



PERÚ

Ministerio
de SaludHospital de Emergencias
Villa El Salvador"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

N° 32 -2022-DE-HEVES

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Villa El Salvador, 07 MAR. 2022

VISTO:

El Expediente N° 21-008574-001, que contiene, el Proveído N° 021-2022-OPP-HEVES de fecha 10.02.22, el Informe N° 003-2022-OPP-GC-PUJ-HEVES de fecha 10.02.22, ambos de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto; y, el Proveído N° 015-2022-UGC-HEVES de fecha 27.01.22 y el Informe N° 008-2022-MC-UGC-HEVES de fecha 27.01.22, de la Unidad de Gestión de la Calidad; y

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

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", la misma que tiene por objetivo general establecer las normas técnico administrativas para la atención de los pacientes en los servicios de cuidados intensivos e intermedios;

Que, el artículo 57 del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado con Decreto Supremo N° 013-2006-SA, dispone que para desarrollar sus actividades los establecimientos de salud con internamiento deben contar con los documentos técnicos normativos y guías de práctica clínica;

Que, mediante Decreto Supremo N°008-2017-SA, modificado por el Decreto Supremo N° 011-2017-SA, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, estableciendo al Hospital de Emergencias Villa El Salvador, como un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud, dependiente de la Dirección de Redes Integradas de Salud de su Jurisdicción;

Que, mediante Nota Informativa N° 442-2021-DAEyCC-HEVES de fecha 04.05.21, el Jefe del Departamento de Atención de Emergencia y Cuidados Críticos remite la propuesta de GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE INGRESO Y ALTA DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE CUIDADOS CRITICOS DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR;

Que, mediante el Informe N°008-2022-MC-UGC-HEVES de fecha 27.01.22, remitido con el Proveído N° 015-2022-UGC-HEVES de fecha 27.01.22, la Unidad de Gestión de la Calidad remite la propuesta de Documento Normativo GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE INGRESO Y ALTA DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE CUIDADOS CRITICOS DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR para su aprobación mediante acto resolutivo correspondiente, la misma que cuenta con la opinión favorable de dicha Unidad; asimismo, se adjunta el Acta de Reunión N° 003-2022-MC-UGC-HEVES de fecha 25.01.22;

Que, la referida GUÍA TÉCNICA tiene por objetivo establecer los Criterios de Ingreso y Alta de Pacientes en el Servicio de Cuidados Críticos en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador;

Que, mediante el Proveído N° 021-2022-OPP-HEVES de fecha 10.02.22, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto se pronuncia favorablemente sobre la propuesta de Documento Normativo GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE INGRESO Y ALTA DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE CUIDADOS CRITICOS DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR, para su aprobación mediante acto resolutivo correspondiente, en atención al Informe N° 003-2022-OPP-GC/PUJ-HEVES de fecha 10.02.22;

Que, mediante Informe N°018-2022-UAJ-HEVES de fecha 28.02.22, la Unidad de Asesoría Jurídica emite la opinión favorable correspondiente;



C. URBANO D.



E. SERVAN V.



S. DONAYRE C.



J. JUAREZ M.



J. RIVERO V.



Que, asimismo, la referida propuesta de Documento Normativo denominado GUÍA TÉCNICA, cumple con las disposiciones previstas en las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", aprobadas por Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA de fecha 05.07.21;

Que, con la finalidad de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnico-administrativos a nivel institucional, resulta pertinente atender lo solicitado por la Unidad de Gestión de la Calidad y el Jefe del Departamento de Atención de Emergencia y Cuidados Críticos, y en consecuencia emitir el correspondiente acto resolutorio, aprobando el Documento Normativo denominado GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE INGRESO Y ALTA DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE CUIDADOS CRITICOS DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR, de acuerdo al marco normativo vigente;

Que, el Artículo 10° Literal c) del Manual de Operaciones (MOP) del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, aprobado por Resolución Jefatural N° 381-2016-IGSS de fecha 27.05.16, establece las atribuciones y responsabilidades del Director Ejecutivo, entre las cuales se encuentra, la prerrogativa de expedir Resoluciones Directorales en asuntos que sean de su competencia, y en tal sentido, es su prerrogativa aprobar instrumentos técnicos para el mejor desarrollo y cumplimiento de las actividades institucionales del Hospital de Emergencias Villa El Salvador;

