovascular 2.- Respiratorio 3.- Neurológico 4.- Metabólico-Renal 5.- Hemato-Inmunológico 6.- Digestivo-Nutricional	Jefe de Servicio de Medicina Intensiva
2	Los Procedimientos Avanzados que inicialmente reconoce EsSalud son: 1.- Intubación con Doble Tubo 2.- Intubación en Vía Aérea Difícil 3.- Broncoscopía para toma de muestras y/o lavado bronquial 4.- Ecocardiografía Transesofágica 5.- Colocación de Catéter Intracraneal 6.- Implementación del Sistema ECMO 7.- Implementación del Sistema para Ultradiafiltraciòn de Urgencia	Jefe de Servicio de Medicina Intensiva
3	El proceso de nuevos Procedimientos AVANZADOS se inicia con una propuesta de algún medico asistente del Servicio de Medicina Intensiva.	Medico Asistente Intensivista
4	El Servicio de Medicina Intensiva si considera importante la propuesta gestionará que se cumpla las Fases de Capacitación – Entrenamiento y Reconocimiento según niveles respectivos y comunicará el resultado del proceso al Jefe de Departamento	Jefe de Servicio de Medicina Intensiva
5	El Departamento de Medicina Intensiva gestionará un estudio de Estructura de Costos y Estudios de Costo/Beneficio, para elevarlo a la Gerencia respectiva.	Jefe de Departamento de Medicina Intensiva
6	La Gerencia de Red Asistencial comunicará a la Gerencia Central de Prestaciones de Salud la factibilidad de un NUEVO PROCEDIMIENTO AVANZADO, para ser incluido en la Cartera de Servicio.	Gerencia de Red Asistencial de EsSalud

EsSalud
Seguridad Social para todos

7.2.3.4 TRANSPORTE ASISTIDO AVANZADO PACIENTE CRÍTICO

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS (DCC)	PROCEDIMIENTO TRANSPORTE ASISTIDO AVANZADO PACIENTE CRITICO	Versión : 01 Mayo 2014 Página : 1 de 1

Objetivo:
Establecer un sistema de ayuda ante la necesidad de transportar un Paciente Critico, considerando que lo más peligroso en un paciente critico es movilizarlo y requiere de tecnología sofisticada y personal calificado.

Alcance:
A todas los Servicios y Unidades que conforman el Departamento de Cuidados Críticos de la Red Asistencial, según corresponda a nivel nacional

Requisitos:
Registro: En Historia Clínica o en formato pre-establecido
Equipo: Con reconocimiento internacional , tecnología de punta y sofisticado
Fase de Capacitación
Fase de Entrenamiento
Fase de Reconocimiento

N°	Descripción de Acciones	Responsable
1	En la actualidad el Transporte Asistido Avanzado del Paciente Critico fuera del Hospital en EsSalud, se orienta según el destino del paciente, así: 1.- Nivel Metropolitano 2.- Nivel Nacional 3.- Nivel Internacional	Jefe de Servicio de Medicina Intensiva
2	El Transporte Asistido Avanzado que inicialmente reconoce EsSalud son: 1.- Nivel Metropolitano 2.- Nivel Nacional	Jefe de Servicio de Medicina Intensiva
3	El proceso de nuevo Transporte Asistido AVANZADO se inicia con una propuesta de algún medico asistente a su Servicio de Medicina Intensiva	Medico Asistente Intensivista
4	El Servicio de Medicina Intensiva si considera importante la propuesta gestionará que se cumpla las Fases de Capacitación – Entrenamiento y Reconocimiento según niveles respectivos y comunicará el resultado del proceso al Jefe de Departamento. El Reconocimiento debe incluir un Seguro de Vida en caso de Accidentes.	Jefe de Servicio de Medicina Intensiva
5	El Departamento de Medicina Intensiva gestionará un estudio de Estructura de Costos y Estudios de Costo/Beneficio, para elevarlo a la Gerencia respectiva.	Jefe de Departamento de Medicina Intensiva
6	La Gerencia de Red Asistencial comunicará a la Gerencia Central de Prestaciones de Salud la factibilidad de un nuevo requerimiento de TRANSPORTE ASISTIDO AVANZADO, para ser incluido en la Cartera de Servicio	Gerencia de Red Asistencial de EsSalud

EsSalud
Seguridad Social para todos

7.2.3.5 REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADO PACIENTE CRÍTICO

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS (DCC)	PROCEDIMIENTO REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADO PACIENTE CRITICO	Versión : 01 Mayo 2014 Página : 1 de 1

Objetivo:
Establecer un Sistema de RCP de última Tecnología y personal capacitado, entrenado y reconocido para poder realizarlo ante la Situación de Paro CardioRespiratorio en paciente internado en el hospital.

Alcance:
A todos los Servicios y Unidades que conforman el Departamento de Cuidados Críticos de la Red Asistencial, según corresponda a nivel nacional.

Requisitos:
Registro: En Historia Clínica o en formato pre-establecido
Equipo: Con reconocimiento internacional , tecnología de punta y sofisticado
Fase de Capacitación
Fase de Entrenamiento
Fase de Reconocimiento

N°	Descripción de Acciones	Responsable
1	En la actualidad los procedimientos de Reanimación Cardiovascular Avanzado , se orienta según el estado premórbido del paciente, así: 1.- Paciente con pronóstico de sobrevida Bueno y/o Aceptable. 2.- Paciente con pronóstico de sobrevida Regular. 3.- Paciente con pronóstico de sobrevida Reservado o Malo.	Médico Asistente de Medicina Intensiva
2	Los procedimientos de Reanimación Cardiovascular Avanzado que inicialmente reconoce EsSalud son: 1.- Cuidados Paliativos en Paciente Crítico. 2.- El Buen Morir. 3.- Medidas Extraordinarias en Paciente Critico 4.- Testamento de Vida	Jefe de Servicio de Medicina Intensiva
3	El proceso de nuevo procedimientos de Reanimación Cardiovascular Avanzado se inicia con una propuesta de algún medico asistente a su Servicio de Medicina Intensiva	Medico Asistente Intensivista
4	El Servicio de Medicina Intensiva si considera importante la propuesta gestionará que se cumpla las Fases de Capacitación – Entrenamiento y Reconocimiento según niveles respectivos y comunicará el resultado del proceso al Jefe de Departamento	Jefe de Servicio de Medicina Intensiva
5	El Departamento de Medicina Intensiva gestionará un estudio de Estructura de Costos y Estudios de Costo/Beneficio, para elevarlo a la Gerencia respectiva.	Jefe de Departamento de Medicina Intensiva
6	La Gerencia de Red Asistencial comunicará a la Gerencia Central de Prestaciones de Salud la factibilidad de un NUEVO PROCEDIMIENTO DE REANIMACION CARDIOVASCULAR AVANZADO, para ser incluido en la Cartera de Servicio	Gerencia de Red Asistencial

EsSalud
Seguridad Social para todos

VIII.- CARTERA DE SERVICIOS EN MEDICINA INTENSIVA

8.1.- Servicio de Guardia en Medicina Intensiva
8.2.- Servicio de Apoyo a UCI
8.3.- Servicio Ampliado de Medicina Intensiva
8.4.- Servicio de Investigación en Paciente Crítico
8.5.- Servicio de Docencia en Medicina Intensiva
8.6.- Servicio de Capacitación en Medicina Intensiva
8.7.- Servicio de Seguridad en el Trabajo.

