RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 982 -GG-ESSALUD-2017

Lima, 31 de julio del 2017

VISTOS:

La Carta N° 1126-GCPS-ESSALUD-2017 y el Informe Técnico N° 12-SGNAPS-GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2017 de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud; la Carta N° 265-OGCyH-ESSALUD-2017 de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización; la Carta N° 3193-GCOP-ESSALUD-2017 de la Gerencia Central de Operaciones; la Carta N° 1739-GCPP-ESSALUD-2017 de la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto; la Carta N° 2067-GCAJ-ESSALUD-2017 y el Informe N° 394-GNAA-GCAJ-ESSALUD-2017 de la Gerencia Central de Asesoría Jurídica; y;

CONSIDERANDO:

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

Que, mediante Resolución Ministerial N° 489-2005/MINSA se aprobó la NT N° 031-MINSA/DGSP-V.01: Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios, con alcance a todos los establecimientos públicos y privados del Sector Salud que cuenten con Servicios de Cuidados Intensivos y/o Intermedios para la atención del paciente crítico, la cual tiene por objetivo general establecer las normas técnico-administrativas para la atención de los pacientes en los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios;

Que, asimismo, de acuerdo a lo establecido en el numeral 7.1, De la Organización y Funcionamiento, del punto 7 de las Disposiciones Generales del citado dispositivo, los Establecimientos III-1 deberán contar, entre otros, con Cuidados Intensivos de Especialidades, de acuerdo a la demanda como: Neuroquirúrgicos, Coronarios, Cirugía Cardiovascular, Trauma, Quemados, Inmunodeprimidos, Transplantes, entre otros;

Que, el artículo 1° del Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 020-2014-SA, señala que dicha Ley tiene el objeto de establecer el marco normativo del aseguramiento universal en salud, a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento;

Que, asimismo, el artículo 8° del citado Texto señala que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos, creados o por crearse, que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación; así como aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud;

Que, en el artículo 10° del Reglamento de la Ley Nº 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado por Decreto Supremo Nº 027-2015-SA, se indica que toda persona tiene derecho a obtener servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios para prevenir,

167 - 2017 - 08

promover, conservar o restablecer su salud, según lo requiera la salud de la persona usuaria, de acuerdo a las guías de práctica clínica, el uso racional de los recursos y según la capacidad de oferta de la IPRESS y cobertura contratada con la IAFAS. Además, señala que la IAFAS debe garantizar el acceso de acuerdo a las condiciones de cobertura con el afiliado, su sostenibilidad financiera, lineamientos de gestión presupuestal y la normatividad vigente;

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 correspondan al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, asimismo, en el literal e) del artículo 2° de la Ley N° 27056 se establece como una de las funciones de ESSALUD, formular y aprobar sus reglamentos internos, así como otras normas que le permitan ofrecer sus servicios de manera ética, eficiente y competitiva;

Que, de acuerdo a lo establecido en el literal a) del artículo 158º del Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud – ESSALUD, aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva Nº 767-PE-ESSALUD-2015 y modificatorias, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud es el órgano de línea encargado de formular, proponer, aprobar cuando corresponda al ámbito de su competencia y evaluar las políticas, normas, modelos, prioridades sanitarias y estrategias para la atención de salud de los asegurados a través de la oferta fija y flexible y otras modalidades, así como los criterios de evaluación de resultados e impacto de las intervenciones sanitarias;

Que, conforme a sus competencias, mediante Carta de Vistos la Gerencia Central de Prestaciones de Salud remite el proyecto de Directiva denominada *"Normas para las Prestaciones Asistenciales de Cuidado Crítico Cardiovascular del Seguro Social de Salud – ESSALUD"*, la cual tiene por objetivo estandarizar los lineamientos de atención de pacientes críticos cardiovasculares mayores de 14 años en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) del III Nivel de Atención del Seguro de Salud – ESSALUD;

Que, asimismo, como sustento de la propuesta antes mencionada se remite el Informe Técnico N° 12-SGNAPS-GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2017, elaborado por la Sub Gerencia de Normas de Atención de Prioridades Sanitarias de la citada Gerencia Central, en el cual se señala que es necesaria su aprobación, dado que el mismo obedece a buscar la reducción en la morbimortalidad por falta de atención en situaciones de cuidados críticos de orden cardiovascular;

Que, además, se concluye que la citada Directiva ha sido elaborada en atención a lo señalado en la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD), la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015-SA, el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 020-2014-SA, y que el mismo se enmarca en el numeral 7.1 de la NT N° 031-MINSA/DGSP-V.01: Norma Técnica de los Servicios

de Cuidados Intensivos e Intermedios, aprobada por Resolución Ministerial N° 489-2005/MINSA;

Que, con Cartas Nros. 265-OGCyH-ESSALUD-2017, 3193-GCOP-ESSALUD-2017 y 1739-GCPP-ESSALUD-2017, la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización, y las Gerencias Centrales de Operaciones y Planeamiento y Presupuesto, respectivamente, manifestaron su conformidad sobre el proyecto de Directiva en mención;

Que, con Carta e Informe de Vistos la Gerencia Central de Asesoría Jurídica señala que desde el punto de vista legal el proyecto de Directiva en mención guarda concordancia con la Ley N° 26842, Ley General de Salud, que establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; así como con el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, en lo referido al otorgamiento de cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, y el Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud – ESSALUD, aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015 y modificatorias, por lo que corresponde su aprobación;

Que, en dicho contexto, resulta necesario contar con un documento técnico normativo que permita estandarizar y regular el cuidado cardiovascular crítico para una mejor atención a los asegurados con patología cardíaca aguada;

Que, de acuerdo a lo establecido en el literal b) del artículo 9° de la Ley N° 27056, el Gerente General es competente para dirigir el funcionamiento de la Institución, emitir las directivas y los procedimientos internos necesarios, en concordancia con las políticas, lineamientos y demás disposiciones del Consejo Directivo y del Presidente Ejecutivo;

Con los vistos de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, la Gerencia Central de Operaciones, la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto y la Gerencia Central de Asesoría Jurídica;

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

SE RESUELVE:

1. **APROBAR** la Directiva N° 001 -GG-ESSALUD-2017, *"Normas para las Prestaciones Asistenciales de Cuidado Crítico Cardiovascular del Seguro Social de Salud – ESSALUD"*, que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.

2. **DISPONER** que la Gerencia Central de Prestaciones de Salud se encargue de la difusión, capacitación, asesoría técnica y conducción del proceso de implantación y monitoreo de la Directiva aprobada mediante la presente Resolución.

3. **DISPONER** que las Redes Desconcentradas o Redes Asistenciales que cuenten con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) del III Nivel, el Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR), en el ámbito de sus competencias, adopten las acciones que resulten necesarias para la implementación progresiva de la Directiva aprobada, de acuerdo a su disponibilidad presupuestal, debiendo la

Gerencia Central de Operaciones realizar el seguimiento, control, supervisión y evaluación de las acciones operativas realizadas por los citados órganos, hasta su total implementación.

4. **DISPONER** que los Órganos Centrales coadyuven al cumplimiento de la implementación, en el ámbito de sus competencias, de la Directiva aprobada por la presente Resolución, debiendo la Gerencia Central de Operaciones conducir las acciones a efectos que sean implementadas por dichos Órganos Centrales según sus competencias.

5. **ENCARGAR** a la Oficina de Relaciones Institucionales la difusión de la Directiva aprobada por la presente Resolución.

6. **PUBLICAR** en el Compendio Normativo del Seguro Social de Salud – ESSALUD.

REGÍSTRESE y COMUNÍQUESE

Gerencia Central de Asesoría Jurídica DESPACHO V°B° M.C. BARRAGAN G. Central -ESSALUD-

GERENTE CENTRAL DE OPERACIONES V°B° J. SERIDA M. GERENTE CENTRAL (e) -ESSALUD-

GERENCIA CENTRAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO V°B° G. MELLO L. G. Central -ESSALUD-

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD V°B° L. OLIVARES M. Gerente Central -ESSALUD-

Dr. Manuel Roberto de la Flor Matos
Gerente General
ESSALUD

SEGURO SOCIAL DE SALUD

RESOLUCION DE GERENCIA GENERAL N°982 -GG-ESSALUD-2017

DIRECTIVA N° 01 -GG-ESSALUD-2017

"NORMAS PARA LAS PRESTACIONES ASISTENCIALES DE CUIDADO CRITICO CARDIOVASCULAR DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD"





GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD

LIMA – PERU

2017

TITULO ORIGINAL:

NORMAS PARA LAS PRESTACIONES ASISTENCIALES DE CUIDADO CRITICO CARDIOVASCULAR DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD
GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD

Jr. Domingo Cueto N° 120 - 8vo. Piso- Lima 11 - Perú

DERECHOS DE AUTOR:

Este documento no puede reproducirse total o parcialmente por ningún método 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 –EsSalud.

ING. JORGE GABRIEL DEL CASTILLO MORY

Presidente Ejecutivo de ESSALUD

DR. MANUEL ROBERTO DE LA FLOR MATOS

Gerente General

Subgerencia de Normas de Atención de Prestaciones
V°B°
C.ESPARZA A.
Sub Gerente
ESSALUD

DRA. LUCY NANCY OLIVARES MARCOS

Gerente Central de Prestaciones de Salud

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
V°B°
L. OLIVARES M.
Gerente Central
-ESSALUD-

EQUIPO DE FORMULACIÓN DE LA DIRECTIVA:

Dra. Bertha Chávez Peralta	Miembro del Comité Nacional de Cuidado Cardiovascular
Dr. Marcos Pariona Javier	Presidente del Comité Nacional de Cuidado Cardiovascular
Dra. Rosalía Fernández Coronado	Miembro del Comité Nacional de Cuidado Cardiovascular
Dra. Erika Ludeña Riveros	Miembro del Comité Nacional de Cuidado Cardiovascular
Dr. Carlos Cerrón Rivera	Miembro del Comité Nacional de Cuidado Cardiovascular
Dr. Juan Carlos Ramírez Zapata	Miembro del Comité Nacional de Cuidado Cardiovascular
Dr. Edgar Custodio Gaspar Montánchez Carazas	Miembro del Comité Nacional de Cuidado Cardiovascular
Dr. Reynaldo Castillo León	Miembro del Comité Nacional de Cuidado Cardiovascular
Dra. Miluska Paola Calderón Gamarra	Miembro del Comité Nacional de Cuidado Cardiovascular

V°B°
C.ESPARZA
Sub Gerente
ESSALUD

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
V°B°
L. OLIVARES M.
Gerente Central
ESSALUD

COLABORADORES:

Ing. Gianmarco Mello Loayza	Gerente Central de Planeamiento y Presupuesto
Mag. Maria del Carmen Barragán Coloma	Gerente Central de Asesoría Jurídica
Maria Santosa Maraví Ticse	Gerente Central de Gestión Financiera
Dr. Jorge Santiago Sérida Morisaki	Gerente Central de Operaciones
Dra. Claudia Esparza Anyosa	Subgerente de Normas de Atención de Prioridades Sanitarias- GCPS
Dr Victor Alejandro Dongo Zegarra	Director de Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI)
Ing. Juan Manuel García Guevara	Gerente Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos (CEABE)
Ing. Betsabé Lucia Tapia Saavedra	Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización
Dr. Risof Rolland Solís Cóndor	Jefe de la Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria-GCPS
Lic. Hernán Vivanco Huerta	Profesional de la Subgerencia de Normas de Atención de Prioridades Sanitarias-GCPS
Dr. Jesús Angel Marcelo Chachi	Residente en Administración en Salud-GCPS

"NORMAS PARA LAS PRESTACIONES ASISTENCIALES DE CUIDADO CRÍTICO CARDIOVASCULAR DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD"

INDICE

Pág.

