



Elva Yolanda Galarza Castro
TAP. ELVA YOLANDA GALARZA CASTRO
FEDATARIA
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
Válido para uso Institucional

12 SET. 2017

Resolución Directoral

204
El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista

Lima, 08 de Setiembre de 2017

Visto, el Expediente N° 17-021002-001, conteniendo la Nota Informativa N° 139-2017-DEYCC/HNHU, mediante la cual la Jefa del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos remite el Proyecto de Mejora: "Implementación de la Unidad Crítica de Emergencia (UCE) del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos para el fortalecimiento de la capacidad de repuesta a los pacientes críticos recuperables", para su aprobación;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, a través del Decreto Supremo N° 006-2017-JUS, se aprobó el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, y establece en el numeral 70.2 del artículo 70° que, toda Entidad es competente para realizar las tareas materiales internas necesarias para el eficiente cumplimiento de su misión y objetivos, así como para la distribución de las atribuciones que se encuentren comprendidas dentro de su competencia;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, del 3 de febrero de 2012, se aprueba la Guía Técnica: "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad", cuya finalidad es contribuir a la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud y sus actividades dirigidas a la mejora continua de los procesos a través de la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad;

Que, el artículo 6° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 099-2012/MINSA, señala que el Director General del Hospital Nacional Hipólito Unanue tiene entre otras funciones generales: literal c) Asegurar la mejora continua de los procesos organizacionales enfocados en los objetivos de los usuarios y conducir las actividades de implementación y/o mejoramiento continuo, literal h) Asegurar la implementación y mantenimiento de un Sistema de Gestión de la Calidad eficaz y eficiente;

Que, con Nota Informativa N° 139-2017-DEYCC/HNHU, la Jefa del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos remite el Proyecto de Mejora: "Implementación de la Unidad Crítica de Emergencia (UCE) del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos para el fortalecimiento de la capacidad de repuesta a los pacientes críticos recuperables";

Que, con Memorando N° 210-2017-OGC/HNHU, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad remite el Proyecto de Mejora: "Implementación de la Unidad Crítica de Emergencia (UCE) del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos para el fortalecimiento de la capacidad de repuesta a los pacientes críticos recuperables", asimismo informa que dicho proyecto cumple con el diseño de la estructura establecido en los documentos normativos emitidos por el Ministerio de Salud, por lo que opina que se continúe con los trámites correspondientes para su oficialización;



Que, con Memorando N° 0397-2017-OPE/HNHU, la Directora Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico indica que la Unidad de Planeamiento a través de la Nota Informativa N°037-2017-UPL-HNHU informa que la aprobación del presente proyecto forma parte del producto operativo Cultura Fuerte de Mejora Continua Hospitalaria, programado en el POA 2017, por la Oficina de Gestión de la Calidad;

Que, el presente Proyecto de Mejora tiene como objetivo fortalecer la atención especializada en la Unidad de Cuidados Críticos de Emergencia para garantizar la calidad de atención a los pacientes críticos que se atienden en el Servicio de Emergencia del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital Nacional Hipólito Unanue dentro del enfoque de la continuidad de la atención del paciente crítico;

Estando a lo informado por la Oficina de Asesoría Jurídica en su Informe N° 267-2017-OAJ/HNHU;

Con el visado de la Jefa del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica y de la Directora Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico; y,

De conformidad con lo previsto en la Ley N° 26842, Ley General de Salud y el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue, aprobado por Resolución Ministerial N° 099-2012/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el Proyecto de Mejora: "Implementación de la Unidad Crítica de Emergencia (UCE) del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos" para el fortalecimiento de la capacidad de repuesta a los pacientes críticos recuperables", el mismo que forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- Disponer que la Oficina de Comunicaciones proceda a la publicación de la presente resolución en la Página Web del Hospital.

Regístrese y comuníquese.

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional "Hipólito Unanue"

DR. LUIS W. MIRANDA MOLINA
DIRECTOR GENERAL (e)
C.M.P. N° 27423

LWMM/OACh/Marlene G
Distribución
() D. Adjunta
() OPE
() Of de Asesoría Jurídica
() Dpto. de Emergencia y CC
() OGC
() OCI
() Archivo



PROYECTO DE MEJORA

A. Información del proyecto

1. Título del proyecto.

Implementación de la Unidad Crítica de Emergencia (UCE) en el Servicio de Emergencia del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, para el fortalecimiento de la capacidad de respuesta a los pacientes críticos recuperables.

2. Equipo de mejora

- Equipo del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos
- Oficina de Gestión de la Calidad
- Jefatura del Servicio de Emergencia
- Jefatura del Servicio de Cuidados Intensivos
- Unidad de Trauma Shock
- Jefatura del Servicio de Enfermería de Emergencia
- Unidad de Mantenimiento y Servicios Generales

3. Dependencia.

Hospital Nacional "Hipólito Unanue"

4. Población Objetivo

Pacientes críticos recuperables del Servicio de Emergencia del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

5. Lugar de ejecución

Servicio de Emergencia del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos

6. Duración del desarrollo del Proyecto de Mejora

12 meses

Elva Yolanda Galarza Castro
 TIT. ELVA YOLANDA GALARZA CASTRO
 FEDATARIA
 HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
 Válido para uso Institucional

12 SET. 2017

204

El presente documento es
 COPIA FIEL DEL ORIGINAL
 que he tenido a la vista

B. Descripción del proyecto

1. Antecedentes

La demanda de servicios de Emergencia y Cuidados Críticos es cada vez más creciente. Ugarte (2000) en su artículo "Historia de los servicios de Emergencia de Lima y Callao" hace mención del contraste entre la demanda y la capacidad de respuesta de las emergencias en la actualidad:

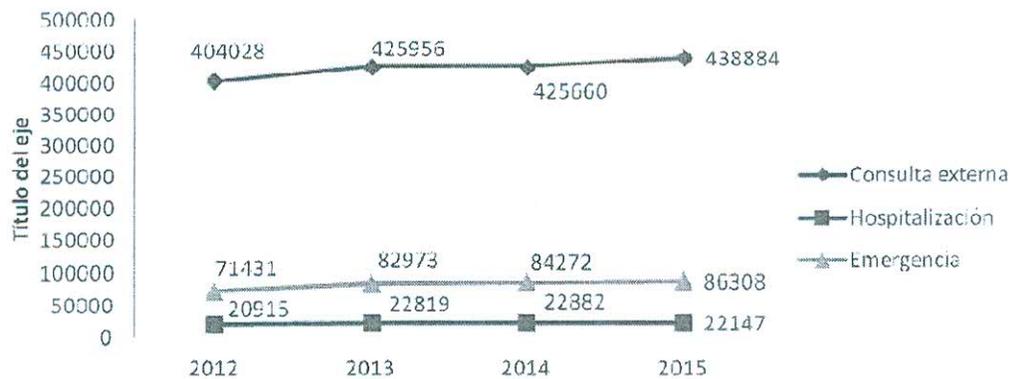
"La demanda en estos servicios también fue aumentando en forma progresiva haciendo insuficientes los servicios de Emergencia. Además esta situación empeoraba ya que la mayoría de hospitales estatales como el Dos de Mayo, Loayza, etc. Corresponden a construcciones antiguas no preparadas para un servicio de emergencia adecuados. Y esto era aún más dramático si consideramos que estas instituciones atendían la mayor demanda de las atenciones de urgencia (66%)." (p. 103)





El Hospital Nacional Hipólito Unánue a partir del año 2012 donde su demanda creció en un 14% anual, ha tenido un crecimiento constante en un 2%; no obstante, la oferta es la misma hasta la actualidad.

Número de atenciones de Consulta externa, Hospitalización y Emergencia 2012 - 2015



Fuente: OEI - HHU/2016



La implementación de los servicios de emergencia y cuidados críticos no ha avanzado en su desarrollo infraestructural ni en su capacidad de respuesta desde hace 05 años atrás. Las propuestas de cambio del Departamento no tuvieron eco en las prioridades de la gestión, principalmente del Ministerio de Salud. A esto se agrega que servicios como la Unidad de Cuidados Intensivos pese a ser unos de los servicios pioneros en la atención de pacientes críticos, en la actualidad presenta brechas como, necesidad de personal, materiales y equipos que no han sido superadas, contraviniendo a algunas normas técnicas de vital importancia como la Norma técnica de los servicios de emergencia y de los servicios de cuidados intensivos. Otro de los contextos en los que se encuentra actualmente los servicios de emergencia, es la Reforma de Salud. Las directivas de esta política nacional transversal a todos los sectores de gobierno han hecho del sector salud un escenario de oportunidades en el largo plazo, pero el tránsito y la aplicación han traído incertidumbre en la gestión de presupuestos debilitando la fuente de inversión para los servicios de salud. No obstante, esta política ha promovido que las gestiones hospitalarias revisen sus procesos internos como preámbulo al cambio del sector. Parte de este enfoque ha motivado que el Departamento de Emergencia y Áreas Críticas del Hospital Hipólito Unánue venga implementando acciones de mejora que impacten en la satisfacción del paciente (actualmente con un 29% de satisfacción, puntaje crítico a comparación con otras emergencias de hospitales nivel III-1). Uno de los proyectos que ha venido implementando es "Mejora de la satisfacción del paciente en el Servicio de Emergencia del Departamento de Emergencia y cuidados críticos del Hospital Nacional Hipólito Unánue en el periodo 2015 - 2016", a través del cual se logró una reingeniería en el área de Triage, y la distribución de la localización de los servicios de emergencia. En el proceso de cambio se llegó a la conclusión de que es necesario fortalecer un nudo crítico instalado al término del proceso de



PERÚ	MINISTERIO DE SALUD	Hospital Nacional Hipólito Unánue	Departamento de Emergencia Cuidados Críticos
------	---------------------	-----------------------------------	--

1-2 SET. 2017

204

El presente documento es COPIA FIEL DEL ORIGINAL

servicios de Trauma shock, el cual se ve mermado en su capacidad de respuesta a falta de servicios posteriores donde desemboquen pacientes que ya fueron sacados de situación de mortalidad.

2. Justificación

La necesidad de contar con la Unidad de Crítica de Emergencia se basa en 3 hechos fundamentales:

i) Ubicación Actual de la UCI adultos del HNHU

La Unidad de Terapia Intensiva para adultos se encuentra ubicada en el 2do piso del hospital. El acceso a esta unidad demora aproximadamente de 10 a 15 minutos, ya que debe ir por la rampa de Emergencia hacia hospitalización, luego esperar al ascensor hasta el 2do piso, que si no está operativo el del sector C, tiene que trasladarse al sector E. En caso de no haber fluido eléctrico tiene que tomar la rampa posterior que hace más lento y riesgoso el traslado.