	MEDICINA INTENSIVA (UCI - UCIN) - ESSALUD 2013		
	FORMATO DE INFORMACION DE CARTERA DE SERVICIOS - CAPACIDAD DE OFERTA		
Cód. Activ	SERVICIO		ACTIVIDAD
	1.- Servicio de Guardia en Medicina Intensiva		
		1.1 Entrega de Guardia	
		1.2 Pase de Visita	
		1.3 Discución de casos clinicos	
		1.4 Ejecución de Procedimientos Convencionales	
		1.5 Información a Familiares	
		1.6 Reanimación CardioPulmonar (RCP) Basica y Avanzada	
		1.7 Transporte Intrahospitalario Asistido	
	2.- Servicio de Apoyo a UCI		
		2.1 Ejecución de Procedimientos Avanzados	
		2.2 Tratamiento de Trastornos Cardiovasculares	
		diagnostica y terapeuticas	
		2.4 Tratamiento en el Paciente Neurocritico	
		2.5 Diagnostico y tratamientos de las Intoxicaciones	
		2.6 Depuración Extrarrenal	
		2.7 Atención al Traumatizado	
		2.8 Nutrición y Metabolismo	
		2.9 Asistencia a la Disfunción Multiorganica y Fallo Multiorganico	
		2.10 Asistencia al Trasplante de Organos	
			Detección y mantenimiento del Donante
			Manejo del Paciente Post Trasplante inmediato
		2.11 Manejo de Paciente GRAN QUEMADO inmediato	
		2.12 Atención en Ventilación Domiciliaria	
	3.- Servicio Ampliado de Medicina Intensiva		
		3.1 UCI Extensiva	
		3.2 UCI Itinerante	
		3.3 UCI Especializada	
		3.4 UCI Extramuros	
		3.5 Transporte Extrahospitalario Asistido	
		3.6 Reanimación CardioPulmonar (RCP) Basica Avanzada	
	4.- Servicio de Investigación en Paciente Critico		
		4.1 Gestión de Proyectos de Investigación en Areas Criticas	
		4.2 Ejecución de Trabajos de Investigación en Areas Criticas	
		4.3 Publicación de Trabajos de Investigación	
	5.- Servicio de Docencia en Medicina Intensiva		
		5.1 Docencia a Residentes de especialidad de Medicina Intensiva	
		5.2 Docencia a Residentes de especialidad afin a Medicina Intensiva	
	6.- Servicio de Capacitación en Medicina Intensiva		
		6.1 Pasantia a Medicos Asistentes de Medicina Intensiva	
		6.2 Pasantia a Medicos Asistentes de especialidad afin a Medicina Inten	
		6.3 Entrenamiento en Nuevos Procedimientos en Medicina Intensiva	
	7.- Servicio de Seguridad en el Trabajo		
		7.1 Detección de Eventos Adversos	
		7.2 Bioseguridad en Areas Criticas	
		7.3 Aspectos Legales en Medicina Intensiva	
		7.4 Gestión Tecnologica en Areas Criticas	

S.G.S.E. y C.C. - G.P.H. - G.C.P.S. V°B° M. MASCARÓ C. SUBGERENTE ESSALUD

IX.- ANEXOS

V°B°
M. MASCARO C.
SUBGERENTE
ESSALUD

Modelos Referenciales de Formatos para Recolección de Datos de Procedimientos

EsSalud
Seguridad Social para todos

V°B° M. MASCARO C. SUBGERENTE — S.G.S.E.Y.C.C.-G.R.H.-G.C.P.S. — ESSALUD

EsSalud

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRITICOS

Paciente: ____________

Cama: ____________

Fecha: ____________

HOJA DE CONTROL

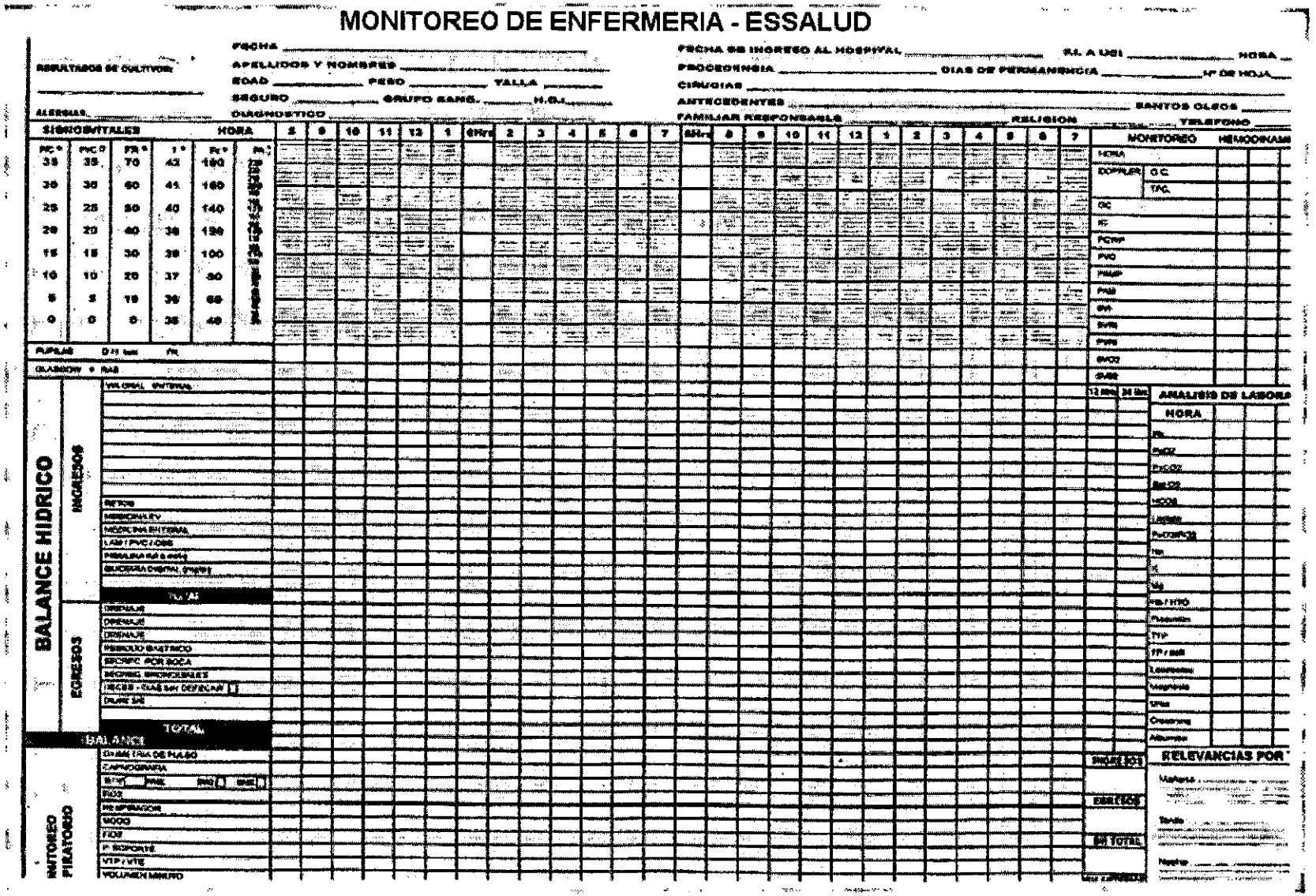
	SIGNOS VITALES																															
HORAS	Temp. C°	Pulso	Fr. Resp	Pres Art	PAM	PVC	Ritmo Card.	Ventilación mecánica	Modo	Pioz	Volumen tidal	Presión Soporte	Peak Flow	Presión Pico		Estado de Conciencia	Glasgow	Pupilas	Ramsay							HGT						

Código:

Ritmo Sinusal	= RS	Bradicardia Sinusal	= BS	Paciente despierto	= D	Pupilas Midriáticas	= O
Taquicard. Sinusal	= TS	Bloqueo 1° G	= B1	Pac. Coma	= C	Pupilas Mióticas	= o
Taquicard. Supravent.	= TSV	Bloqueo 2° G	= B2	Pac. Semi Coma	= SC	Pupilas Reactivas	= R
Taquicard. Vent.	= TV	Bloqueo 3° G	= B3	Pupilas Iguales		No Reactivas	= HR
Extradest. Auric por minuto.	= EAX	Extrasist. Vent. por minuto	= EVX	Pupilas Desiguales			