I.- Objetivo 7

II.- Finalidad 7

III.- Base Legal 7

IV.- Ámbito de aplicación 8

V.- Responsabilidad 8

VI.- Disposiciones 8

6.1 Disposiciones Generales 8

6.2 Disposiciones Específicas 9

6.3 Disposiciones Complementarias 13

VII.- Conceptos de Referencia 14

VIII.- Anexos 16

1. Características de los niveles de organización de las Unidades de Cuidado Crítico Cardiovascular.
2. Lineamientos de distribución de camas en la Unidad de Cuidado Crítico Cardiovascular.
3. Actividades de los profesionales de salud en la Unidad de Cuidado Crítico Cardiovascular.
4. Criterios de admisión a la Unidad de Cuidado Crítico Cardiovascular.
5. Formato de ingreso de pacientes a la Unidad de Cuidado Crítico Cardiovascular.
6. Consentimiento Informado para Cirugía u otros procedimientos.
7. Criterios de Alta de la Unidad de Cuidado Critico Cardiovascular.
8. Ambientes de la Unidad de Cuidado Critico Cardiovascular.
9. Documentos de Gestión en la Unidad de Cuidado Critico Cardiovascular
10. Recursos humanos en la Unidad de Cuidado Crítico Cardiovascular.
11. Requerimiento Mínimo de Equipos para la Unidad de Cuidado Crítico Cardiovascular
12. Procedimientos de diagnóstico y tratamiento en la Unidad de Cuidado Crítico cardiovascular.
13. Indicadores de la Unidad de Cuidado Crítico Cardiovascular e Intermedios
14. Procedimiento para las prestaciones asistenciales de Cuidado Critico Cardiovascular (Mejoría Clínica)
15. Procedimiento para las prestaciones asistenciales de Cuidado Critico Cardiovascular (Fallecimiento)

V°B° C.ESPARZA A. Sub Gerente

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD V°B° L. OLIVARES M. Gerente Central ESSALUD

DIRECTIVA N°01-GG-ESSALUD-2017

"NORMAS PARA LAS PRESTACIONES ASISTENCIALES DE CUIDADO CRITICO CARDIOVASCULAR DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD"

I.- OBJETIVO

Estandarizar los lineamientos de atención de pacientes críticos cardiovasculares mayores de 14 años en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) del III Nivel de atención del Seguro Social de Salud- ESSALUD.

II.- FINALIDAD

Garantizar la calidad y la oportunidad en la atención integral, racional y eficiente a los pacientes en estado crítico cardiovascular en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) del III Nivel de atención del Seguro Social de Salud– ESSALUD.

III.- BASE LEGAL

1. Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud -ESSALUD y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 002-99-TR y sus respectivas modificatorias.
2. Ley Nª 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo Nº 009-97-SA, modificado por el Decreto Supremo Nº 001-98-SA; Ampliatorias y Complementarias.
3. Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
4. Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N°008-2010-SA.
5. Resolución Ministerial N° 546-2011-MINSA aprueba la Norma Técnica N°021-MINSA / DGSP-V0.3 ¨Norma Técnica de Salud Categorías de Establecimiento del Sector Salud.
6. Resolución Ministerial N° 489-2005-MINSA aprueba la Norma Técnica N°031 MINSA / DGSP-V.01-¨ Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios".
7. Resolución de Presidencia Ejecutiva Nº 656-PE-ESSALUD-2014, que aprueba la nueva Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud- ESSALUD, cuyo Texto Actualizado y Concordado fue aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N°767-PE-ESSALUD-2015 y modificatorias.
8. Resolución de Gerencia General Nº 1517-GG-ESSALUD -2015 que aprueba la Directiva Nº 14-GG-ESSALUD-2015. "Normas para el Proceso de Referencia y Contrareferencia de ESSALUD".
9. Resolución de Gerencia General Nº 1471-GG-ESSALUD -2013 que aprueba la Directiva Nº 018-GG-ESSALUD-2012. "Definición, Características y Funciones Generales de los Establecimientos de Salud del Seguro Social-ESSALUD.
10. Resolución de Gerencia General N° 1261-GG-ESSALUD-2013, que aprueba la Directiva N° 013-GG-ESSALUD-2013 que dispone las "Normas para la Formulación, Aprobación y Actualización de Directivas en ESSALUD".

11. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud Nº 099-GCPS-ESSALUD-2014 "Manual de procedimientos asistenciales y administrativos de cuidados críticos en ESSALUD".
12. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud Nº 70-GCPS-ESSALUD-2016 "Normas para las prestaciones asistenciales en los Servicios de Cuidados Intensivos e intermedios del Seguros Social de Salud-ESSALUD".
13. Resolución de Gerencia General N° 867-GG-Essalud-2014, que modifica la Resolución de Gerencia General N° 995-GG-ESSALUD-2013 que aprobó el concepto denominado "Áreas Críticas".
14. Decreto Supremo N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
15. Resolución de Gerencia General N° 1514-GG-ESSALUD-2015, que aprueba "El Sistema Nacional de Cuidado Cardiovascular en el Seguro Social de Salud- ESSALUD".

IV.- AMBITO DE APLICACIÓN

La presente Norma es de aplicación obligatoria en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) del III nivel de atención.

V.- RESPONSABILIDAD

- Gerencia Central de Prestaciones de Salud
- Gerencia Central de Operaciones
- Director de Instituto Nacional Cardiovascular
- Gerentes Hospitales Nacionales
- Gerente Clínico/ Quirúrgico
- Jefe de Departamento y/o Servicio de Cardiología y/ o Cirugía Cardíaca / Cirugía Tórax Cardiovascular.
- Jefe Departamento y/o Servicio de Enfermería.

VI.- DISPOSICIONES

6.1. DISPOSICIONES GENERALES:

6.1.1 Los Gerentes o Directores de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) del III Nivel de atención implementan la directiva de forma progresiva en coordinación con la Gerencia Central de Operaciones (en la ejecución operativa de esta Norma) y con la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto (Disponibilidad presupuestal) según Anexo N°1.

6.1.2 El jefe de la Unidad de Cuidado Crítico Cardiovascular es el jefe del Servicio de Cardiología, quien puede designar a un Coordinador.

El coordinador de la Unidad de Cuidado Crítico Cardiovascular será un médico cardiólogo, con experiencia mínima en el campo de 5 años.

6.1.3 La Jefatura del Servicio de Cardiología o quien haga sus veces en la conducción de la Unidad, considerará el número y distribución de camas según lineamientos vigentes y nivel de complejidad (Anexo N° 2).

6.1.4 Para el funcionamiento de las Unidades se programan 24 horas, todos los días del año, en turnos de 12 horas.

Según demanda y excepcionalmente por necesidad del servicio, los turnos podrán extenderse hasta veinticuatro horas (según la Ley del Trabajo Médico).

6.1.5 Las actividades de los profesionales de salud en las Unidades de Cuidado Crítico Cardiovascular se detallan en el Anexo N°3.

6.1.6 La Unidad cuenta con un Programa Anual de Educación por Competencias, de acuerdo a las necesidades del Servicio y el Plan Anual de Capacitación.

6.2. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.2.1 De la Atención al Paciente:

6.2.1.1 Del Ingreso:

a) La Unidad de Cuidado Critico Cardiovascular (UCCCV) se define según niveles de organización y capacidad resolutiva (Anexo N° 1).
b) Los criterios de ingreso de pacientes específicos se establecen en el Anexo N°4, los que deben registrarse según el Formato del Anexo N°5.
c) El procedimiento en la Unidad es el siguiente:

- El médico cardiólogo de guardia de emergencia autoriza y coordina el ingreso de un paciente al servicio y/o unidad en coordinación con el cardiólogo de guardia de la Unidad; así mismo, determina las condiciones del traslado.
- El paciente es trasladado a la Unidad por el personal del servicio de procedencia, manteniendo las precauciones necesarias en concordancia con la indicación del médico cardiólogo.
- El equipo de la Unidad recibe al paciente.
- El personal del servicio de procedencia reporta sobre el diagnóstico y estado actual del paciente, entregará la historia clínica, los exámenes auxiliares y pertenencias personales al equipo de la Unidad el cual se documentará en un archivo de control.
- Se registran los datos del paciente en un archivo de control donde se consignan los datos personales como: domicilio, teléfonos de referencia y Documento Nacional de Identidad (DNI).

V°B° C. ESPARZA A. Sub Gerente

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD V°B° L. OLIVARES M. Gerente Central ESSALUD

6.2.1.2 Del Internamiento:

a) De la Atención Médica.

1. El médico cardiólogo de la Unidad realiza la evaluación médica y elabora un plan de trabajo para el paciente, realiza procedimientos médicos, evalúa resultados y mantiene evaluación continua del paciente durante las 24 horas.
2. Todas las evaluaciones, indicaciones y procedimientos deben ser registrados en la Historia Clínica, indicando fecha, hora, firma y sello del médico, de acuerdo a normativa vigente.
3. Ante la necesidad de un procedimiento, se debe contar con el Consentimiento Informado del paciente o familiar, según normatividad vigente. No se requiere el citado documento frente a situaciones de emergencia o de riesgo debidamente comprobado para la salud del paciente (Anexo N° 6)
4. Al final de la guardia, el médico saliente entrega el turno, al médico entrante, informa las condiciones de salud, los procedimientos pendientes, y conjuntamente se determina el plan de trabajo a seguir para los pacientes que permanecen en la Unidad.