Por otro lado, la Norma Técnica NT N° 031-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de los servicios de Cuidados Intensivos y Cuidados Intermedios: *“Los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios estarán ubicados, de preferencia próximos a la Emergencia, centro quirúrgico, Laboratorio e Imágenes, ubicándose en una zona aislada acústicamente de los ruidos y circulación del público.”*

Según las reiteradas visitas de supervisión de SUSALUD, en la evaluación del Componente misional, en el verificador V_0110, el detalle de la vulnerabilidad indica que *“El servicio de Emergencia no está ubicado próximo a la Unidad de Cuidados Intensivos y Centro Quirúrgico”, por lo que existe el riesgo de no garantizar el acceso a una atención oportuna y de calidad a los pacientes en situación de emergencia.* Dicha observación se levantó indicando que estamos en el proyecto de construcción del nuevo hospital, el cual no tiene fecha de construcción. (SUSALUD, Junio 2015).

ii) Incremento de la demanda de pacientes críticos en emergencia

El Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unánue ha visto incrementada su población atendida en forma consistente y progresiva. En los últimos 4 años la tendencia no ha variado y de 60927 pacientes que atendimos en el año 2011, a la fecha, no habiendo terminado el año, se tienen alrededor de 78 000. De este grupo de pacientes, casi la mitad de ellos van a los tópicos de Medicina y Cirugía, seguidos del Tópico de Ginecología y Obstetricia. Finalmente con menor concentración, Pediatría (17%), Traumatología (6%) y el Módulo de Atención Rápida (8%).

Considerando la tendencia, los pacientes de Prioridades I y II equivalen al 60%, mientras que los de Prioridad III y IV comprenden alrededor del 40%*. Con estos niveles de demanda la concentración de pacientes que acuden diariamente al triaje es de aproximadamente 8 a 10 pacientes por hora.

Durante el año 2014 se recibieron en emergencia 79 922 pacientes, de los cuales, 1342 pasaron a la Unidad de Trauma Shock, como Prioridad I. De dichos pacientes, fueron catalogados como neurocríticos por daños como TEC severo, DCV hemorrágico Fisher IV,





DCV extenso en curso, 283 pacientes. De ellos, solo 10 pasaron a la UCI adultos lo que equivale al 3.53% de ellos, y el 0.7% del total pacientes que ingresaron a Trauma shock y requerían cuidados críticos. Ver Tabla 1 y Gráfico 1

Gráfico N° 01. Distribución de pacientes en áreas críticas de Emergencia-2014



Fuente: SINGHO Emergencia 2014

En el año 2015 se tiene una situación similar se recibieron en emergencia 85 865 pacientes, de los cuales, 1486 pasaron a la Unidad de Trauma Shock, como Prioridad I. De dichos pacientes fueron catalogados como neurocríticos 254 pacientes. De ellos, solo 14 pasaron a la UCI adultos lo que equivale al 5.51% de ellos, y el 0.94% del total pacientes que ingresaron a Trauma shock y requerían cuidados críticos. (Ver Tabla y Grafico 2)

Tabla 02. Pacientes neurocríticos en Emergencia 2015

TRAUMA SHOCK (UTS)	1 486
NEURO CRÍTICOS	254
PASE A UCI	14
PORCENTAJE	5.51*
	* %de pacientes neurocríticos UTS

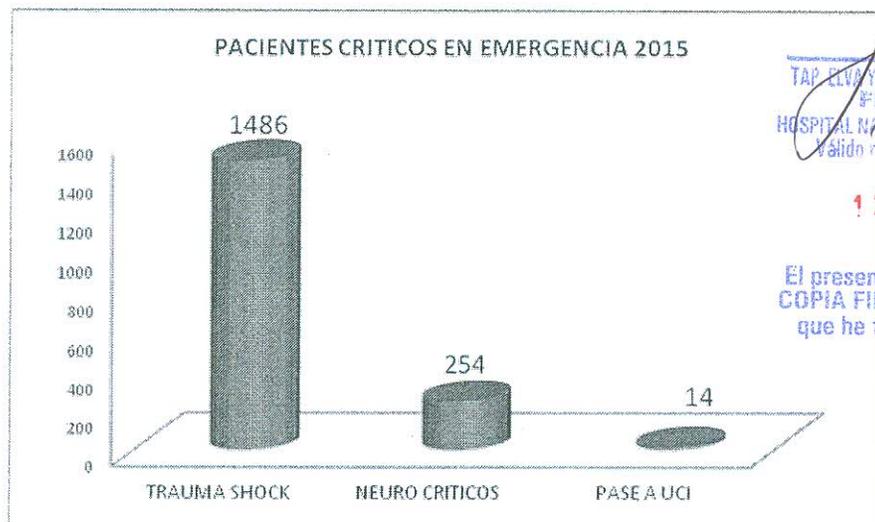
Fuente: SINGHO Emergencia 2015





Hemos considerado el caso de los pacientes neurocríticos porque es el grupo más sensible y numeroso que se queda en Emergencia. Más aún teniendo en cuenta que la Unidad de Neurocirugía cuenta solo con 4 camas de cuidados intermedios, que no es suficiente para cubrir la demanda.

Grafico N° 02: Distribución de pacientes en áreas críticas de Emergencia 2015



J. Y. Galanza
 TAP ELVY YOLANDA GALANZA CASTRO
 FISIOTERAPEUTA
 HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
 Valido para uso Institucional
 12 SET. 2017
 204
 El presente documento es
 COPIA FIEL DEL ORIGINAL
 que he tenido a la vista

Fuente: SINGHO Emergencia 2015

Durante el año 2016 no ha cambiado mayormente puesto que la UCI no tiene mayor expansión, solo se habilitaron 02 camas más y una sin ventilador mecánico.