EsSalud
Seguridad Social para todos

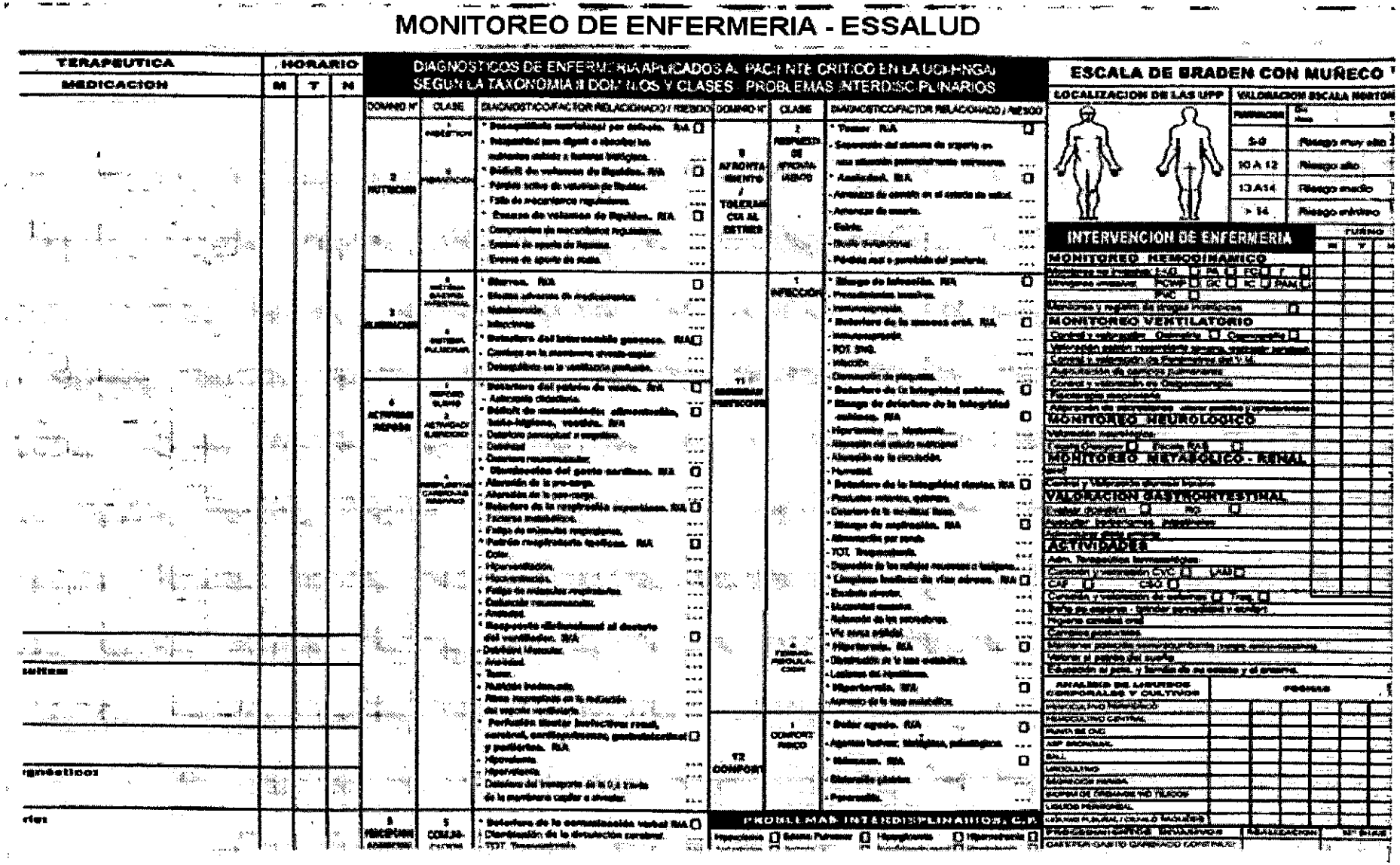
MONITOREO DE ENFERMERIA - ESSALUD



V°B°
M. MASCARO C.
SUBGERENTE
ESSALUD

EsSalud
Seguridad Social para todos

MONITOREO DE ENFERMERIA - ESSALUD



S.E.V.C.C.-G.P.M.C.
VºBº
VASCARLC
COHERENTE
ESSALUD

EsSalud
UNA SALUD PARA MAS PERUANOS

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRITICOS

HOJA DE BALANCE HÍDRICO DE 24 HORAS

Fecha

	INGRESOS					EGRESOS										
HORA	SOL. TIPO	EV. MOL.	DERIV. SANG.	BHC	AGUA ORAL	ORINA VOL.	ORINA D.S.	VOM	SNG GASTROST.	ENTE-ROSTO	COLOS-TOMIA	HECES	BH MS	PLEU-TOS		MMII
0700-0800																
0800-0900																
0900-1000																
1000-1100																
1100-1200																
1200-1300																
PARCIAL																
1300-1400																
1400-1500																
1500-1600																
1600-1700																
1700-1800																
1800-1900																
PARCIAL																
1900-2000																
2000-2100																
2100-2200																
2200-2300																
2300-2400																
0000-0100																
0100-0200																
0200-0300																
0300-0400																
0400-0500																
0500-0600																
0600-0700																
PARCIAL																
TOTAL																

BH 24 HORAS _____ _____ _____

S.G.S.E.M.C.C.-G.R.H.-G.C.P.S.
V°B°
M. MASCARO G.
SUBGERENTE
ESSALUD

EsSalud
Seguridad Social para todos

Fecha

HORA	INGRESOS					EGRESOS									
	SOL TIPO	EV. VOL.	DERIV. SANG.	SNG	ALIM. ORAL.	ORINA VOL.	ORINA D.S.	VOM	SNG GASTROST.	ENTE-ROSTO	COLOS-TOMIA	HECES	BILIS	PLEU-RAL	MISC
0700-0800															
0800-0900															
0900-1000															
1000-1100															
1100-1200															
1200-1300															
PARCIAL															
1300-1400															
1400-1500															
1500-1600															
1600-1700															
1700-1800															
1800-1900															
PARCIAL															
1900-2000															
2000-2100															
2100-2200															
2200-2300															
2300-2400															
0000-0100															
0100-0200															
0200-0300															
0300-0400															
0400-0500															
0500-0600															
0600-0700															
PARCIAL															
TOTAL															

BH 24 HORAS

V°B°
M. MASCARO C.
SUBGERENTE
ESSALUD
S.G.S.E.X.C.-G.P.R.-G.C.P.C.

EsSalud
Seguridad Social para todos

PERÚ | Ministerio de Salud | Dirección de Salud de Personas

Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú
"Año de la Consolidación Económica y Social del Perú"

Sistema de Notificación de Eventos Adversos

Hospital : .....

1.- Conoce la Normativa de Seguridad del Paciente: Si ( ), No ( )

2.- Cual? .....

3.- Cuenta con el Plan Nacional de Seguridad del paciente? Si ( ), No ( )

4.- El Registro es: Voluntario ( ), Obligatorio ( )

5.- Reporte de Incidentes: Realiza: Si ( ), No ( )

- Número de notificaciones anuales: .....Mensuales:.....
- Principales incidentes:
  1.- .....
  2.- .....
  3.- .....

6.- Reporte de Eventos adversos: Realiza: Si ( ), No ( )

- Número de notificaciones anuales: .....Mensuales:.....
- Principales Eventos Adversos:
  1.- .....
  2.- .....
  3.- .....

7.- Reporte de Sistemas específicos: Realiza: Si ( ), No ( )

- Errores Medicación:.....
- Infecciones:.....
- Errores Transfusionales:.....
- Otros especificar:.....

8.- Cuentan con Formato de notificación: Papel ( ), Web ( ), Electrónico ( )

9.- Quien notifica;.....

10.-Centralizado o descentralizado a los centros asistenciales: .....

11.-Quien analiza el registró? .....

12.-Tipo de análisis de registro:

- Análisis de Modo de Fallos y de Efectos AMFE:.....
- Análisis de Causas Raíz ACR:.....
- Otros. Especificar: .....

13.- A quien se difunden los resultados: .....

14.-Se evalúa efectividad del Sistema de Notificación SI ( ) o NO ( )

15.- Se socializa los resultados con el equipo o Gerentes?.....

16.- Periodo de reportes de Eventos Adversos: .....

17-.Realizan acciones de mejora puesta en marcha a raíz de la información del sistema:

.....

Wwwminsa.aob.pe,
Av. Salaverry 801
Jesús María. Lima 11, Per
CT(511) 315-6600 Anexo
2719 - 2685

S.G.S.E.Y C.C. G.P.H. G.C.P.S. V°B° M. HUASCARO C. SUBGERENTE ESSALUD

EsSalud
Seguridad Social para todos

ESQUEMA PARA APRENDER DE LOS ERRORES

Bacteriemia zero, 1ª edición, 2009. Basado en el proyecto "Keystone ICU" desarrollado por la Universidad Johns Hopkins (Pronovost et al., N Eng J Med, 2006; 2725-32). Adaptado al español con permiso de la Universidad Johns Hopkins por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España y el Departamento de Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud. Publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España. "Keystone ICU" es propiedad de la Facultad de Medicina de la Universidad Johns Hopkins.
En la adaptación de los instrumentos de "Bacteriemia zero" ha colaborado la SEMICYUC mediante un contrato con el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Proceso de investigación

I. ¿Qué ocurrió? (Reconstruya la cronología y explique qué ocurrió).

II. ¿Por qué ocurrió? El siguiente cuadro le será de ayuda para examinar y evaluar su caso. Revise los factores que contribuyeron en el incidente y si contribuyeron de manera negativa (aumentaron el daño) o de manera positiva (redujeron el impacto del daño).

Factores que contribuyeron al incidente	Contribuyeron negativamente	Contribuyeron positivamente
Factores relacionados con el paciente:		
Factores relacionados con la tarea:		
Factores relacionados con los profesionales a cargo del cuidado médico		
Factores relacionados con el equipo		
Factores relacionados con la capacitación y la educación		
Factores relacionados con la tecnología de la información y los sistemas informatizados de prescripción médica (C		

V°B° M. MASCARO SUBGERENTE ESSALUD

EsSalud

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRITICOS

CHECKLIST PREOPERATORIO

Debe ser completado antes de llevar al paciente a Sala de Operaciones u otra Área de Procedimientos
Responda cada pregunta con un X en el cuadro que corresponda o colocar NA si no es aplicable.