5. Ante la falta de disponibilidad de camas en la Unidad para ingresar a un paciente crítico, la trasferencia o permuta a otra Unidad debe ser coordinada con el cardiólogo de guardia de la IPRESS de referencia.

b) De la Junta Médica

1. El médico de turno convoca junta médica en los casos que se requiera opinión conjunta con otros especialistas para la toma de decisiones en relación al diagnóstico y tratamiento. Se registra en la Historia Clínica: fecha, hora, participantes y conclusiones con registro de la firma correspondiente, según normativa vigente.
2. La Junta Médica es de carácter obligatorio para los profesionales convocados.

c) De la Información

1. El médico de turno informa al familiar responsable sobre el estado actual del paciente en el horario establecido por el servicio. La información incluye: evolución clínica, pronóstico y plan de trabajo. Se debe hacer la conformidad de la recepción del informe médico a través del registro de la firma en la Historia clínica.
2. El personal de enfermería entrega al familiar una cartilla informativa que consigne los Horarios de visita, informe médico y las reglas de ingreso y permanencia durante la visita de la familia; así como, el uso del pase de visita otorgado exclusivamente por el médico Jefe del Servicio.
3. Personal encargado procede a notificar y registrar las enfermedades cardiovasculares críticas que ingresan a las Unidades de Cuidado Critico Cardiovascular, considerando el código CIE 10.

6.2.1.3 Del Alta

a) El médico responsable es el que indica el alta del paciente de acuerdo a criterios médicos establecidos. (Anexo N° 07)
b) El médico responsable realizará la nota de salida de la Unidad para el lugar de destino.
c) La enfermera coordina, comunica y confirma la disponibilidad de cama en la unidad o servicio de destino.
d) El paciente y/o el familiar responsable serán informados sobre la transferencia a otra Unidad o Servicio por el médico tratante.
e) El traslado del paciente será realizado por el personal de la Unidad.
f) En el archivo de control debe constar la Unidad o Servicio de destino, fecha y hora, y nombre del personal de enfermería a cargo del traslado.
g) La enfermera de la Unidad reporta al personal que recibe al paciente las condiciones clínicas y hace entrega de la documentación clínica respectiva y bienes personales bajo responsabilidad.

6.2.1.4 Del Fallecimiento

a) En caso de fallecimiento del paciente, el médico responsable de turno informa al familiar y llena el informe y el Certificado de Defunción o el Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF).
b) En caso de requerir necropsia clínica, se informa sobre tal necesidad y se solicita la autorización al familiar responsable, consignando en la historia clínica la autorización o la negación de la misma.

c) En los casos médico legales, se solicita la necropsia de ley, que será realizada por el Ministerio Público; responsable de expedir el Certificado de Defunción correspondiente.
d) Paciente que llega sin signos vitales a la unidad procedente de otro servicio, será el Servicio que refiere el responsable de emitir el certificado de defunción correspondiente.

6.2.1.5 De la Referencia

a) La referencia de pacientes críticos cardiovasculares a una Unidad de mayor nivel de resolución se realiza para la atención de la patología y/o procedimientos especializados de diagnóstico y tratamiento según corresponda.
b) La referencia se hace con la coordinación y aceptación del médico cardiólogo de guardia del Centro Asistencial de destino debiendo coordinar el ingreso al hospital con el Jefe de la Guardia de Emergencia.
c) Excepcionalmente, se podrá hacer la referencia de un paciente dentro de un mismo nivel de capacidad resolutiva o igual categorización hospitalaria por no contar con una cama disponible en la Unidad.
d) El procedimiento de la referencia se realizará de acuerdo a lo establecido en el documento de "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrareferencia de los Establecimientos de ESSALUD".

6.2.1.6 De los Exámenes Auxiliares y procedimientos de Ayuda Diagnóstica

a) Los Servicios de Patología Clínica, Diagnóstico por Imágenes, Farmacia y Banco de Sangre deben brindar apoyo de forma prioritaria a las Unidades, las 24 horas del día.
b) Los exámenes auxiliares son tramitados de forma inmediata registrándose la fecha, hora, tipo de examen y el nombre de la persona que los recibe en laboratorio para su atención.
c) En las IPRESS que cuenten con sistemas conectados de intranet u otro con los Servicios de Patología Clínica, Diagnóstico por Imágenes, Farmacia y Banco de sangre podrán solicitar las órdenes en forma directa por el sistema u otro dispositivo según norma.
d) La enfermera de la Unidad realiza la coordinación con el personal de los Servicios de Ayuda Diagnóstica y tratamiento previo al traslado del paciente.
e) El traslado del paciente dentro del establecimiento es responsabilidad del equipo de la Unidad, el mismo que define la necesidad de la participación de un médico durante el traslado y realización del examen.

6.2.1.7 Medios de Comunicación

a) La comunicación entre las Unidades para la coordinación de la referencia y el manejo de información debe realizarse a través de los medios institucionales que estén disponibles.
b) Debe establecerse una red de comunicación directa entre las Unidades para facilitar la referencia (aplicaciones de comunicación abierta mediante; celulares, tablets, entre otros).
c) El monitoreo diario de los pacientes en la Unidad de Cuidado Crítico Cardiovascular será informatizado de manera progresiva.
d) La Unidad cuenta con una base de datos electrónica estandarizada.

6.2.1. 8 De la infraestructura

a) Los responsables de la Unidad de Cuidado Crítico Cardiovascular funcionantes, adecuan al máximo la estructura actual considerando las especificaciones según los niveles de organización (Anexo N°1)

b) Sobre la Unidad de Cuidado Crítico Cardiovascular e Intermedio:

a. La Unidad debe estar ubicada preferentemente próxima a Emergencia, Centro Quirúrgico, Laboratorio e Imágenes, en una zona aislada acústicamente de ruidos y circulación del público.
b. Disponer de ambientes con luz natural, iluminación general e individual graduable en intensidad, oxigeno empotrado, aspiración empotrada y aire comprimido con doble salida para cada cama, sistema de tomacorriente (12 x cama), enchufes de alto amperaje (2 x cama) y recirculación de aire, puertas amplias para el acceso a las habitaciones y el tránsito de camas y equipos.
c. La Unidad debe tener los ambientes contemplados en el anexo N° 9
d. Las Unidades son construidas como un sector independiente dentro de un hospital.
e. El estándar deseado en la Unidad es un módulo por paciente.
f. Un ambiente para aislamiento de pacientes, por cada 4 camas en Unidad de Cuidado Critico u 8 camas en Intermedios, las que deberán contar con sistema de recirculación de aire propio y lavabos de mano.
g. Los ambientes destinados al aislamiento de pacientes se adecuarán a la infraestructura existente.
h. La estación de enfermería cuenta con un acceso fácil y rápido a fin de observar a todos los pacientes y tener central de telemetría para monitorizar a todos los pacientes, está equipada y situada en una posición central, que permita condiciones de trabajo óptimo. Cuenta, de ser posible, con ambiente amplio para procedimientos invasivos y equipos necesarios para iniciar el tratamiento de un caso complicado (p. ej.: monitores, ventilador, dispositivo de asistencia).
i. El fluido eléctrico cuenta con alimentación de emergencia continuo.
j. La iluminación debe ser intensa pero indirecta facilitando el ingreso de la luz natural.
k. Una lámpara para procedimientos debe estar en la cabecera de cada cama de paciente.
l. Una fuente de agua y drenaje para diálisis debiera establecerse en algunas habitaciones, de acuerdo a necesidad.
m. acceso directo a la Unidad para las ambulancias, de ser posible para que, en casos apropiados, el paciente sea directamente admitido a la unidad.
n. Otras áreas a ser incluidas son:

- Ambiente para el personal (médico, entrevista con familiares, enfermera jefa y medico jefe)
- Habitación médica de guardia
- Sala de espera
- Laboratorio para pruebas rápidas (cuando sea necesario, especialmente cuando se espere demora en los resultados del laboratorio central)
- Ambientes para el almacenamiento de equipos, material médico y ropa.

Se deben enfatizar los conceptos de Bioseguridad e indicar la rigidez del acceso.

Las áreas de la Unidad cuentan con las siguientes zonas de trabajo:

V°B° C. ESPARZA A. Sub Gerente ESSALUD

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD V°B° L. OLIVARES M. Gerente Central -ESSALUD-

- ❖ **Zona Negra: Administrativa,** (Jefatura Médica/Coordinación de Enfermería), facilidades para uso de tecnología informática, sala de espera, área para información a familiares, opcional sala de reuniones, dentro de los ambientes del servicio.

- ❖ **Zona Gris: Apoyo al personal**, Vestuario con duchas y servicios higiénicos para el personal, servicios higiénicos para el público. Área de trabajo limpio, sucio, área para depósitos de ropa limpia y sucia, área de depósito y eliminación de residuos sólidos, área de eliminación de excretas o cuarto séptico.

- ❖ **Zona Blanca: Asistencial**, para tratamiento de pacientes, diseño modular abierto con visión directa desde la central; Entre 6 y 10 camas, incluirá cubículo para paciente aislado. Área por cama: 15 m^2 mínimo, con un ancho de 4,5 metros y una profundidad de 3.35 metros y separadores entre camas, tópico de enfermería, depósitos de equipos e instrumental, stock de medicamentos e insumos.

c) Sobre el equipamiento médico:
El equipamiento médico que se requerirá contemplará la normatividad vigente en ESSALUD y/o disposición sectorial y/o internacional, de manera progresiva y se considera como mínimo el equipamiento biomédico del Anexo N°11.

V°B° C.ESPARZA A. Sub Gerente

6.2.1.9 De los documentos de gestión administrativos y asistenciales

La jefatura de la Unidad de Cuidado Crítico Cardiovascular cuenta con documentos de gestión administrativos y asistenciales (Anexo 9).

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD V°B° L. OLIVARES M. Gerente Central ESSALUD

VII.- DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

7.1 La presente Directiva tiene alcance a los servicios de Cardiología de los Hospitales que al momento de su aprobación cuenten con Unidad de Cuidado Crítico Cardiovascular, las mismas que deberán solicitar su reconocimiento al Órgano Responsable en el plazo de un año.

7.2 En las Unidades ya implementadas o conformadas, las especificaciones estructurales se deberán adecuar al máximo dentro de la infraestructura ya existente.