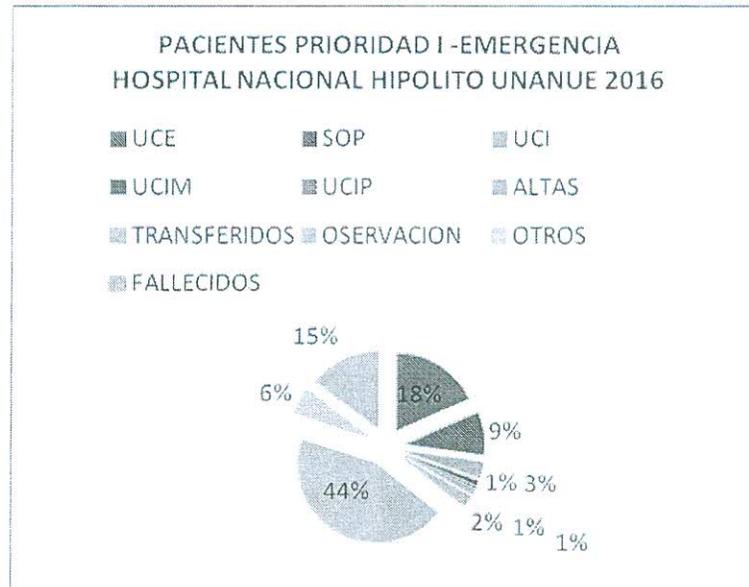
De 87278 pacientes atendidos este año, 1389 pasaron a la Unidad de Trauma Shock, como Prioridad I. De dichos pacientes, solo el 30% tuvo acceso a un servicio de Cuidados Intensivos o Intermedios. En la Unidad Crítica de Emergencia (UCE) se internaron 251 pacientes críticos; a la UCI adultos (UTI) pasaron 45 pacientes (3.2%); a UCIP 1% (UCI Pediátrica) pasaron hasta marzo que estuvo abierta la unidad 8 pacientes. y a Intermedios 15 pacientes (1%). El 8.7% (121) pasó a Sala de Operaciones. El 44% (606) de pacientes pasó a las salas de Observación de emergencia, donde no disponemos del personal suficiente ni el monitoreo para garantizar su manejo. (Ver cuadro y gráfico 3)

Hay que considerar que se consigna "fallecidos" porque por norma técnica, todo paciente que llega en Paro cardio respiratorio debe pasar a esta unidad para maniobras de RCP o constatación de ausencia de signos vitales mediante el cardiodesfibrilador. A ese grupo no se le considera en la mortalidad neta.

ABOG. OSCAR ANGULO CHAVEZ
 JEFATURA
 MINISTERIO DE SALUD
 OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
 LIC. ELIZABETH SOTO MONTEJOS



Gráfico 3: Distribución de pacientes Prioridad I Emergencia Hospital Nacional Hipólito Unanue 2016



Fuente: Registro del Servicio de Emergencia Hospital Nacional Hipólito Unanue.



Cuadro 3: Pacientes Prioridad I Emergencia Hospital Nacional Hipólito Unanue 2016

TOTAL	1389
UCE	251
SOP	121
UCI	45
UCIM (INTERMEDIOS)	15
UCI PEDIÁTRICA	8
ALTAS	16
TRANSFERIDOS	33
OSERVACION	606
OTROS	75
FALLECIDOS	199

Fuente: Registro del Servicio de Emergencia Hospital Nacional Hipólito Unanue



iii) Demanda insatisfecha de camas para pacientes críticos del UCI Adultos del HNHU

Como habíamos precisado anteriormente la Unidad de Cuidados Intensivos (UTI) del Hospital Nacional Hipólito Unanue, que tiene 28 años de funcionamiento, no ha visto incrementada su capacidad instalada. Se cuenta sólo con 7 camas para un hospital de 628 camas. Por otro lado, se cuenta con una UCI Pediátrica, pero no se encuentra operativa desde Abril del 2016 por déficit de personal médico. Ver Cuadro y gráfico 4



DISPONIBILIDAD DE CAMAS DE CUIDADOS INTENSIVOS HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2016

Cuadro 4. Disponibilidad de camas de la unidad de cuidados intensivos (UCI)

UCI Adultos (UTI)	7(1%)
UCI Pediátrica	5*(0.8)
UCI Neonatología	10 (1.6)
Unidad Crítica de Emergencia	3
Total Camas UCI	25(4%)
Total de camas hospitalarias	620(100%)
<i>*No operativa desde Abril 2016</i>	
Fuente: Departamento de Emergencia-2016	

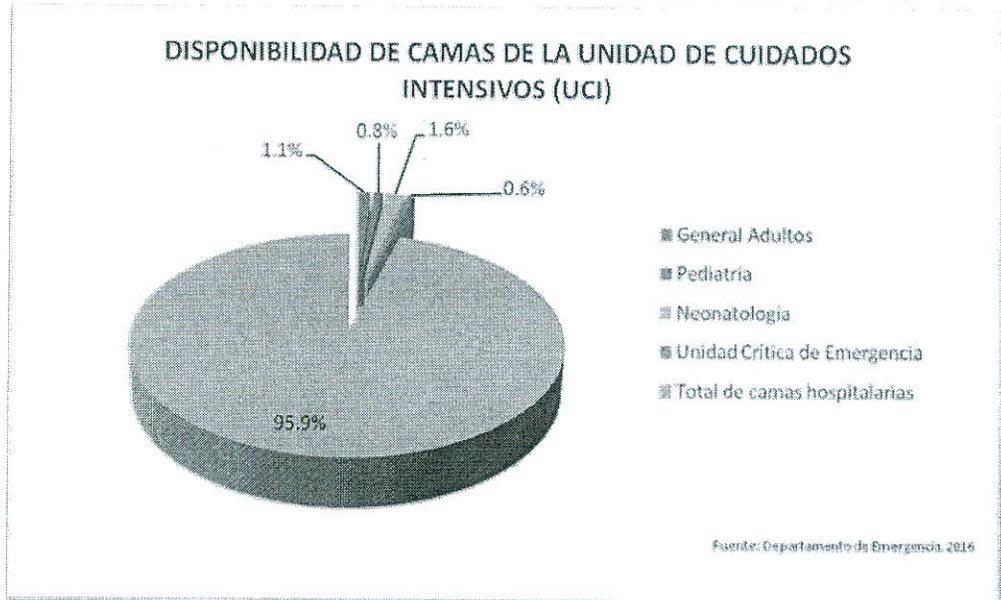
Elva Yolanda Galarza Castro
 TIT. ELVA YOLANDA GALARZA CASTRO
 FEFAYAMA
 HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
 Válido para uso Institucional