PACIENTE _____

CIRUGIA _____ Hospitalario / Ambulatorio — PROG | EMG

CIRUJANO _____

Ítem	N°	Cuestionario	SI	NO	NA
ADMISIÓN	1	El paciente cuenta con la hoja de admisión y la hoja del seguro? En caso de compañía de seguro tiene la carta de garantía para el procedimiento que se va a realizar?			
IDENTIFICACIÓN	2	El paciente tiene el brazalete puesto. Se ha verificado?			
CONSENTIMIENTO INFORMADO	3	Su médico le ha explicado la operación que le va a realizar?			
	4	La operación está bien especificada?			
	6	Si implica lateralidad está descrito el lado que corresponde (derecho o izquierdo) en el consentimiento?			
	5	Está debidamente llenado, exento de un testigo y fechado?			
	7	El médico ha firmado el consentimiento?			
AYUNO	8	Desde que hora no ingiere alimentos: _____ am/pm. _____ De haber ingerido alimentos menos de 6 horas antes de la operación, informar al anestesiólogo.			
HISTORIA CLINICA	9	Está la Historia clínica realizada: Anamnesis, antecedentes y Examen físico hechos?			
	10	Están la TALLA y el PESO registrado en la hoja de funciones vitales?			
ALERGIA A MEDICAMENTOS	11	Está EL FORMATO DE ALERGIA A MEDICAMENTOS lleno y firmado en la Historia?			
EXÁMENES DE LABORATORIO	12	Están los Exámenes de laboratorio preoperatorios presentes en la historia?			
EXÁMENES DE IMÁGENES	13	Están los Exámenes de IMÁGENES necesarios para la operación con el paciente y los informes en la historia? (TAC, RMN, Ecografía, Radiografías, etc).			
RIESGO QUIRÚRGICO	14	Está el RIESGO QUIRÚRGICO en la historia?			
PREPARACIÓN GENERAL	15	Se le ha retirado la ropa, pelucas, el maquillaje, el esmalte de uñas, las joyas, lentes, piercing y se ha colocado la bata?			
	16	Se le ha preguntado al paciente por prótesis dentales?			
	17	Se le ha preguntado al paciente si tiene lentes de contacto, ayudas auditivas Se ha retirado y guardado de manera segura.			
	18	Se han guardado todas las pertenencias de manera apropiada y documentada. Se ha entregado al familiar en caso de estar acompañado.			
	19	Se han colocado los vendajes, medias elásticas, o se han colocado los enemas.			
SITIO OPERATORIO	20	Se ha marcado el sitio operatorio en caso sea derecho o izquierdo?			
EVALUACION PREANESTESICA	21	Está la evaluación preanestesica en la historia?			
MEDICACION PREOPERATORIA	22	Se ha administrado la medicación preoperatoria y se ha registrado en la historia.			

NA: No aplicable

Fecha: ___/___/___ Hora: _____

Enfermera que reporta

Enfermera que recibe el reporte

S.U.S.E.V.C.A.P.H.C.P.C. V°B° M. MASCARO C. SUBGERENTE ESSALUD

EsSalud
Seguridad Social para todos

EsSalud

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRITICOS

LISTA DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA

Word Health Organization

Antes de la anestesia

INGRESO	SI	NO	NA
* El Paciente ha confirmado: - Su identidad - Localización - Procedimiento - Consentimiento			
* Se ha marcado el sitio quirúrgico?			
* Seguridad de la anestesia cotejado correctamente:			
* Pulso - oximetro colocado en el paciente? Esta prendido y funcionado?			
* Conocimiento de las alergias?			
* Via aérea difícil o riesgo de aspiración?			
En caso de ser SI:			
* Se cuenta con los equipos y asistentes?			
Riesgo de perdida de sangre?			
Mayor 500ml y 7 ml/kg en niños			
* En caso de ser SI:			
* Tiene adecuado acceso intravenoso.			

Antes de que corten la piel

DURANTE	SI	NO	NA
* Todo el equipo se ha presentado por nombre y función.			
* Cirujano, anestesiólogo, enfermera han confirmado: - Identidad del paciente. - Localización - Procedimiento			
Eventos anticipados críticos			
* El cirujano ha analizado cuales son los pasos críticos durante la operación y pérdidas anticipadas de. Sangre			
* El equipo de anestesia ha analizado algún riesgo en el paciente.			
* El equipo de enfermeras ha analizado la esterilidad de los equipos según indicadores y los riesgos.			
Se ha administrado la profilaxis de antibióticos dentro de los último 60 minutos.			
* Que antibiótico?			
* Es el indicado según tabla?			

Antes que el paciente deje la sala de operaciones

SALIDA	SI	NO	NA
Enfermera confirma con el equipo: * Nombre del procedimiento realizado:			
* Se han contado correctamente el equipo gasas, esponjas, agujas?			
* Todo lo que se usa está rotulado con el nombre del paciente.			
* Las muestras de laboratorio y/o patología están rotulados con el nombre del paciente.			
* Se presenta algún problema en el material que debe ser reportado?			
* Se ha presentado algún problema con el instrumental que deba ser reportado?			
* Cirujano - anestesista - enfermera han analizado los riesgos para tenerlos presente en los pacientes.			

NA: No aplicable

OBSERVACIONES: _____

Anestesiólogo Firma y Sello	Cirujano Firma y Sello	Enfermera instrumentista Firma y Sello

M. MASCARO C
SUBGERENTE
ESSALUD

EsSalud
Seguridad Social para todos

EsSalud
HOSPITAL NACIONAL
GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN

FICHA DE LABORATORIO

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRITICOS
SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS

NOMBRE:..
S.S:.......................FECHA:...............

HEMATOLOGIA

		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
LEUCOCITOS																	
Abastonados	0 - 5%																
segmentados	45 - 65%																
Eosinófilos	1 - 5%																
Basófilos	0 - 1%																
Monocitos	3 - 8%																
Linfocitos	20 - 40%																

		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
HEMOGLOBINA	H 14 - 18g/dl M 12 - 16g/dl																
HEMATOCRITO	H 40 - 54% M 35 - 47%																

	Segundos	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
T. PROTOMBINA	11 - 14																
T. TROMBOPLASTINA	22 - 35																
T. TROMBINA	14 - 21																
FIBRINOGENO	1.8 - 3.5 g/l																
PDF/ DIMERO D	<7.7/<250																
PLAQUETAS	150 - 500																

ELECTROLITOS

	mMol/ L	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Sodio	136 - 146																
Potasio	3.5b - 5.5																
Cloro	95 - 105																
Calcio Sèrico	2.13 - 2.63																
Calcio Iònico	0.8 - 1.2																
Fosforo	0.8 - 1.5																
Magnesio	0.65 - 1.25																