7.3 El incumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente Directiva por parte de los Funcionarios, Jefes de Departamento, Jefes de Servicio, trabajadores profesionales y no profesionales de la salud, constituye falta de carácter disciplinario y es sancionado según normatividad legal y/o institucional vigente.

7.4 El numeral.7.1 entrará en vigencia en un plazo de noventa (90) días hábiles, posteriores a la publicación de la presente Directiva, correspondiendo a la Oficina de Relaciones Institucionales su difusión.

7.5 El periodo de actualización de esta Directiva es cada tres años.

VIII.- CONCEPTOS DE REFERENCIA

a) **Capacidad Resolutiva**.
Capacidad operativa de atención de un Centro Asistencial cuyo nivel de atención y tipo de categoría depende directamente de los niveles de complejidad y a características que permitan responder a las necesidades de salud de la población que atiende, el cual debe tener una relación directa con el nivel de infraestructura, tecnología del equipamiento, capacitación y competencia de los Recursos Humanos.

b) **Continuidad de la atención.**
Proceso por el cual se da la prestación de salud al paciente en estado crítico desde el momento, en el sitio y contexto en el que inicia la condición de crítico, hasta el momento en que sale de dicho estado.

c) **Departamento y/o Servicio de Cardiología y/o Cirugía Cardíaca / Cirugía Tórax Cardiovascular.**
Es una unidad orgánica gestora, encargada de liderar, normar y dirigir la atención hospitalaria de los pacientes en estado crítico cardiovascular a fin de mejorar procesos de atención y resolución de la demanda para los Hospitales Nacionales e Institutos.

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

Aquel cuya supervivencia está en peligro o puede llegar a estarlo, debido a cualquier proceso patológico que haya incidido sobre su nivel o estado de salud y para cuyo tratamiento se precisa un nivel de asistencia que no puede conseguirse en una unidad convencional de hospitalización (Organización Panamericana de Salud).

e) **Paciente estabilizado o compensado.**
Paciente crítico cardiovascular en el cual el peligro inmediato de pérdida de vida ha sido superado; presentando y manteniendo parámetros de funciones vitales aceptables producto de la terapia instalada que puede ser trasladado a una Unidad de Cuidados Intermedios Cardiovasculares o Unidad General de Cardiología/Cirugía Cardiaca.

f) **Paciente Crítico Cardiovascular.**
Paciente con inestabilidad del sistema cardiovascular en riesgo de perder la vida o sufrir deterioro importante de la calidad de vida, configurando un estado de gravedad persistente que requiere monitorización, vigilancia, soporte y / o manejo invasivo inmediato y continuo. Se considera a los pacientes con patologías cardiológicas agudas o crónicas descompensadas o post operados cardiovasculares.

g) **Servicio Tratante.**
El Servicio tratante será aquel que, siendo competente para manejar el problema del paciente, conduce el diagnóstico y tratamiento. Esto está relacionado a los criterios de admisión (Anexo N° 01).

Cuando el paciente es trasladado a otro Servicio o Unidad, el servicio de destino es el que asume su tratamiento médico o quirúrgico.

h) Unidad Funcional.
Es una Unidad diferenciada con funciones y actividades creadas con un objetivo específico sin infraestructura propia, que requieren soluciones prioritarias de acuerdo al nivel resolutivo hospitalario, sin recursos humanos propios, ni tiempo perentorio.

i) **Unidad de Cuidado Critico Cardiovascular.**
Es una organización funcional que engloba a las Unidades de Cuidado Crítico Cardiovascular, cuya presencia se ajusta a los niveles de organización. Brinda atención al paciente crítico cardiovascular que requiera monitoreo y tratamientos invasivos.

j) Unidad de Cuidados Intermedios Cardiovasculares (UCINCV).
Es una unidad funcional, que trabaja de manera coordinada con la Unidad de Cuidado Crítico Cardiovascular brindando atención al paciente crítico cardiovascular que no requiera monitoreo ni tratamiento predominantemente invasivo, pero cuyo estado aún reviste gravedad. Proporciona atención que no puede ser brindada en las Unidades de Hospitalización común, pero que no justifica su admisión o continuidad en las UCCC; para consolidar el manejo posterior al egreso de cuidados críticos cardiovasculares.

IX. ANEXOS

ANEXO N° 1: CARACTERISTICAS DE LOS NIVELES DE ORGANIZACION DE LAS UNIDADES DE CUIDADO CRÍTICO CARDIOVASCULAR

Instituto Nacional Cardiovascular

a) Dirigida por coordinador y/o directamente por el jefe del servicio de cardiología clínica. Debe ser un cardiólogo y contar con una experiencia mínima en el campo de 5 años y de ser posible reconocimiento universitario de la subespecialidad.
b) Cuenta con capacidad de monitoreo invasivo y no invasivo, telemetría, maneja catéter en arteria pulmonar, cuenta con ecocardiógrafo con capacidad de ecocardiografía transesofágica a demanda 24/7.
c) Cuenta con consola de balón de contrapulsación intraaórtica, máquina de oxigenación de membrana extracorpórea (ECMO) y/u otros dispositivos de asistencia ventricular, ventiladores mecánicos, protocolos de manejo de temperatura o dispositivos para conseguirla; hemodiálisis o facilidad para establecer una terapia de reemplazo renal sin necesidad de transferir al paciente.
d) Cardiología intervencionista y/o cirugía cardiaca 24/7.
e) Cardiólogos con entrenamiento en cuidados críticos cardiovasculares 24/7, con experiencia mínima de 5 años (incluye el residentado) y de ser posible, reconocimiento universitario de la subespecialidad.
f) Existe una coordinadora de enfermería; con especialidad en el área cardiovascular y experiencia mínima de 5 años. La relación enfermera: paciente puede ser 1:1 o 1:2 dependiendo de las condiciones del paciente y de los dispositivos que lo asisten. Las licenciadas de enfermería cuentan con reconocimiento universitario en el área cardiovascular.
g) Cuenta con Residentes de cardiología y /o cirugía cardiaca. Cardiólogos y/ cirujanos cardiovasculares registrados pueden realizar pasantías con una duración mínima de 3 meses.
h) Realiza investigación activamente.
i) Mantiene registros de pacientes por patologías de forma obligatoria.

Puede incluir pacientes post operados de cirugía cardiovascular en caso sea necesario.

Hospital de Referencia Nacional

a) Dirigida por un coordinador y/o directamente por el jefe del servicio de Cardiología. Debe ser un cardiólogo con experiencia mínima en el campo de 5 años y de ser posible reconocimiento universitario de la subespecialidad.
b) Cuenta con capacidad de monitoreo invasivo y no invasivo, maneja catéter en arteria pulmonar, cuenta con ecocardiógrafo.
c) Cuenta con consola de balón de contrapulsación intraaórtica, máquina de oxigenación de membrana externa extracorpórea (ECMO), o facilidad para contar con ella ventiladores mecánicos o facilidad para contar con ellos, protocolos de manejo de temperatura o dispositivos para conseguirla; hemodiálisis o facilidad para establecer una terapia de reemplazo renal sin necesidad de transferir al paciente.
d) Facilidad para cardiología intervencionista y/o cirugía cardiaca 24/7 o facilidades para transferir.
e) Cardiólogos especializados en cuidados críticos 24/7, con experiencia mínima de 5 años y de ser posible reconocimiento universitario de la subespecialidad.
f) Existe una coordinadora de enfermería; con especialidad en el área cardiovascular y experiencia mínima de 5 años. La relación enfermera: paciente puede ser 1:1 o 1:2 dependiendo de las condiciones del paciente y de los dispositivos que lo asisten.

Las licenciadas de enfermería cuentan con reconocimiento universitario en el área cardiovascular.

g) Cuenta con Residentes de cardiología y /o cirugía cardiaca. Cardiólogos registrados pueden realizar pasantías con una duración mínima de 3 meses.
h) Realiza investigación activamente.
i) Mantiene registros de pacientes por patologías de forma obligatoria.
j) Puede incluir pacientes post operados de cirugía cardiovascular, pero se sugiere que ambas unidades sean independientes y con la misma tecnología y recursos

ANEXO N° 2: LINEAMIENTOS DE DISTRIBUCION DE CAMAS EN LAS UNIDADES DE CUIDADO CRITICO CARDIOVASCULAR

En la Unidad de Cuidado Crítico Cardiovascular:

El número de camas en la UCCCV debe adaptarse al tamaño de la población de referencia y la carga de trabajo del hospital; esto puede evaluarse de diversas maneras, siendo la más simple el número de visitas a la sala de emergencia del hospital.

En la Unidad de Cuidados Cardiovascular intermedio:

La relación deseada de número de camas de UCCCV y UCINCV es de 1:3

Las camas de la UCCCV tienen que permitir movimiento vertical, con la posibilidad de subir y bajar la posición de la cabeza y piernas. Es importante asegurar que se puedan tomar radiografías en la cama del paciente. Las camas deben estar acondicionadas para realizar masaje cardiaco, asimismo, colchones para prevención de escaras deben estar disponibles para los pacientes.

Cada ambiente del paciente debe estar equipado con oxígeno, succión y salida de aire comprimido. Es deseable disponer de un ambiente de aislamiento para pacientes con enfermedades infectas contagiosas o inmunosuprimidos

ANEXO N° 3: PERFIL DE ACTIVIDADES DE LOS PROFESIONALES DE SALUD EN LAS UNIDADES DE CUIDADO CRÍTICO CARDIOVASCULAR

MÉDICOS

Un médico por cada 6 pacientes en horas de trabajo regular, a parte del jefe de la Unidad. El jefe de la unidad es cardiólogo, con entrenamiento en cuidado crítico cardiovascular y de ser posible acreditación en la sub especialidad.

El cardiólogo a cargo de la UCCCV es experto en el tratamiento de situaciones cardiacas agudas, incluyendo trastornos isquémicos, hemodinámicos y del ritmo. Asimismo, debe tener experticia en el manejo de reperfusión coronaria y en la inserción de tubos endotraqueales, catéteres de arteria pulmonar, catéteres de marcapaso temporal y de balón intraaortico de contrapulsación. Además, debe ser capaz de realizar un estudio de ecocardiografía transtorácica y transesofágica y finalmente, tener entrenamiento adicional en cuidado intensivo general, enfocado principalmente en soporte ventilatorio invasivo y no invasivo y terapia de reemplazo renal (diálisis).