12 SET. 2017

204

El presente documento es
 COPIA FIEL DEL ORIGINAL
 que he tenido a la vista

Gráfico 4. Disponibilidad de camas de la unidad de cuidados intensivos (UCI)



Tomado de la Exposición de Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos. M.C. Luis Álvarez Carmona- Julio 2016



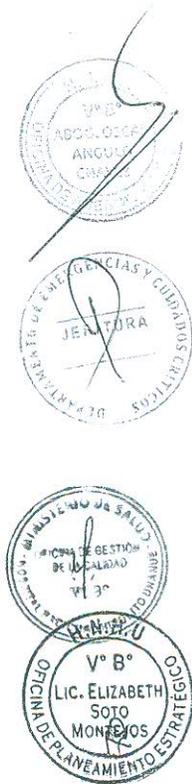
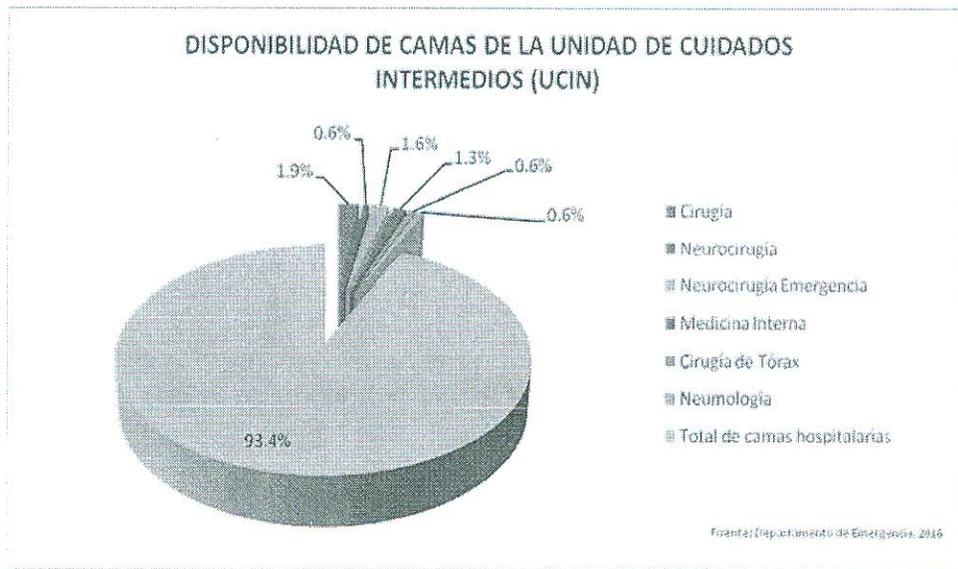


Las Unidades de Cuidados Intermedios en nuestro hospital han sido instaladas por necesidad de servicio y no siguen las normas relacionadas a toda UCIN. De hecho, en algunas de ellas, como en el servicio de Medicina Interna, se confunde los cuidados Intermedios con Cuidados Paliativos, ya que se brinda tratamientos extraordinarios como ventilación mecánica o uso de vaso activos en paciente con enfermedad terminal. Y al no depender de la UCI, no se maneja adecuadamente los recursos, no se desarrolla indicadores de calidad ni de desempeño entre otros. Ver Cuadro y Gráfico 5

Cirugía	12
Neurocirugía	4
Neurocirugía Emergencia	10*
Medicina Interna	8
Cirugía de Tórax	4
Neumología	4
Total Camas UCIN	42
Total de camas hospitalarias	620
Promedio de camas UCI	6.77%

Elaborado por la Unidad de Planeamiento- OPE-HNHU

Grafico 5: Disponibilidad de camas en Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN) EN EL Hospital Nacional Hipólito Unanue 2016





PERÚ	MINISTERIO DE SALUD	Hospital Nacional "Hipólito Unanue"	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos
------	---------------------	-------------------------------------	--

El Servicio de Neurocirugía cuenta con una Unidad de Cuidados Intermedios que dispone de 4 camas, un solo ventilador mecánico. El servicio de neurocirugía cuenta con 10 camas clínicas. Todos los demás pacientes se quedan en Emergencia, que son alrededor de 10 diarios. Esto ha disminuido por la insistencia a los médicos neurocirujanos para que prioricen el manejo de los pacientes neurocríticos de emergencia.

El Servicio de Cardiología cuenta con una Unidad de Cuidados Intermedios, de solo 2 camas y 1 solo ventilador mecánico. No cuenta con personal de especialistas, de manera que si el paciente es un Infarto trombolizado, se tiene que quedar en emergencia, hasta que se estabilice; igualmente si no es trombolizado.

El servicio de cirugía general cuenta con 6 camas de cuidados intermedios, ninguna dispone de ventiladores ni monitores, de manera que los pacientes delicados, quedan en la Unidad de Recuperación Pos Anestésica (URPA). Esta cuenta con 14 camas, 1 ventilador mecánico, pero usualmente, los pos operados de alto riesgo se quedan en esta unidad, con ventiladores mecánicos prestados de la UCI, Trauma Shock o neumología.

Neumología cuenta con 64 camas, 6 corresponden a Cuidados Intermedios. Disponen de 5 ventiladores mecánicos, que comparten con el servicio que los requiera.

Por otro lado, el servicio de Medicina Interna tiene una Unidad de Cuidados Intermedios, la cual en la práctica funciona como paliativos o cuidados tardíos ya que no dispone de personal médico especializado.