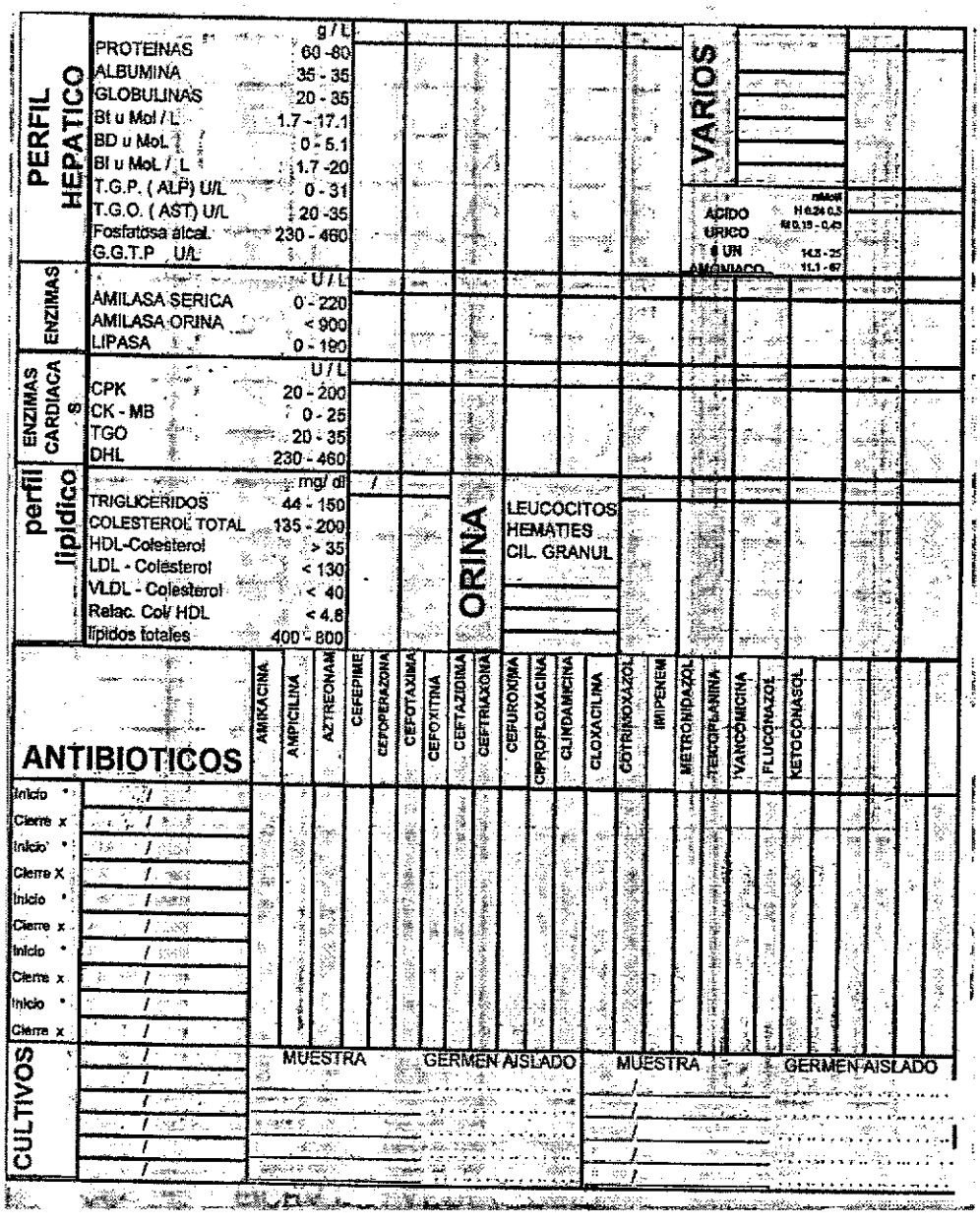
GLICEMIA

	mMol/ L	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
8:00 hrs	3.8 - 6.1																
12:00 hrs																	
18:00 hrs																	
00:00 hrs																	

FUNCION RENAL

	mMol/ L	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Urea	2.5 - 7.5																
Creatinina	h 62 - 47 M 53 - 80																
Depurac. Creatinina	80 - 120ml /min																

S.G.S.E.y C.C.-G.R.A.-G.C.P.S.
Vº Bº
M. MASCARO C.
SUBGERENTE
ESSALUD


PERFIL HEPATICO
PROTEINAS g / L 60 -80
ALBUMINA 35 - 35
GLOBULINAS 20 - 35
Bt u Mol / L 1.7 - 17.1
BD u Mol. 0 - 5.1
Bl u Mol. / L 1.7 -20
T.G.P. (ALP) U/L 0 - 31
T.G.O. (AST) U/L 20 -35
Fosfatasa alcal. 230 - 460
G.G.T.P U/L
ENZIMAS U / L
AMILASA SERICA 0 - 220
AMILASA ORINA < 900
LIPASA 0 - 190
ENZIMAS CARDIACAS U / L
CPK 20 - 200
CK - MB 0 - 25
TGO 20 - 35
DHL 230 - 460
perfil lipidico mg/ dl
TRIGLICERIDOS 44 - 150
COLESTEROL TOTAL 135 - 200
HDL-Colesterol > 35
LDL - Colesterol < 130
VLDL - Colesterol < 40
Relac. Col/ HDL < 4.8
lipidos totales 400 - 800
ORINA
LEUCOCITOS
HEMATIES
CIL. GRANUL
VARIOS
ACIDO URICO
U UN
AMONIACO
ANTIBIOTICOS
AMIKACINA
AMPICILINA
AZTREONAM
CEFEPIME
CEFOPERAZONA
CEFOTAXIMA
CEFOXITINA
CEFTAZIDIMA
CEFTRIAXONA
CEFUROXIMA
CIPROFLOXACINA
CLINDAMICINA
CLOXACILINA
COTRIMOXAZOL
IMIPENEM
METRONIDAZOL
TEICOPLANINA
VANCOMICINA
FLUCONAZOL
KETOCONASOL
Inicio
Cierre x
CULTIVOS
MUESTRA
GERMEN AISLADO
MUESTRA
GERMEN AISLADO

EsSalud
Seguridad Social para todos

EsSalud
MAS SALUD PARA MAS PERUANOS

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRITICOS

MONITOREO VENTILATORIO

Nombre		Ubicación/Cama	
Edad	Dx.	SSP :	Fecha:

Dia Hora	Ventilacion Modo - Dispositivo	FiO2	FR	VT	Ve	I : E	PF	PP	Paw	PEEP	Apeep	Plateau	Cplo	Pn	PaCO2	HCO3	PaO2	SPO2 SatO2	PaFi	G(A-a)

EsSalud
Seguridad Social para todos

EsSalud
MÁS SALUD PARA MÁS PERUANOS

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRITICOS

MONITOREO HEMODINAMICO

NOMBRE _____ Talla ____cm. Peso ____Kg. STC ____m2 Cama ____

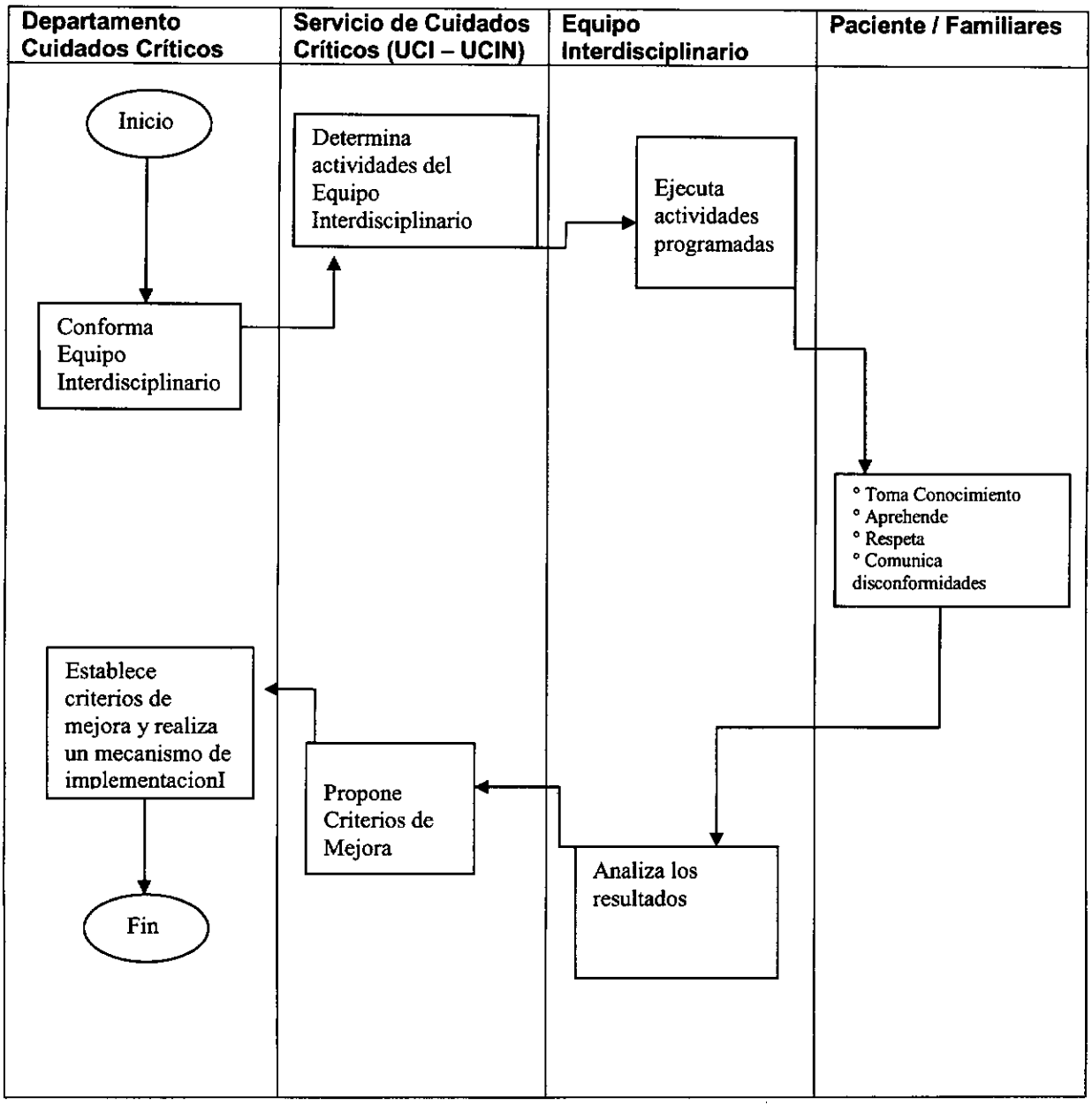
Edad _____ Dx _____ Cateter _____ S.S. _____