Para las Unidades de Post Operados los encargados pueden ser: cirujanos cardiovasculares, cardiólogos, anestesiólogos cardiovasculares e intensivistas con experiencia en cuidado post operatorio cardiovascular.

Actividades de los Médicos de la UCCCV

El médico realiza la evaluación clínica del paciente, los procedimientos e indica el tratamiento según los protocolos y guías de práctica clínica estandarizadas.

ENFERMERAS

Licenciada con especialización en cuidado critico cardiovasculares y afines, con experiencia en el manejo de enfermería en pacientes críticos y en administración médica, asimismo, es capaz de conducir la actividad rutinaria de enfermería, involucrarse en el entrenamiento del personal de la unidad y tomar parte activa en las actividades de investigación.

La enfermera tiene familiaridad y conocimiento de las patologías típicas en la unidad, incluyendo las prácticas de diagnóstico y tratamiento. Domina electrocardiografía básica y es capaz de identificar arritmias comunes. Conoce el sistema de monitoreo de la unidad y mantiene el funcionamiento de otros equipos como: ventiladores, consolas de BIAC y máquinas de hemofiltración. Responde con prontitud y propiedad a las diversas alarmas iniciadas por los monitores u otros equipos e iniciar y mantener su funcionamiento adecuado. Es capaz de iniciar y asistir la RCP y manejar tratamiento de acuerdo a protocolos (p. ej.: control de glucosa y anticoagulante).

El número de enfermeras es por lo menos 2.8 por cama para cubrir los 3 turnos diarios, es decir una enfermera por cada 2 camas durante el día y noche, la relación paciente/enfermera debe ser 1:1 en el postoperatorio inmediato y en pacientes con dispositivos de asistencia ventricular.

Es parte de un programa de educación continua estructurado.

Actividades de Enfermería

El personal de enfermería brinda atención continua al paciente según su competencia, comunicando oportunamente al médico cardiólogo los hallazgos encontrados, las alteraciones presentadas y las acciones ejecutadas.
Administra los medicamentos prescritos por el médico.
Los exámenes auxiliares de emergencia (gases arteriales, hemoglobina, electrolitos, otros) deberán ser coordinados con las áreas correspondientes.
Realiza cuidados y procedimientos de enfermería.
Brinda apoyo a los médicos en la realización de los procedimientos.
Es responsable de la supervisión de la limpieza, desinfección y cuidado de los equipos de la UCCCV.

EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO CARDIOVASCULAR:

Las actividades que realiza el personal asistencial corresponde a los realizados en la Unidad de Cuidados Intermedios estandarizados.
Coordinador Cardiólogo con RNE
Por las primeras 12 camas: Un médico por cada 6 camas
Si > 12 camas: Un médico por cada 8 camas

Enfermeras: La relación es de una enfermera por cada 4 camas

Técnico de Enfermería: con título de acuerdo a disposiciones vigentes, experiencia no menor de 12 meses en hospitalización y con capacitación.

ANEXO 4: CRITERIOS DE ADMISION A LAS UNIDADES DE CUIDADO CRITICO CARDIOVASCULAR

Criterios Generales:

La decisión de admitir un paciente a la Unidad de Cuidado Crítico Cardiovascular debe ser tomada por el médico cardiólogo de guardia, en coordinación con el médico de turno en la Unidad, en caso de desacuerdo la decisión deberá ser tomada a nivel de jefe de unidad.

Criterios de Admisión a la Unidad de Cuidado Crítico Cardiovascular:

1. Paciente con diagnóstico de Síndrome Coronario (SCA) con ST Elevado, de menos de 24 horas de evolución.
2. Pacientes con Síndrome Coronario ST no elevado de riesgo alto y muy alto (por ejemplo: dolor persistente y/o troponina elevada, arritmias ventriculares complejas).
3. Pacientes post intervencionismo coronario que requieren monitoreo.
4. Pacientes con SCA STE de más de 24 horas de inicio de síntomas con complicaciones o pacientes inestables de alto riesgo (con dolor torácico o falla cardiaca que requiere de terapia Intra Venoso o monitoreo o soporte hemodinámico, arritmia cardiaca severa y trastornos de la conducción).
5. Pacientes con falla cardiaca avanzada INTERMACS 1-3.
6. shock cardiogénico
7. Pacientes con arritmia ventricular maligna (tormenta eléctrica), incluyendo a los pacientes post-RCP con alguna patología cardiaca de fondo, arritmia supraventricular con compromiso hemodinámico o disfunción ventricular izquierda.
8. Pacientes con falla cardiaca aguda y/o agudamente descompensada con requerimiento continuo o frecuente de terapia IV y monitoreo hemodinámico.
9. Pacientes con edema pulmonar sea de tipo cardiogénico no resuelto por la terapia inicial
10. Pacientes que requieren monitoreo hemodinámico para evaluación de la terapia (enfermedad cardiovascular aguda).
11. Pacientes con trastornos de la conducción severos, sintomáticos.
12. Pacientes con dispositivo de asistencia ventricular.
13. Trasplante cardiaco con una condición aguda de riesgo (por ejemplo: infección, severa, deterioro hemodinámico, alteración hidroelectrolítica, sospecha de rechazo, etc.).
14. Pacientes con embolismo pulmonar masivo.
15. Pacientes post operado de cirugía cardíaca.
16. Taponamiento Cardiaco
17. Síndromes Aórticos

Duración recomendada para la estancia en UCCCV:

- Pacientes con SCA, la estancia en la Unidad debe ser 2-4 días, dependiendo de la presentación clínica individual.
- Los pacientes con SCA inestable con cambios dinámicos del ST y troponina elevada deben permanecer en la UCCCV hasta 24 horas después del último episodio isquémico (en espera de tratamiento invasivo o no invasivo, de acuerdo a las guías).
- Pacientes con SCA de alto riesgo post intervencionismo (especialmente con terapia anticoagulante y/o antiagregante) deben permanecer en la Unidad hasta su estabilización.

- En pacientes con comorbilidades, especialmente aquellos que necesiten soporte respiratorio, hemodinámico o renal, debe planearse una estancia prolongada hasta su recuperación. Aquí se considera que los pacientes cuya patología cardiaca ya se resolvió peor que requieren soporte respiratorio, hemodinámico o renal, debe continuar tratamiento en una unidad crítica general.

Una vez estabilizados, los pacientes deben ser transferidos de la UCCCV a la unidad de cuidado intermedio CV o la hospitalización, de acuerdo a los criterios definidos.

Criterios de Admisión a la Unidad de Cuidados Intermedios Cardiovasculares:

La decisión de admitir un paciente a la UCINCV queda a la discreción del médico cardiólogo de acuerdo a la política institucional. Se recomienda considerar las siguientes condiciones:

1. Pacientes con SCA de riesgo intermedio.
2. Pacientes post IMA no complicado pasadas las 48 horas de evolución.
3. Pacientes recuperándose de una falla cardiaca aguda que no necesiten de monitorización invasiva.
4. Pacientes con falla cardiaca que requieran un ajuste terapéutico.
5. Pacientes estables posterior a alguna investigación especial o intervención (por ejemplo, estudio electrofisiológico, cateterismo cardiaco, implantación de marcapaso o dispositivos, etc.).
6. Pacientes estables admitidos para evaluación y manejo de arritmia manifiesta o sospechada (palpitaciones, sincope, FA, etc.).

V°B° C.E. PARRA A. Jefe Gerente Essalud

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD V°B° L. OLIVARES M. Gerente Central ESSALUD

ANEXO N° 5: FORMATO DE INGRESO DE PACIENTES A LA UNIDAD DE CUIDADO CRITICO CARDIOVASCULAR

Marcar con un aspa, el(los) criterio(s) de ingreso del paciente:

Síndrome Coronario (SCA) con ST Elevado, de menos de 24 hrs de evolución.		Edema pulmonar no resuelto por la terapia inicial, independientemente de la condición de fondo.	
Síndrome Coronario ST no elevado de riesgo alto y muy alto (por ejemplo: dolor persistente y/o troponina elevada, arritmias ventriculares complejas).		Monitoreo hemodinámico para evaluación de la terapia.	
Post intervencionismo coronario que requieren monitoreo.		Trastornos de la conducción severos, sintomáticos.	
SCA STE de más de 24 hs de inicio de síntomas con complicaciones o pacientes inestables de alto riesgo (con dolor torácico o falla cardiaca que requiere de terapia Intra Venoso o monitoreo o soporte hemodinámico, arritmia cardiaca severa y trastornos de la conducción).		Pacientes con dispositivo de asistencia ventricular.	
Falla cardiaca avanzada INTERMACS 1-3,		Trasplante cardiaco con una condición aguda de riesgo (por ejemplo: infección, severa, deterioro hemodinámico, alteración hidroelectrolítica, sospecha de rechazo, etc.)	
Shock cardiogénico		Embolismo pulmonar masivo.	
Arritmia ventricular maligna (tormenta eléctrica), incluyendo a los pacientes post-RCP, arritmia supraventricular con compromiso hemodinámico o disfunción ventricular izquierda.		Post operado de cirugía cardíaca.	
Falla cardiaca aguda y/o agudamente descompensada con requerimiento continuo o frecuente de terapia IV y monitoreo hemodinámico.		Taponamiento Cardiaco	
Síndromes Aórticos		Otro diagnóstico (especifique): _____	

V°B° C. ESPARZA A. Dpto. Gerencia ESSALUD

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD V°B° L. OLIVARES M. Gerente Central ESSALUD

ANEXO N° 6: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA U OTROS PROCEDIMIENTOS MEDICOS

RED:.....IPRESS: .....Acto Medico: ..... Fecha.....

Yo.....; identificado(a) con DNI/Pasaporte/Carne de las FFAA/Carne de Extranjeria N°.....,en mi condición de paciente (Padre, Madre, Representante Legal del(de la) paciente).....con Historia Clínica N°.....autorizo al(los médicos (s): Dr.(a).....a practicar el procedimiento siguiente:.....
Que consiste en :.....