Esta dispersión de recursos sumada a un número limitado de camas en UCI general, condiciona la gran demanda insatisfecha de camas para cuidados críticos. (Ver Tabla 6)

Tabla N° 06: Demanda insatisfecha Unidad de Cuidados Intensivos I Semestre 2016

Mes	Pacientes que requieren UCI	Se transfirió a UCI	Demanda insatisfecha
Enero	38	7	31
Febrero	30	5	25
Marzo	27	9	18
Abril	39	17	22
Mayo	25	8	17
Junio	36	18	18
Julio	32	7	25
Agosto	41	13	38
Setiembre	20	11	9
TOTAL	288	95	203 (70%)

Fuente: Estadística del Servicio de UCI 2016

De los 288 pacientes que requirieron pase a UCI, solo accedió el 33% de ellos, quedando el 67% sin atención. No tenemos los datos de la mortalidad de dichos pacientes, ya que se tuvieron que manejar en piso con todas las limitaciones del caso.

J. Valera
 TIT. ELVA YOLANDA GALARZA CASTRO
 REDACTARIA
 HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
 Válido para uso Institucional
 12 SET. 2017
 204
 El presente documento es
 COPIA FIEL DEL ORIGINAL
 que he tenido a la vista





3. Objetivos

3.1 Objetivo general:

Fortalecer la atención especializada en la Unidad de Cuidados Críticos de Emergencia para garantizar la calidad de atención a los pacientes críticos que se atienden en el Servicio de Emergencia del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital Nacional Hipólito Unanue dentro del enfoque de la continuidad de la atención del paciente crítico.

Indicadores

TIPO DE INDICADO	INDICADOR		BASAL	METAS
	NOMBRE	DESCRIPCIÓN		
Calidad	Tiempo de espera	Número de horas que espera el paciente desde su requerimiento de pase a la UCE Mensual	5 – 6 días promedio	6 horas promedio
	Morbilidad de pacientes críticos	% IAAS Neumonía asociada a Ventilación mecánica trimestral	24%**	30%
		% IAAS infecciones asociadas a Catéter venoso central trimestral	62%	<5%
	Mortalidad de los pacientes críticos	Mortalidad según Apache 2 / STA trimestral	No hay dato	De acuerdo al puntaje de APACHE 2
Eficacia	Atención en UCE/ UTI de pacientes críticos recuperables	% de pacientes críticos recuperables transferidos de Emergencia a UCE	25%/8%	50%/8%

*Dato de la UCE 2016, global, sobre 292 pacientes admitidos el 2016 fallecieron 49. No se tiene datos exactos porque los pacientes salen de la UCE y pasan a Observación, donde a veces fallecen o pasan a Servicios de Medicina o Cirugía.

**Referencial UTI 2016





PERÚ

MINISTERIO
DE SALUD

Hospital Nacional
Hipólito Unzué

Departamento de Emergencias y
Cuidados Críticos

Objetivos específicos:

- OE 01: Asegurar el manejo óptimo de los pacientes críticos desde su ingreso hasta su alta o pase a servicios intermedios.
- OE 02: Mejorar la oferta de atención a los pacientes críticos desde el Servicio de Emergencia incrementando el número de camas de la UCE así como equipos
- OE 03: Fortalecer la gestión de la Unidad crítica de Emergencia

3.2 Actividades.

OE 01: Asegurar el manejo óptimo de los pacientes críticos

- Actualizar el manual de procedimientos de manejo de pacientes críticos
- Actualizar las guías de manejo del paciente crítico
- Establecer un mapa de manejo de riesgos de la atención del paciente crítico
- Establecer un sistema de vigilancia de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) en la Unidad de Cuidados Críticos de Emergencia

OE 02: Mejorar la oferta de atención a los pacientes críticos del Servicio de Emergencia

- Contratar personal médico, enfermería y técnicos.
- Equipar la Unidad de Cuidados críticos de emergencia
- Instalar el software de atención y monitoreo de pacientes
- Fortalecer la comunicación médico-pacientes-familiares

OE 03: Fortalecer la gestión de la Unidad crítica de Emergencia

- Establecer el proceso de integración con el sistema del cuidado intensivo hospitalario (UTI, UCI, UCIN)
- Impulsar la creación de la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN) a cargo de médicos especialistas de cuidados intensivos.




TAP. ELVA YOLANDA GALARZA CASTRO
FEDATARIA
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNZUE
Válido para uso Institucional

12 SET. 2017

204

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista



4. Metodología

LLUVIA DE IDEAS

A través de esta herramienta se logró identificar los problemas relacionados con el paciente crítico que ingresa por Emergencia

Problemas	
1	Demora en el pase los pacientes críticos de emergencia con criterios de admisión a la UCI
2	Uso adecuado de los ambientes de emergencia según NT
3	Insuficiente N° camas en UCI para pacientes críticos de emergencia
4	Alta precoz de los pacientes de UCE por necesidad de camas
5	Incremento de eventos adversos (extubación, reintubación, caídas, etc.)
6	Monitoreo y manejo inadecuado de pacientes críticos en emergencia
7	Incremento de las Infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS)
8	Insuficiente número de personal médico en salas de observación común para monitoreo y manejo de pacientes críticos
9	Insuficiente número de enfermeras para monitoreo y manejo de pacientes críticos en salas de observación común.
10	Insuficiente número de técnicos de enfermería para el cuidado de pacientes críticos en salas de observación de emergencia.

PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

N°	Oportunidad de mejora	Frecuencia	Importancia	Factibilidad	Total
1	Uso adecuado de los ambientes de emergencia según NT	5	5	5	15
2	Demora en el pase los pacientes críticos de emergencia con criterios de admisión a la UCI	5	5	5	15
3	Insuficiente N° camas en UCI para pacientes críticos de emergencia	5	5	5	15
4	Alta precoz de los pacientes de UCE por necesidad de camas	5	5	5	15
5	Incremento de eventos adversos (extubación, re intubación, caídas etc.)	3	5	5	13
6	Incremento de las IAAS	3	5	4	14
7	Monitoreo y manejo inadecuado de pacientes críticos	4	5	5	14
8	Insuficiente número de técnicos de enfermería para el cuidado de pacientes críticos en salas de observación de emergencia.	4	5	5	14
9	Insuficiente número de enfermeras para monitoreo y manejo de pacientes críticos en salas de observación común.	5	5	5	15
10	Insuficiente número de personal médico en salas de observación común para monitoreo y manejo de pacientes críticos	5	5	5	15





J. Valdivia
 T.A. ELVA TOLANDA GALARZA CASTRO
 FERRARIANA
 HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
 Válido para uso Institucional

12 SET. 2017

204

El presente documento es COPIA FIEL DEL ORIGINAL que he tenido a la vista

MATRIZ DE CAUSAS				
PROBLEMA	Débil acceso y atención ineficiente del paciente crítico recuperable de la Unidad de Cuidados de Emergencia			
¿Por qué?	No hay camas suficientes para el tratamiento de pacientes críticos	No hay especialistas en medicina Intensiva para el soporte prolongado de pacientes críticos en Emergencia (UCI)	Poca capacidad de respuesta para mayoría de pacientes con criterios de ingreso a UCI	UCI central lejana del paciente de Emergencia
¿Por qué?	Creciente demanda de pacientes críticos recuperables	Zona Este cuenta con un solo Hospital de nivel III-1 y tiene alta siniestrabilidad	Larga estancia de pacientes en la UCI al no contar con Unidad de Cuidados Intermedios y baja rotación de pacientes	Servicios de UCI distribuidos de acuerdo a la infraestructura antigua
¿Por qué?	La infraestructura de Emergencia no está adaptada a la atención compleja de los críticos	El número de camas de la Unidad de Terapia Intensiva no ha crecido más de 20% en los últimos 25 años	Débil planificación y organización de la atención de pacientes críticos tributarios de cuidados intensivos	Gestión de UCI desintegrada que no ha sido priorizada
¿Por qué?	No se cuenta con una planta física hecha sino adaptada a la necesidad de servicios	La UCI se adaptó a un pequeño ambiente próximo a Sala de Operaciones y Hemodiálisis.	La cercanía a Sala de Operaciones genera alta demanda de pacientes operados de alto riesgo y poca oferta para los pacientes de emergencia.	Proceso de atención del paciente crítico incompleto porque no pasa a UCI para soporte con el monitoreo y manejo adecuados.
CAUSA RAÍZ	La infraestructura de Emergencia no está adaptada a la atención compleja de pacientes críticos	No se ha priorizado la necesidad de incrementar la oferta de camas especializadas UCI en los servicios críticos	Débil planificación y organización de la atención de pacientes críticos tributarios de cuidados intensivos	Gestión de UCI desintegrada que no ha sido priorizada

ABOG. OSCAR ANGULO CHAVEZ
 JEF. P. A. A.

5. Resultados esperados

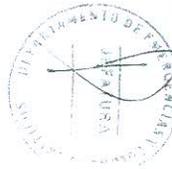
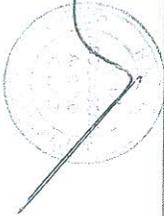
- Disminución de Tiempo de espera de atención de pacientes críticos que requieren pase a la Unidad de cuidados Intensivos
- Disminución de la estancia prolongada en emergencia
- Reducción de costos por repetición de procedimientos; intubación orotraqueal, cambio de catéter venoso central
- Identificación de la mortalidad de acuerdo al score de APACHE 2, específica para UCI
- Disminución de las Infecciones asociadas a la Atención en Salud (IAAS)

MINISTERIO DE SALUD
 OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
 H.N.H.U.
 V° B°
 ELIZABETH SOTO MONTEJOS
 OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO



6. Cronograma de actividades

AÑO/MES 2017	Año 2017											Responsable
	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.		
Asegurar el manejo óptimo de los pacientes críticos												
Actualizar el manual de procedimientos de UCE				X		X						Departamento de Emergencia
Nivelación de conocimientos en colaboradores de manejo de pacientes críticos	X	X	X	X								Departamento de Emergencia y Departamento de Enfermería/Oficina de Capacitaciones
Establecer un sistema de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) en la Unidad de Cuidados de Emergencia				X								Departamento de Emergencia, Enfermería, Oficina de Calidad, Epidemiología
Mejorar la oferta de atención a los pacientes críticos del Servicio de Emergencia												
Contratar personal médico, enfermería y técnicos	X											Departamento de Emergencia/ Planeamiento estratégico/ Dirección administrativa
Equipar la Unidad de Cuidados Críticos de Emergencia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Departamento de Emergencia/ Planeamiento estratégico/ Dirección administrativa
Instalar el software de atención y monitoreo de pacientes		X	X	X	X							Departamento de Emergencia/ Planeamiento estratégico/ Dirección administrativa/ Oficina de Estadística e Informática
Fortalecer la comunicación con los familiares de los pacientes												
Fortalecer la comunicación médico-pacientes-familiares		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Departamento de Emergencia/ Oficina de Calidad/ Oficina de Capacitación





PERÚ	MINISTERIO DE SALUD	Hospital Nacional "Hipólito Unzué"	Departamento de Emergencias y Cuidados Críticos
------	---------------------	------------------------------------	---

Alfonso C.
 TAP. EVA YERANDA GALARZA CASTRO
 FEDATARIA
 HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
 Válido para uso Institucional