FECHA Año	Hora	FC	Hto	PVC/PCWP	PAP			PAM	GC/IC	IRVS	IRVP	IVS	LVSWI	RVSWI	C(a-v)	DO2	VO2	REO2	DOPA	DOBU	NOR A
					PS	MPAP	PD														
		60 - 100 Lat.X°	gld	6-8/14-12 mm Hg	15 - 25 mm Hg	10 - 15 mm Hg	3 - 12 mm Hg	75 - 105 mm Hg	5 - 8.5 / 2.5 - 4 L/min	1220 - 2500 L/m²/dyn-seg/cm⁻⁵/m²/dyn-seg/cm⁻⁵	80 -240	35 - 75 ml/beat/m2	45 - 75 ml/beat/m2	4 - 12 ml/beat/m2	42 - 5 ml/l	970 - 720 ml/min/m2	110 - 180 ml/min/m2	18 - 22	pg/kg/min	pg/kg/min	

V°B°
M. MASCARO C.
SUBGERENTE
ESSALUD

X FLUJOGRAMAS

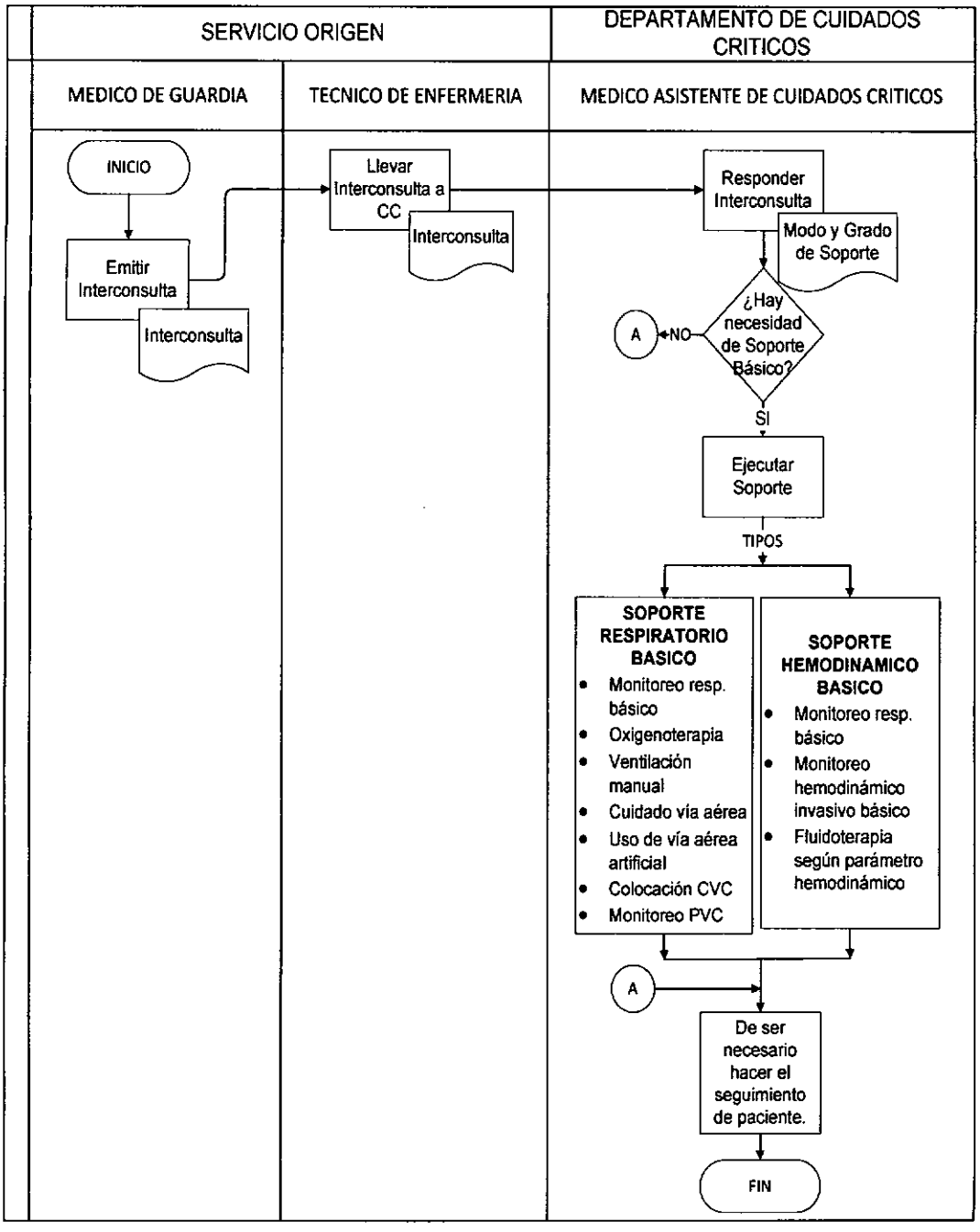
10.1.- Procedimiento de Detección de inconformidades de información del usuario en Medicina Critica.



V.C.-G.C.-G.H.-G.C.P.S.
V°B°
M. MASCARO C.
SUBGERENTE
ESSALUD

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS (UCI, UCIN), PACIENTE CRÍTICO.

10.2.- MONITOREO BASICO

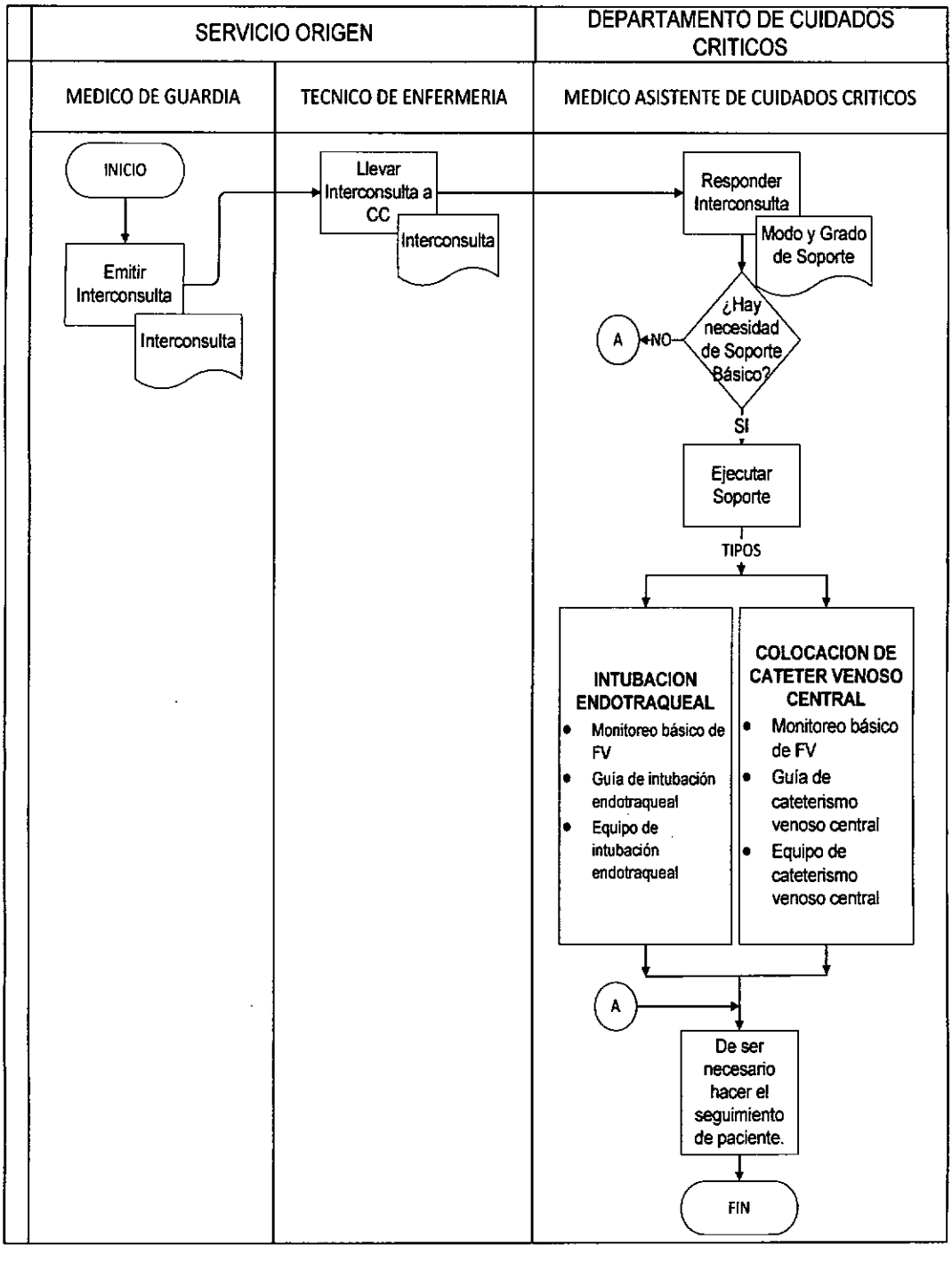


V°B° M. MASCARO S. SUBGERENTE ESSALUD

EsSalud
Seguridad Social para todos

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRITICOS (UCI, UCIN) PACIENTE CRÍTICO