Habiendo sido informado y recibido explicación de lo siguiente:

1. Sobre la naturaleza, el propósito los riesgo o consecuencias potenciales razonablemente previsibles del procedimiento médico quirúrgico propuesto y otros que, excepcionalmente puedan presentarse y están relacionados al procedimiento.
2. También se me ha explicado de las ventajas y beneficios razonablemente previsibles que voy a obtener, respecto al tratamiento de mi enfermedad y de las posibles consecuencias, de no recibir ningún tratamiento.
3. También Yo entiendo que, en adicción a los riesgos particulares de este procedimiento médico quirúrgico hay riesgos inherentes a mi persona por someterme a cualquier procedimiento médico quirúrgico como: arresto cardiaco, daño cerebral o nervioso, problemas respiratorios, problemas de arterias y venas. reacción adversa a drogas y/o medicamentos, dolor e incomodidad; o improvistos de otra naturaleza.
4. También he realizado las preguntas que considere necesarias, todas las cuales han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables.
5. También entiendo que, durante el curso del presente procedimiento médico-quirúrgico, pueden concurrir condiciones inesperadas y que a juicio del (de los) medico(s), debería realizarse una extensión o modificación al procedimiento inicialmente programado o diferente al arriba recomendado. En merito a ello, autorizo no retardar o detener el (los) procedimiento (s) complementario(S) para obtener un nuevo consentimiento adicional.
6. **Transfusiones:** No se puede descartar de antemano que en el transcurso de la intervención programada surja la necesidad de una transfusión sanguínea, que, en todo caso, se realizaría con las garantías debidas y por el personal facultativo cualificado para ello.
7. Finalmente autorizo que durante el procedimiento al cual soy sometido(a), según sea el caso, se puedan utilizar técnicas o instrumentos que garanticen evidencia científica y pedagógica; porque también entiendo que los hospitales de ESSALUD como este, según nivel de atención, son Instituciones Docentes que trabajan con personal de salud en formación, capacitación y entrenamiento.

En forma voluntaria y en pleno uso de mis facultades mentales, físicas y de entendimiento, libre de coerción o alguna otra influencia indebida y debiendo sido debidamente informado sobre el procedimiento médico quirúrgico que seré(a) sometido(a) mi representado(a); he procedido a suscribir de puño y letra las 06 (seis) declaraciones arriba descriptas, por lo firmo el presente Consentimiento Informado.

Fecha: día....., mes: .....año:.....Hora:.....AM/PM

.....
Firma del paciente/Padre, Madre/ Responsable legal

DNI/Pasaporte/Carne FFAA/Carne de extranjería N° ..... : que autoriza el procedimiento médico-quirúrgico:.....
Observaciones:.....

CONSENTIMIENTO OTORGADO

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

Fecha: día:.....mes;.....,año:.....Hora.....AM/PM

V°B°
C.E. PARZIALA
Sub Gerente

.....
Firma y sello del médico tratante:
Dr.....
N° de DNI.....N° CMP.....N° RNE.....

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
V°B°
L. OLIVARES M.
Gerente Central
ESSALUD

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

Fecha: día:.....mes;.....,año:.....Hora.....AM/PM

Firma y Post Firma.....

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

ANEXO N° 7: CRITERIOS DE ALTA DE LAS UNIDADES DE CUIDADO CRITICO CARDIOVASCULAR

Criterios de Alta en la Unidad de Cuidados Críticos Cardiovasculares:

a) Cuando el estado fisiológico ha sido estabilizado y no requiere monitoreo y terapia intensiva en la Unidad.

Criterios de Alta en la Unidad de Cuidados Cardiovasculares Intermedios:

a) Paciente con patología cardiaca estabilizada.

b) Paciente pos- procedimiento invasivo no complicado.

c) Paciente con indicación de seguimiento ambulatorio.

ANEXO N° 8: AMBIENTES DE LAS UNIDADES DE CUIDADO CRÍTICO CARDIOVASCULAR

Las Unidades de Cuidado Crítico Cardiovascular e Intermedios deben tener los siguientes ambientes.

1. Acceso
2. Recepción y control
3. Oficina de coordinación
4. Sala de espera y baños públicos
5. Estacionamiento de camillas y sillas de ruedas
6. Vestidor para visitantes
7. Módulo de hospitalización
8. Habitación de aislados
9. Estación de enfermería
10. Lavado de urinarios
11. área Trabajo sucio
12. área Trabajo limpio
13. Baño vestir enfermeras
14. Tópico de medicamentos
15. Depósito de ropa limpia
16. Depósito de ropa sucia
17. Ambiente para equipos
18. baño de personal hombres y mujeres
19. Descanso enfermeras de turno
20. Descanso medico de turno

Observación 1: La Unidad de Cuidados Intermedios Cardiovasculares depende funcionalmente de Hospitalización y son para monitoreo no invasivo.
Observación 2: La Unidad de Observación/Emergencia depende funcionalmente de Emergencia

ANEXO N° 9: DOCUMENTOS DE GESTION EN LAS UNIDADES DE CUIDADO CRÍTICO CARDIOVASCULAR

Las Unidades cuentan con los siguientes documentos de gestión:

- Manual de Perfiles de puestos
- Manual de procesos técnicos y administrativos.
- Criterios de admisión de enfermos u gestión de camas.
- Manual de Derechos y Deberes de los enfermos.
- Guías de prácticas clínicas de los daños más frecuentes.
- Guías de los procedimientos más frecuentes.
- Registro de Indicadores de producción, eficiencia y calidad.
- Registro Epidemiológico.
- Registro de Ocurrencias y complicaciones.
- Guías de Cuidados de enfermería de los daños.
- Manual de Procedimientos de Enfermería

ANEXO N° 10: RECURSOS HUMANOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADO CRITICO CARDIOVASCULAR

EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRITICOS CARDIOVASCULARES:

N°	RRHH	CRITERIOS	CANTIDAD
	MÉDICO	Cardiólogo especializado en cuidados críticos 24/7, con experiencia mínima de 5 años, de ser posible reconocimiento universitario de la Subespecialidad. Para las UCCCV II	**1 x 04 pacientes** **1 x 06 pacientes**
1		**Unidades de Post Operados** : cirujanos cardiovasculares, cardiólogos, anestesiólogos cardiovasculares e intensivistas con experiencia en cuidado post operatorio cardiovascular	**1x 2 pacientes con soportes circulatorios ECMO** **1 x 4 pacientes**
2	ENFERMERA	Enfermero (a) con especialidad en Enfermería Cardiológica / Cirugía Cardiovascular / Perfusión Extracorpórea / Cirugía cardíaca y Vascular, Certificado con título Universitario Experiencia mínima 3 años	**1 x 01-02 pacientes**
3	TÉCNICO	Con título de Técnico de enfermería, con experiencia en hospitalización Mínimo de 6 meses.	**1 x 03**
4	TERAPISTA RESPIRATORIO	Con título certificado, con experiencia en Cuidados Intensivo	**1 x 6 camas 24/7.**
5	NUTRICIONISTA	Certificado con Título Universitario.	**1x Turno diurno (*)**
6	PSICOLOGO	Certificado con Título Universitario.	**1 x servicio**

EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CARDIOVASCULARES INTERMEDIOS:

N°	RRHH	CRITERIOS	CANTIDAD
1	MÉDICO	Cardiólogo con experiencia en cuidados críticos mínima de 3 años.	**1 x 6-8 pacientes**
2	ENFERMERA	Enfermera con especialidad en Enfermería Cardiológica / Cirugía Cardiovascular Experiencia mínima 1 año	**1x 04 pacientes**
3	TÉCNICO	Con título de Técnico de enfermería, con experiencia en hospitalización Mínimo de 6 meses	**1x 04 cama UCIN por guardia**
4	TERAPISTA RESPIRATORIO	Con título certificado (*), con experiencia en Cuidados Intensivo	
5	NUTRICIONISTA	Certificado con Título Universitario.	**1x Turno diurno (*)**
6	PSICOLOGO	Certificado con Título Universitario.	**1x Turno diurno (*)**

ANEXO N° 11: REQUERIMIENTO MINIMO DE EQUIPOS PARA LA UNIDAD DE CUIDADO CRÍTICO CARDIOVASCULAR

CODIGO	COD.ANT.	GRUPO ART.	DENOMINACION COMPLETA	CATEGORIA DE EQUIPO
40030006	501002214	4003	Aspirador de secreción portátil de 5 litros de capacidad	Otros
			Balón intraortico	
70010003	640050420	7001	Cama camilla Con tres manivelas (tipo striker)	Mobiliario clínico
40090077	501002736	4009	Central de monitoreo con 10 monitores	Monitoreo de bioseñales
70010132			Carro metálico para transporte de material estéril	
70010042	501500218	7001	Coche de paro	Mobiliario clínico
160020026			Colchón anti escaras	Ropa hospitalaria
100080003	190050018	10008	Compresor	Equipamiento electromecánico
40010039	501002752	4001	Ecógrafo doppler color	Diagnóstico por imágenes
40090016	501000728	4009	Electrocardiógrafo 3 canales	Monitoreo de bioseñales
40010073		4001	Doppler vascular portátil	Diagnóstico por imágenes
40110118	C1018-IET	4011	Laringoscopio Adulto	Equipamiento medico
40110030	501002550	4011	Laringoscopio de fibra óptica adulto	Equipamiento medico
40090086	501002930	4009	Marcapaso externo bicameral	Monitoreo de bioseñales
			Marcapaso externo unicameral	
40030171	C-1275IET	4003	Blender o mezclador aire oxigeno	Soporte de vida
40090061	501002610	4009	Monitor de funciones vitales de 5 parámetros	Monitoreo de bioseñales
40090063	501002606	4009	Monitor de funciones vitales de 6 parámetros	Monitoreo de bioseñales
40090102		4009	Monitor de funciones vitales de 8 parámetros	Monitoreo de bioseñales
40090077	501002736	4009	Central de monitoreo con 10 monitores	Monitoreo de bioseñales
60020513		6002	Monitor LCD 19"	Equipo de comunicaciones
40030071	501001350	4003	Pulsioximetro	Monitoreo de bioseñales
40030090	501002386	4003	Ventilador volumétrico adulto-pediátrico	Soporte de vida
40030122		4003	Ventilador volumétrico + pcv avanzado	Soporte de vida
40030085	501002254	4003	Ventilador de transporte	Soporte de vida
40090045	501001302	4009	Monitor de transporte	Monitoreo de bioseñales
40170003	501002562	4017	Máquina de hemodiálisis con 2 bombas	Hemodiálisis
40030175	C1423IETS	4003	Unidad de asistencia circulatoria ventricular	Soporte de vida
40090143		4009	Equipo de oxigenación por membrana extracorpórea	Monitoreo de bioseñales
40010124		4001	Ecocardiografo + tee avanzado	Diagnóstico por imágenes
40030143	501002926	4003	Tromboelastógrafo	Laboratorio
40050006	501000306	4005	Analizador de gases y electrolitos	Laboratorio

V°B° CENPARZUA

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD V°B° L. OLIVARES M. Gerente Central ESSALUD