12 SET. 2017

204

El presente documento es
 COPIA FIEL DEL ORIGINAL
 que he tenido a la vista

7. Propuesta de financiación

	NUMERO	COSTO UNITARIO	TOTAL/MES	COSTO
RECURSOS HUMANOS				
MEDICO INTENSIVISTA (Marzo-Julio)	5	8,000.00	40,000.00	200,000
MEDICO INTENSIVISTA (Agosto-Dic.)	3	8,000.00	24,000.00	120,000
MEDICO INTENSIVISTA (Agosto-Dic.)	2	5,500.00	11,000.00	55,000
LIC. ENFERMERÍA (Marzo-Julio)	5	4,000.00	20,000.00	100,000
LIC. ENFERMERÍA (Agosto-Dic.)	5	2,500.00	12,500	62,500
TOTAL				537,500
GASTOS OPERATIVOS				
TUBO EN "T" PARA TUBO ENDOTRAQUEAL	25	30.00	750.00	9,000.00
BOLSA COLECTORA DE ORINA GRADUADA ADULTO	30	1.46	43.80	1,314.00
SONDA VESICAL N° 14	30	3.40	102.00	3,060.00
SONDA NASO GÁSTRICA 14	30	1.10	33.00	990.00
FRASCO DE DRENAJE TORÁCICO	30	9.00	270.00	3,240.00
CÁNULA BINASAL DE OXÍGENO DE ADULTO	30	2.00	60.00	720.00
CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO 12-14 G	50	2.00	100.00	1,200.00
CATÉTER ENDOVENOSO CENTRAL TRIPLE LUMEN 7F	20	150.00	3,000.00	36,000.00
LINEA P/BOMBA INF. C/CAS.C/VOLUT. - HOSP.	200	50.50	10,100.00	121,200.00
LINEA P/BOMBA INF. C/CAS.S/VOLUT. - HOSP.	150	36.00	5,400.00	64,800.00
LINEA P/BOMBA INF. RADIOPACA	30	36.00	1,080.00	12,960.00
SONDA D/ASPIRACIÓN ENDOTRAQUEAL - N° 14	900	1.03	927.00	11,124.00
EQUIPO DE EXTENSIÓN DESCARTABLE	20	1.26	25.20	302.40
FILTRO HUMEDIFICADOR PARA VENTILADOR MECÁNICO	300	11.40	3,420.00	41,040.00
GEL CONDUCTOR PARA ELECTROCARDIOGRAMA	2	0.00	0.00	0.00
GUANTES DESCARTABLES QUIRÚRGICOS	2160	1.20	2,592.00	31,104.00
GUANTES DESCARTABLES	2160	0.25	540.00	6,480.00
INTERFASE PARA VENTILADOR NO INVASIVO ADULTO SMALL	5	331.20	1,656.00	19,872.00
INTERFASE PARA VENTILADOR NO INVASIVO ADULTO MEDIUM	5	331.20	1,656.00	19,872.00
JERINGAS DESCARTABLES DIFERENTES MEDIDAS	26400	0.50	13,200.00	158,400.00
RESPIRADOR N95	300	2.50	750.00	9,000.00





PERÚ	MINISTERIO DE SALUD	Hospital Nacional "Hipólito Unzué"	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos
------	---------------------	------------------------------------	--

MASCARA NEBULIZADORA DESCARTABLE ADULTO	30	2.94	88.20	1,058.40
MASCARA DE OXÍGENO TIPO VENTURI ADULTO	30	3.60	108.00	1,296.00
MASCARILLAS PARA OXIGENO CON RESERVORIO ADULTO	10	8.34	83.40	1,000.80
SONDA DE ASPIRACIÓN ENDOTRAQUEAL EN CIRCUITO CERRADO DIFERENTE TAMAÑO	30	90.00	2,700.00	32,400.00
TUBOS ENDOTRAQUEALES DECARTABLES 7-8-8.5-9	20	6.50	130.00	1,560.00
TUBOS DE MAYO DESCARTABLE DIFERENTES TAMAÑO	30	14.40	432.00	5,184.00
BOLSA DE ASPIRACIÓN DE 2 L	90	16.00	1,440.00	17,280.00
KIT DE ASPIRACIÓN	250	8.00	2,000.00	24,000.00
TUBO CORRUGADO PARA VENTILADOR MECANICO	30	80.00	2,400.00	28,800.00
YODOPOVIDONA ESPUMA CON DISPENSADOR FRASCO	1	12.00	12.00	144.00
TOTAL				643,808.40
EQUIPOS				
MONITOR MULTIPARÁMETRO	5*	58,000.00	290,000.00	290,000.00
COCHE DE PARO	1*	13,290.00	13,290.00	13,290.00
CARDIODEFIBRILADOR	1*	33,495.00	33,495.00	33,495.00
MESA METÁLICA RODABLE TIPO MAYO	10*	870.00	8,700.00	8,700.00
COCHE PORTAHISTORIAS	2*	2,509.00	5,018.00	5,018.00
EQUIPO ELECTROCARDIOGRAFO	1*	3,490.00	3,490.00	3,490.00
ESCALINATA (DE DOS PELDAÑOS)	2*	217.00	434.00	434.00
RESUCITADOR MANUAL	10	900.00	9,000.00	9,000.00
CAMA CAMILLA MULTIPROPOSITO	10*			
CALENTADOR DE FLUIDOS	5*			
ALQUILER DE EQUIPOS		Costo diario	Costo mensual	
ALQUILER VENTILADOR MECÁNICO	4	380.00	45,600	410,400
*Pendiente proceso de LP-2018				
TOTAL				1 591,208.00





PERÚ

MINISTERIO DE SALUD

Hospital Nacional "Hipólito Unzué"

Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos

8. ANEXOS

Estado actual del proceso de atención del paciente crítico. Las barras en rojo identifican los nudos críticos que se procura levantar en el proyecto de mejora.

MANEJO ESTRATIFICADO Y CONTINUO DEL PACIENTE CRITICO: IDENTIFICACIÓN DE BRECHAS