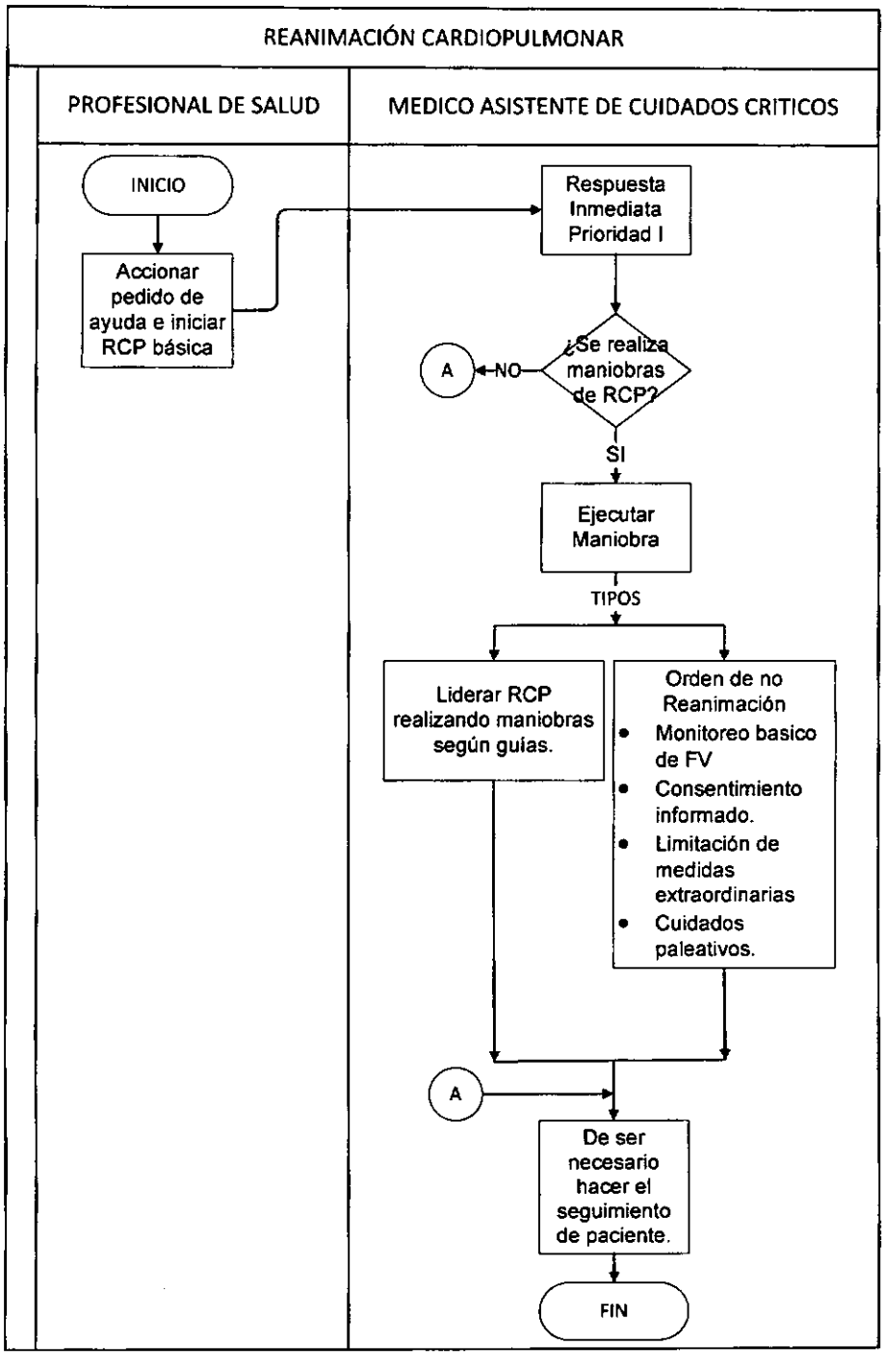
10.3.- PROCEDIMIENTO BASICO



V°B°
M. MASCARO C.
SUBGERENTE
ESSALUD

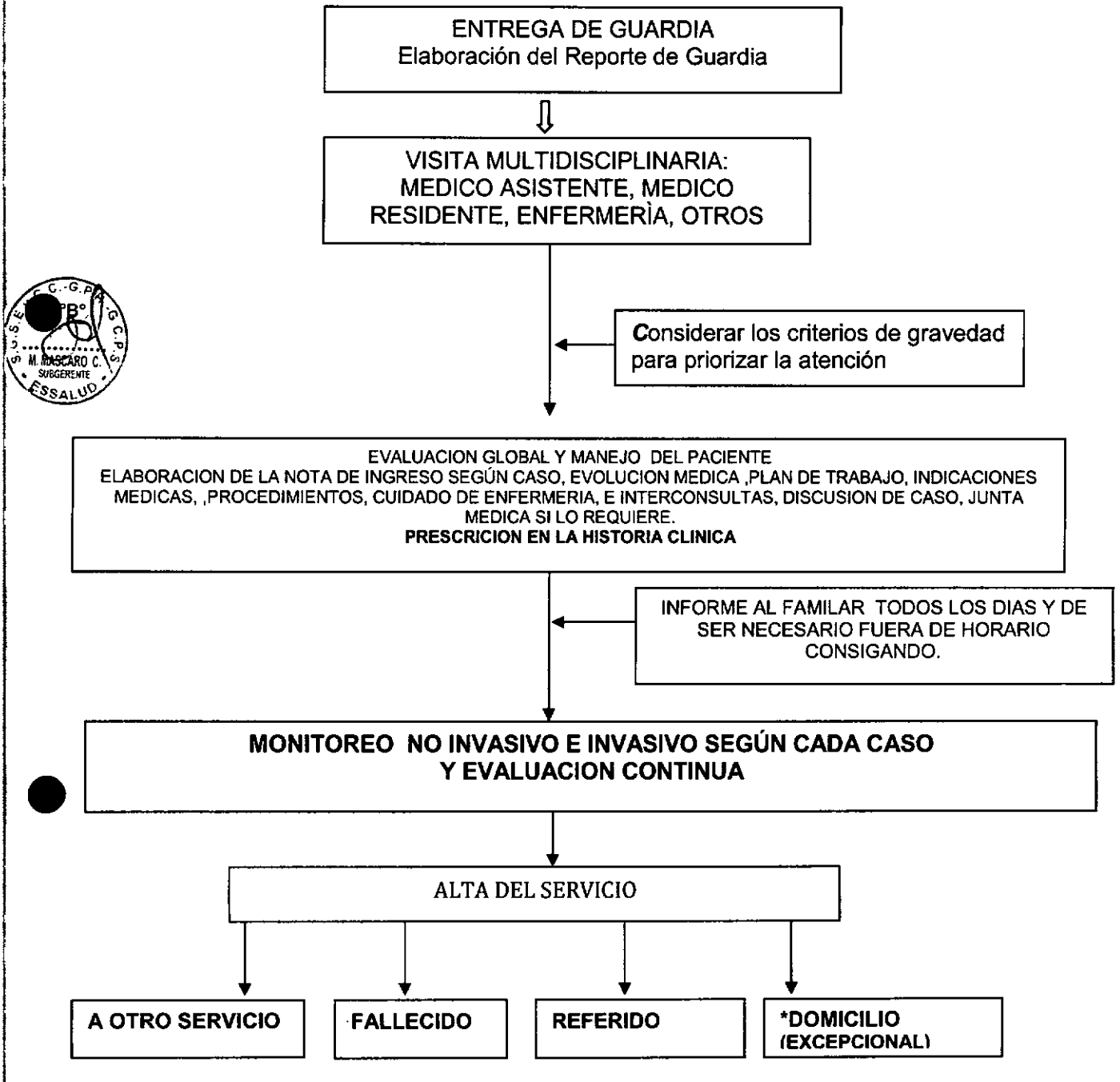
DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS (UCI, UCIN), PACIENTE CRÍTICO.

10.4.- REANIMACION CARDIOPULMONAR



DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS (UCI, UCIN), PACIENTE CRÍTICO.

10.5.- GUARDIA MÉDICA



EsSalud
Seguridad Social para todos

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRITICOS (UCI, UCIN), PACIENTE CRÍTICO.