ANEXO N° 12: PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICOS Y TRATAMIENTO EN LAS UNIDADES DE CUIDADO CRITICO CARDIOVASCULAR

1	Colocación de Balón de Contra pulsación Intraortico.
2	Colocación de Catéter Venoso Central
3	Colocación de Drenaje Torácico
4	Colocación de Línea Arterial
5	Intubación Oro traqueal
6	Paracentesis
7	Retiro de Catéter Venoso Central
8	Retiro de Línea Arterial
9	Traqueostomia percutánea
10	Ventilación Mecánica
11	Lavado Bronquio Alveolar
12	Retiro de Drenes Torácicos
13	Retiro de Hilo de Marcapaso
14	Retiro de Introductor Venoso
15	Sesión de Hemodiálisis
16	Toraconcentesis
17	Asistencia Ventricular
18	Cardioversión electiva, conversión eléctrica de la arritmia, externa.
19	Cardioversión Eléctrica
20	Cateterización del corazón
21	Colocación de Catéter Arterial Pulmonar + Interpretación
22	Colocación de Catéter para Diálisis
23	Colocación de ECMO periférico
24	Colocación de Introductor Venoso
25	Colocación de Marcapaso Transitorio
26	Control electrocardiográfico
27	Ecocardiografía Doppler
28	Ecocardiografía transesofágica
29	Ecocardiografía transtorácica
30	Electrocardiograma
31	Extubación
32	Inserción y colocación de catéter de flujo dirigido (p. ej., Swan-Ganz) para fines de control.
33	Interrogación del dispositivo de evaluación (en la persona) con el análisis, revisión por un médico u otro profesional de la salud calificado, incluye conexión, grabación y desconexión por paciente; sistema de marcapaso de un cable, dual o múltiple.
34	Los estudios de dilución de indicador tales como la dilución térmica o con colorantes, incluyendo la cateterización arterial y/o venosa; con medición del gasto cardiaco (procedimiento separado)*.
35	Los estudios de dilución de indicador tales como la dilución térmica o con colorantes, incluyendo la cateterización arterial y/o venosa; medición subsiguiente del gasto cardiaco.

V°B° C. ESPARZA A. Sub Gerente ESSALUD

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD V°B° L. OLIVARES M. Gerente Central ESSALUD

36	Maniobra de RCP Avanzada.
37	Mapeo de velocidad de flujo en colores empleando ecocardiografía Doppler (anotar separadamente además de los códigos para ecocardiografía).
38	Marcapasos transcutáneo temporario.
39	Medición de Presiones Intracardiacas.
40	Monitoreo de ECMO
41	Nutrición Parenteral
42	Oximetría
43	Pericardiocentesis
44	Punciones AGA
45	Reanimación cardiopulmonar (p. ej., en paro cardiaco)
46	Retiro de Catéter Balón Intra Aórtico
47	Retiro de Drenes Mediastino
48	Retiro de Introductor Arterial.
49	Sistema de monitorización cardiovascular implantable ó sistema Holter adquisición remota de información, recepción de transmisiones y revisión técnica, soporte y distribución de resultados.
50	Sistema desfibrilador portátil.
51	Sistema Holter, incluyendo análisis, revisión y reporte por un médico u otro profesional de la salud calificado.
52	Trombolisis, coronaria, mediante infusión intracoronaria, incluyendo angiografía coronaria selectiva.

V°B°
C. ESPARZA
Sub Gerente

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
V°B°
L. OLIVARES M.
Gerente Central
ESSALUD

ANEXO N° 13: INDICADORES DE LA UNIDAD DE CUIDADO CRITICO CARDIOVASCULAR E INTERMEDIOS

INDICADOR: Tasa neta de mortalidad hospitalaria	
Fundamento	La medición de este indicador permite identificar el cumplimiento de los estándares de calidad del proceso de atención del paciente en las Unidades de Cuidaos críticos Cardiovasculares
Ámbito de Desempeño	Calidad
Tipo de indicador	Continuo de disminución
Definición Operacional	Pacientes fallecidas después de las 48 horas de ingreso a la UCCCV
Fórmula de calculo	**N° de defunciones después de las 48 hrs de ingreso a la UCCCV x 100** **N° total de pacientes Hospitalizados UCCCV**
Fuente de Información	Sistema de Gestión Hospitalaria
Periodicidad de reporte	Mensual
Periodicidad de evaluación	Semestral
Responsable	Jede de la Unidad o similar

INDICADOR: Estancia en la UCCCV	
Fundamento	Una estadía o permanencia prolongada , puede presentarse por inadecuado diagnóstico, o tratamiento ineficiencia de los servicios de apoyo al diagnóstico, inadecuados procesos de atención hospitalaria, deficiencias en la programación quirúrgica, entre otros aspectos de orden asistencial y administrativo
Ámbito de Desempeño	Eficiencia
Tipo de indicador	Continuo de reducción
Definición Operacional	Promedio de estancia: Es el número de días promedio que permanecen hospitalizados los pacientes en la unidad de cuidados críticos Cardiovasculares. Egreso Hospitalario.- corresponde a la salida de un paciente del hospital luego de haber estado internado en la UCCCV
Fórmula de calculo	**Total de Días de Estancia en UCCCV** **Total de egresos de la UCCCV**
Fuente de Información	Sistema de Gestión Hospitalaria
Estándar	3 días

Periodicidad de reporte	Mensual
Periodicidad de evaluación	6 meses
Responsable	Jede de la Unidad o similar

INDICADOR: Reingreso a la UCCCV del Servicio de Cardiología	
Fundamento	La medición de este indicador permite identificar el cumplimiento de los estándares de calidad del proceso de atención del paciente en las Unidades de Cuidaos críticos Cardiovasculares
Ámbito de Desempeño	Calidad
Tipo de indicador	Continuo de disminución
Definición Operacional	Es el Porcentaje de pacientes que reingresan a la UCCCV del total de egresos de dicha unidad durante el periodo de observación determinado. Egresos: Son los pacientes que salen de alta de la UCCCV. Reingreso: paciente que reingresa a la UCCCV durante el periodo de hospitalización o dentro de los 6 días posteriores al alta hospitalaria por un cuadro clínico relacionado a la anterior causa de ingreso. Considerar como principales, los siguientes diagnósticos: • Insuficiencia cardiaca (CIE 10: I50 (Insuficiencia cardiaca), I50.9 (Insuficiencia Cardiaca, no especificada)). • Angina (CIE 10: I20 (Angina de pecho), I20.9 (Angina de pecho, no especifica)). • Infarto (CIE 10: I21 (Infarto de Miocardio)).
Fórmula de calculo	**N° total de pacientes que reingresan a la UCCCV (dentro del año) por la misma causa x 100** **Total de egresos de la UCCCV en el periodo de observación**
Fuente de Información	Sistema de Gestión Hospitalaria
Periodicidad de reporte	Mensual
Periodicidad de evaluación	Semestral
Responsable	Jede de la Unidad o similar

INDICADOR: Evento Adverso	
Fundamento	La medición de este indicador permite identificar indirectamente el cumplimiento de los estándares de calidad del proceso de atención del paciente en las Unidades de Cuidaos críticos Cardiovasculares.
Ámbito de Desempeño	Calidad
Tipo de indicador	Continuo de disminución

Definición Operacional	Evento adverso: Injuria, complicación, incidente o un resultado no deseado e inesperado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud Considerar como principales, los siguientes diagnósticos: R58X: Hemorragia no clasificada en otra parte N17 Insuficiencia Renal Aguda T81: Complicaciones de procedimientos, no clasificados en otra parte.
Fórmula de calculo	**N° total de eventos adversos x100** **N° total de pacientes en la UCCV**
Fuente de Información	Base de Datos de la Unidad
Periodicidad de reporte	Mensual
Periodicidad de evaluación	Semestral
Responsable	Jede de la Unidad o similar

INDICADOR: Infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS)	
Fundamento	Dado que este tipo de evento adverso es un indicador trazador, es necesario su medición de manera independiente y evaluar así el cumplimiento de las acciones de prevención de infecciones intrahospitalarias definidas según Norma.
Ámbito de Desempeño	Calidad
Tipo de indicador	Continuo de disminución
Definición Operacional	Son todas las infecciones intrahospitalarias que se producen en la unidad de cuidados críticos cardiovasculares
Fórmula de calculo	N° de pacientes hospitalizados con diagnostico IAAS en la Unidad de CCV Total de pacientes hospitalizados en la UCCCV
Fuente de Información	Informe de inteligencia sanitaria
Periodicidad de reporte	Mensual
Periodicidad de evaluación	Semestral
Responsable	Jefe de la Unidad o similar

V°B° C. ESPARZA A. Sub Gerente

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD V°B° L. OLIVARES M. Gerente Central ESSALUD