Con la visación de la Jefa de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, el Jefe (e) de la Unidad de Asesoría Jurídica, el Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad y el Jefe del Departamento de Atención de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital de Emergencias Villa El Salvador; y

De conformidad con las normas contenidas en la Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias; el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud; el Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado por el Decreto Supremo N°011-2017-SA, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud; la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprobó el documento denominado Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud; y el Manual de Operaciones (MOP) del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, aprobado por Resolución Jefatural N° 381-2016-IGSS; y

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR el DOCUMENTO NORMATIVO DENOMINADO GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE INGRESO Y ALTA DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE CUIDADOS CRITICOS DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR; que en anexo adjunto forman parte de la presente Resolución Directoral.

ARTÍCULO SEGUNDO.- DISPONER que la Unidad de Comunicaciones e Imagen Institucional, publique la presente Resolución Directoral, en el portal institucional del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE y CÚMPLASE.

CLUD/E/S/V/S/O/C/J/H/M/JPR/VERC.

Distribución:

- () Oficina de Planeamiento y Presupuesto
- () Unidad de Asesoría Jurídica.
- () Unidad de Gestión de la Calidad.
- () Departamento de Atención de Emergencia y Cuidados Críticos.
- () Unidad de Comunicaciones e Imagen Institucional.
- () Archivo.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR
M.G. CARLOS LUIS URBANO DURAND
EMP: 018710 RNE: 018686
DIRECTOR DE HOSPITAL II

GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE INGRESO Y ALTA DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR

I. FINALIDAD

Contribuir en la calidad de la atención a los pacientes en el Servicio de Cuidados Críticos del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.

II. OBJETIVO

Establecer los Criterios de Ingreso y Alta de Pacientes en el Servicio de Cuidados Críticos en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Documento Normativo es de aplicación y cumplimiento obligatorio en el Servicio de Cuidados Críticos del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.

IV. NOMBRE DEL PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Criterios de Ingreso y Alta de Pacientes en el Servicio de Cuidados Críticos.

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. Definiciones Operativas:

5.1.1. Continuidad de la Atención.- Proceso por el cual se da 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.

5.1.2. Cuidados Intensivos.- Es una unidad orgánica que brinda atención de salud especializada en Medicina Intensiva al paciente críticamente enfermo en condición de inestabilidad y gravedad persistente.

5.1.3. Cuidados Intermedios.- Es una unidad orgánica que brinda atención de salud especializada en Medicina Intensiva al paciente críticamente enfermo en condición de estabilidad; pero que su estado aun reviste gravedad. Proporciona atención que no puede ser brindada en las Unidades de Hospitalización común, pero que no justifica su admisión o continuidad en Cuidados Intensivos.

5.1.4. Daño.- Compromiso del estado de salud en grado diverso. Los daños en el servicio de emergencia se clasifican de acuerdo a la prioridad de atención.

- a) Prioridad I : Gravedad súbita extrema.
- b) Prioridad II : Urgencia mayor.
- c) Prioridad III : Urgencia menor.
- d) Prioridad IV : Patología aguda común.

5.1.5. Emergencia Médica y/o Quirúrgica.- Se entiende por emergencia médica y/o quirúrgica toda condición repentina o inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente. Corresponde a pacientes con daños calificados como prioridad I y II.

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

- 5.1.7. **Historia Clínica.**- Es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata a la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente o usuario de salud y que son refrendados con la firma manuscrita o digital de los mismos. Las historias clínicas son administradas por las IPRESS.
- 5.1.8. **Paciente.**- Es toda persona enferma o afectada en su salud que recibe atención en una IPRESS por personal de salud.
- 5.1.9. **Personal de Salud.**- Está compuesto por los profesionales de la salud y personal técnico y auxiliar asistencial de la salud, que participan en el proceso de atención del paciente o usuario de salud.