10.6.- MONITOREO CONVENCIONAL

MONITOREO DE LAS FUNCIONES VITALES DE LOS PACIENTES:
Frecuencia cardíaca – Frecuencia respiratoria – Presión arterial no Invasiva – Temperatura- Diuresis - Pulso Oximetría, según caso agregar capnografía

Según necesidad del caso agregar

MONITOREO HEMONIDAMICO MINIMAMENTE INVASIVO CONVENCIONAL: comprende Doppler esofágico y/o similares

MONITOREO HEMONIDAMICO INVASIVO CONVENCIONAL: Monitoreo Presión Venosa Central (PVC) + Monitoreo de Presión Arterial Media (PAM) por línea arterial.

MONITOREO RESPIRATORIO CONVENCIONAL: comprende el Monitoreo Respiratorio básico + Pulso Oximetria + Capnografia + Mecánica Ventilatoria (Ondas y Lazos)

MONITOREO NEUROLÒGICO CONVENCIONAL: comprende el Monitoreo Neurológico Básico + Monitoreo EEG + Monitoreo Térmico + Monitoreo de Sedación

MONITOREO HEMATOINMUNOLÒGICO CONVENCIONAL: comprende Monitoreo Hb-Hcto, y/o Perfil de Coagulación)

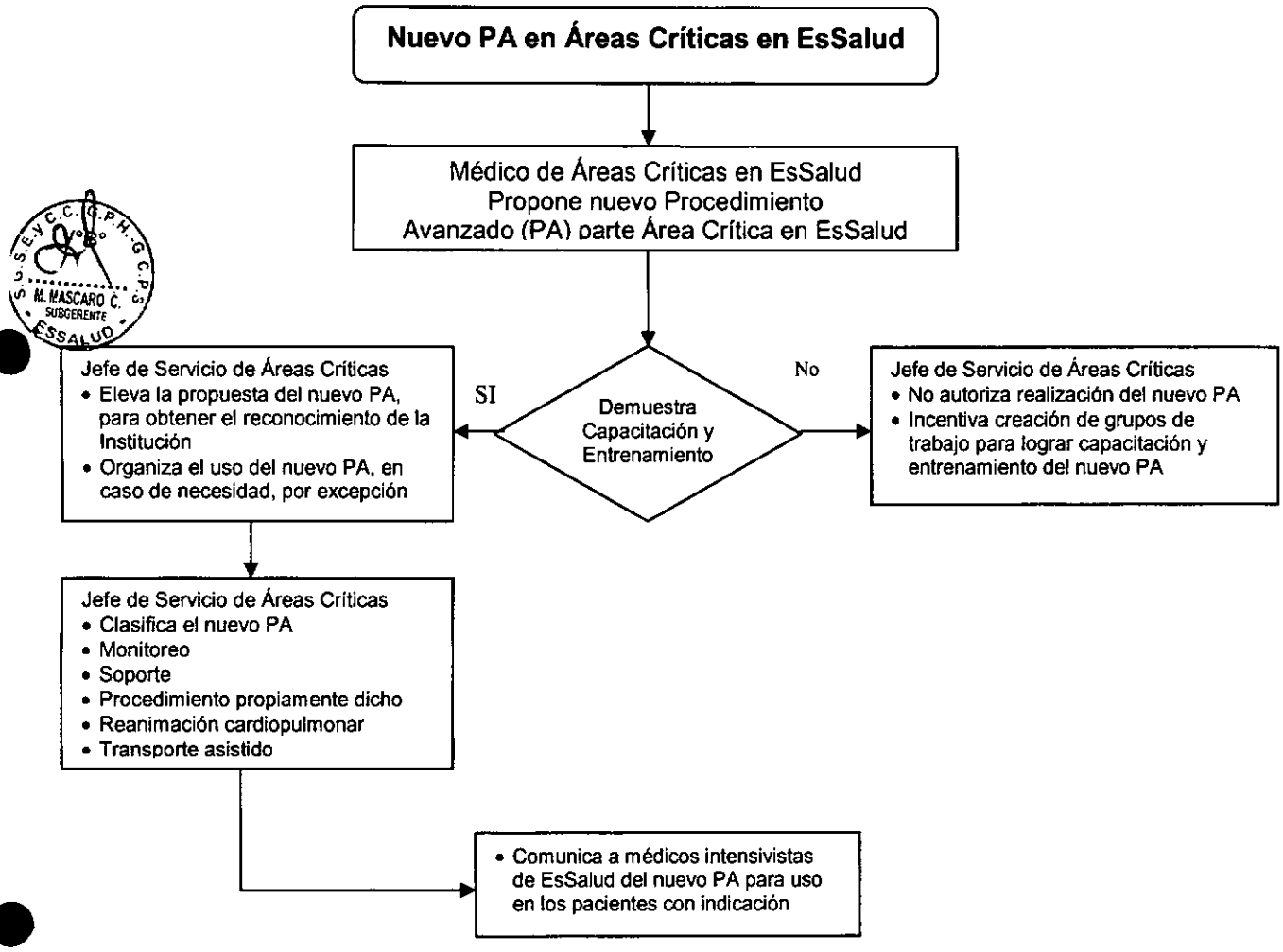
MONITOREO METABÒLICO-RENAL CONVENCIONAL: comprende Monitoreo Urea y/o Creatinina, y/o Electrólitos y/o AGA Eq. Acido-Básico.

MONITOREO DIGESTIVO-NUTRICIONAL CONVENCIONAL comprende Monitoreo Balance Hídrico +Ingesta oral+ Evaluación Clínica Nutricional (calorimetría)

CONTROL DEL LÌQUIDO INTERSTICIAL: comprende el monitoreo por manometría de la presión intersticial (Síndrome compartimental) y/o Medición de Presión Intra Abdominal

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS (UCI, UCIN), PACIENTE CRÍTICO.

10.10. NUEVO PROCEDIMIENTO AVANZADO



DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS (UCI, UCIN), PACIENTE CRÍTICO

10.7.- SOPORTE CONVENCIONAL

EVALUACION INTEGRAL DEL PACIENTE CRÍTICO

El médico de guardia determinara la necesidad de alguna medida de soporte, ante la detección de inestabilidad de un parámetro fisiológico del paciente con la intención de estabilizarlo

Según necesidad del caso determinar

El Soporte Cardio Hemodinámico Convencional comprende: Infusión Continua Inotrópico y/o Vasotrópico, + Desfibrilación + Marcapaso

Soporte Respiratorio Convencional comprende Soporte Respiratorio Básico + Dispositivos de oxigenación.

Soporte Ventilatorio Convencional comprende Ventiloterapia Modo Avanzado, Ventilación No Invasiva, + Cuidado de vía aérea artificial (Humidificación activa temperada o Aerosolterapia en V.M.)

Soporte Neurológico Convencional comprende: Infusión Continua Sedación-Analgésico, y/o Diurético Osmótico y/o Relajantes musculares

Soporte Metabólico Renal Convencional comprende: Infusión Continua Insulina y/o Infusión Continua Diurético

Soporte Hemato Inmunológico Convencional comprende: Infusión Continua Anticoagulante , y/o Fibrinolítico y/o Transfusión de Hemoderivados

Soporte Digestivo Nutricional convencional comprende: Nutrición Enteral.

EsSalud
Seguridad Social para todos

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS (UCI, UCIN), PACIENTE CRÍTICO

10.8.- PROCEDIMIENTO CONVENCIONAL

EVALUACION INTEGRAL DEL PACIENTE CRÍTICO
El médico de guardia determinara la necesidad de algún procedimiento convencional, para diagnóstico y manejo del paciente con la intención de estabilizarlo

Según necesidad del caso determinar

Los Procedimientos Cardiovasculares Convencionales comprende: Colocación CVC y/o Cardioversión y/o Línea Arterial y/o Punción y Drenaje Pericardio y/o Marcapaso

Procedimiento Ventilatorio Convencional comprende Procedimiento Ventilatorio Invasivo y No invasivo.

Procedimiento Vía Aérea Artificial de Urgencia.

Procedimiento vía aérea artificial Convencional comprende Traqueotomía Percutánea excepcionalmente la quirúrgica.

OTROS PROCEDIMIENTOS CONVENCIONALES:
Drenaje Torácico con tubo (32551) *
Cambio tubo traqueotomía (31502) *
Laringoscopia indirecta (31505) *
Punción traqueal percutánea (31612) *
Incisión y drenajes de absceso simple (10060) *
Incisión y drenaje abscesos múltiples (10061) *

***Código CPT v. 2010**

V°B° M. MASCARÓ C. SUBGERENTE ESSALUD

EsSalud
Seguridad Social para todos

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS (UCI, UCIN), PACIENTE CRÍTICO.

10.9.- PROCEDIMIENTO AVANZADO
(UTILIZACION DE PA)