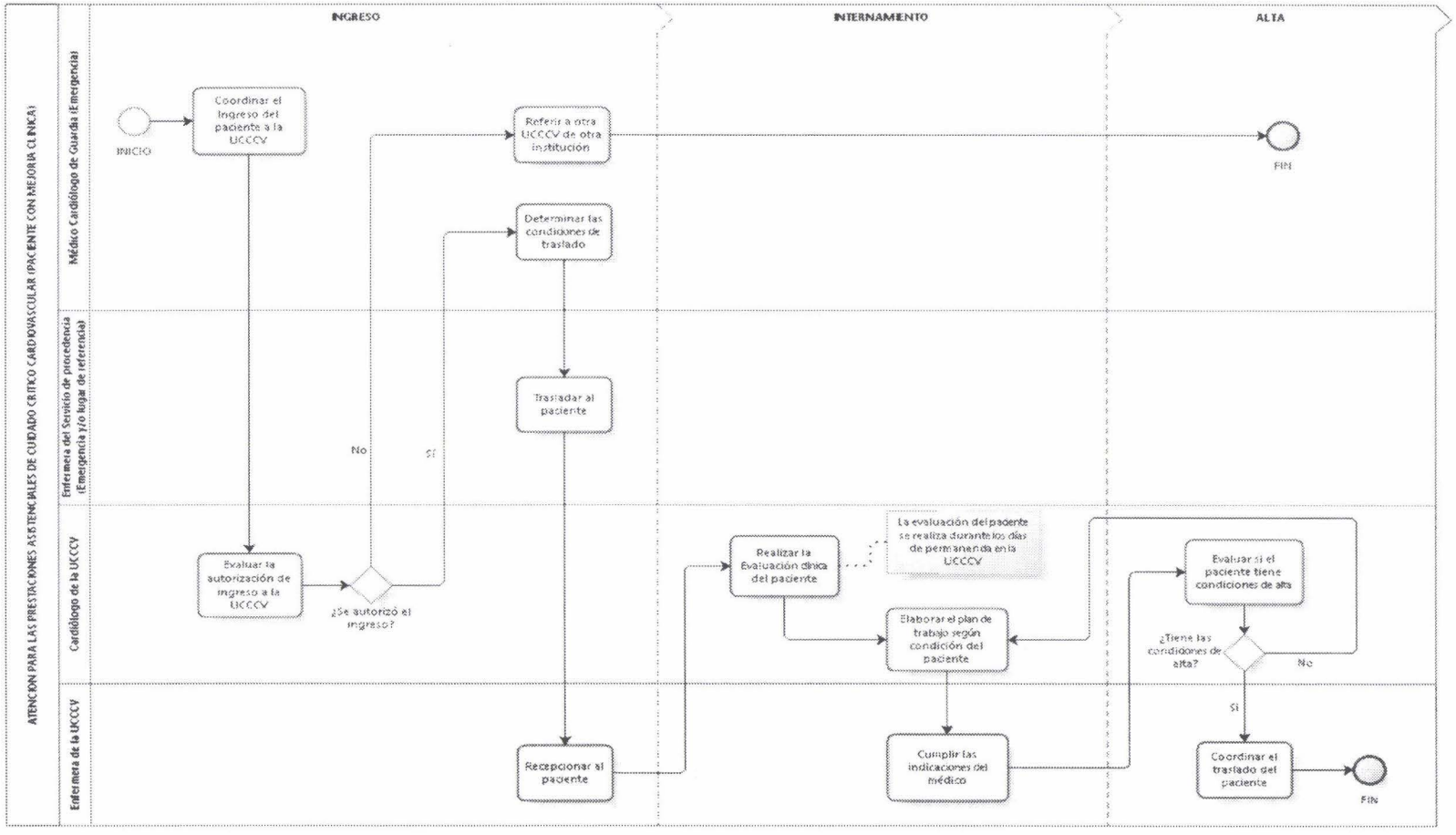
ANEXO N°14: PROCEDIMIENTO PARA LAS PRESTACIONES ASISTENCIALES DE CUIDADO CRITICO CARDIOVASCULAR (PACIENTE CON MEJORÍA CLINICA)

	PROCEDIMIENTO PARA LAS PRESTACIONES ASISTENCIALES DE CUIDADO CRITICO CARDIOVASCULAR (PACIENTE CON MEJORÍA CLINICA)	
PASO	**DESCRIPCION DE ACTIVIDADES**	**RESPONSABLE**
	INGRESO	
1	Coordinar el ingreso del paciente a la Unidad de Cuidado Crítico Cardiovascular	Médico Cardiólogo de Guardia (Emergencia)
2	Evaluar la autorización de ingreso a la Unidad de Cuidados Críticos Cardiovasculares	Cardiólogo de la UCCCV
3	Si no se autoriza el ingreso: Referir a la UCCCV de otra institución Ir a Paso 14.	Médico Cardiólogo de Guardia (Emergencia)
4	Si se autoriza el ingreso: Determinar las condiciones de traslado	Médico Cardiólogo de Guardia (Emergencia)
5	Trasladar al paciente	Enfermera de Servicio de Procedencia (Emergencia y/o Lugar de Referencia)
6	Recibir al paciente	Enfermera de la UCCCV
	INTERNAMIENTO	
8	Realizar la evaluación clínica del paciente. La evaluación del paciente se realiza durante los días de permanencia en la UCCCV	Cardiólogo de la UCCCV
9	Elaborar el plan de trabajo según la condición de paciente	Cardiólogo de la UCCCV
10	Cumplir las indicaciones del médico	Enfermera de la UCCCV
	ALTA	
11	Evaluar si el paciente tiene condiciones de alta	Cardiólogo de la UCCCV
12	Si no tiene condiciones de alta: Regresar al Paso 9.	Cardiólogo de la UCCCV
13	Si tiene condiciones de alta: Coordinar el traslado del paciente	Enfermera de la UCCCV
14	Fin del Procedimiento	

V°B° C. ESPARZA A. Sub Gerente

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD V°B° L. OLIVARES M. Gerente Central ESSALUD

PROCEDIMIENTO PARA LAS PRESTACIONES ASISTENCIALES EN CUIDADO CRITICO CARDIOVASCULAR



VºBº
C.ESPARZA
Sub Gerente
ESSALUD

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
VºBº
L. OLIVARES M.
Gerente Central
-ESSALUD-

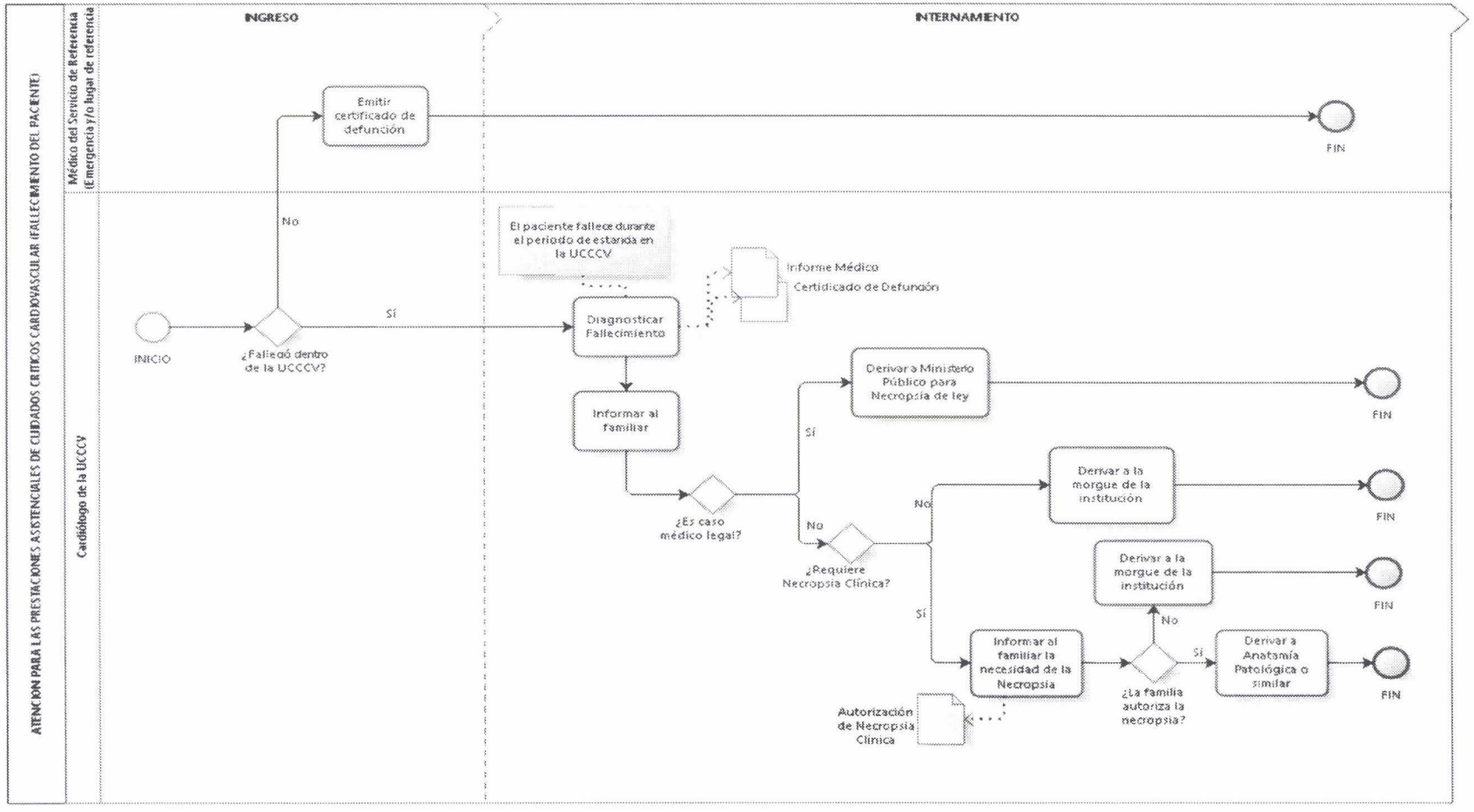
ANEXO N° 15: PROCEDIMIENTO PARA LAS PRESTACIONES ASISTENCIALES DE CUIDADO CRÍTICO CARDIOVASCULAR : FALLECIMIENTO DEL PACIENTE

	PROCEDIMIENTO PARA LAS PRESTACIONES ASISTENCIALES DE CUIDADO CRITICO CARDIOVASCULAR (FALLECIMIENTO DEL PACIENTE)	
	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	**ENCARGADO**
	INGRESO	
1	Si el paciente no falleció dentro de la UCCCV: Emitir certificado de defunción Ir a Paso 9	Médico del Servicio de Referencia (Emergencia y/o Lugar de Referencia)
2	Si el paciente falleció dentro de la UCCCV: Diagnosticar fallecimiento, emite Informe médico y Certificado de Defunción	Cardiólogo de la UCCCV
3	Informar al familiar	Cardiólogo de la UCCCV
4	Si es caso médico legal: Derivar a Ministerio Público para Necropsia de Ley Ir a Paso 9	Cardiólogo de la UCCCV
5	Si no es caso médico legal: Si no requiere Necropsia Clínica: Derivar a la Morgue de la Institución Ir a Paso 9	Cardiólogo de la UCCCV
6	Si requiere Necropsia Clínica: Informar al familiar la necesidad de la Necropsia. Emite la Autorización de Necropsia Clínica firmada por el familiar.	Cardiólogo de la UCCCV
7	Si el familiar no autoriza la Necropsia: Derivar a la morgue de la institución Ir a Paso 9	Cardiólogo de la UCCCV
8	Si el familiar autoriza la Necropsia: Derivar a Anatomía Patológica o Similar	Cardiólogo de la UCCCV
9	Fin del procedimiento	

V°B° CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD V°B° L. OLIVARES M. Gerente Central ESSALUD

PROCEDIMIENTO PARA LA SITUACION DEL PACIENTE FALLECIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADO CRITICO CARDIOVASCULAR



V°B°
C.E.S.PAR.A.A.
Sub Gerente
GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
V°B°
L. OLIVARES M.
Gerente Central
-ESSALUD-