5.2. Requerimientos Básicos:

5.2.1. Recursos Humanos:

- Médico Especialista en Medicina Intensiva (UCI Adultos).
- Médico Especialista en Medicina Intensiva Pediátrica (UCIP).
- Médico Especialista en Pediatría (UCIP/NEO).
- Médico Especialista en Neonatología (UCI NEO).
- Licenciada en Enfermería Especialista en Medicina Intensiva.
- Licenciada en Enfermería Especialista en Medicina Intensiva Pediátrica.
- Licenciada en Enfermería Especialista en Neonatología.
- Técnico (a) en Enfermería.

5.2.2. Materiales:

Según Anexo N° 02.

5.2.3. Equipos:

Según Anexo N° 03.

5.3. El Servicio de Cuidados Críticos funciona en forma permanente las 24 horas del día¹.

5.4. El ingreso de pacientes al Servicio de Cuidados Críticos estarán a cargo:

5.4.1. Adulto: Médico Especialista en Medicina Intensiva¹.

5.4.2. Pediátrico: Médico Especialista en Medicina Intensiva, Médico Especialista en Medicina Intensiva Pediátrica¹ y/o Médico Especialista en Pediatría.

5.4.3. Neonatal: Médico Especialista en Neonatología¹ y/o Médico Especialista en Pediatría.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. Criterios de Ingreso de Pacientes en el Servicio de Cuidados Críticos

Médico Especialista en Medicina Intensiva (UCI Adultos), Médico Especialista en Medicina Intensiva Pediátrica (UCIP), Médico Especialista en Pediatría (UCIP/UCI NEO) y/o Médico Especialista en Neonatología (UCI NEO) indica el ingreso del paciente al Servicio de Cuidados Críticos según corresponda el área.

¹ 7.1 De la Organización y Funcionamiento. 7. Disposiciones Generales. N.T. N° 031-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios.

Licenciada (o) en Enfermería del servicio de procedencia coordina previamente con la Licenciada (o) en Enfermería responsable de cada área según corresponda.

6.1.1. Del Ingreso a la Unidad de Cuidados Críticos del Adulto:

Se consideran tres (03) modelos: Modelo por Prioridad, Modelo por Diagnósticos y Modelo por Parámetros Fisiológicos.

a) Modelo por Prioridad: (9.1.)

Este modelo define a la mayor parte de los pacientes que serán beneficiados con la atención en UCCA (Prioridad 1) y aquellos que No lo harán al ingresar a ella (Prioridad 4) (ver Anexo N° 03).

b) Modelo por Diagnóstico:

Este modelo se basa en un listado de condiciones o enfermedades específicas que determinan admisiones apropiadas a las Unidades de Cuidados Críticos Adulto (9.1).

A continuación se detalla lo siguiente:

➤ Sistema Cardiovascular:

- Infarto agudo de Miocardio con complicaciones.
- Shock Cardiogénico.
- Arritmias complejas que requieren monitoreo continuo e intervención.
- Insuficiencia cardíaca congestiva con falla respiratoria y/o que requiera soporte hemodinámico.
- Emergencias hipertensivas.
- Angina inestable, particularmente con disritmias, inestabilidad hemodinámica, ó dolor torácico persistente.
- Post paro cardíaco.
- Taponamiento cardíaco ó constricción con inestabilidad hemodinámica.
- Aneurisma disecante de la aorta.
- Bloqueo A-V completo u otro que requiera marcapaso.

➤ Sistema Respiratorio:

- Insuficiencia respiratoria aguda que requiera soporte ventilatorio.
- Embolismo pulmonar con inestabilidad hemodinámica.
- Pacientes en una unidad de cuidados intermedios que muestran deterioro respiratorio.
- Necesidad de cuidados de enfermería respiratorios que no pueda brindarse en unidades de menor complejidad.
- Hemoptisis masiva.
- Falla respiratoria que requiere intubación inminente.
- Obstrucción de la vía aérea postoperatoria.

➤ Desórdenes Neurológicos:

- Accidente cerebrovascular agudo con status mental alterado.
- Coma: metabólico, tóxico o anóxico.
- Hemorragia intracraneal con riesgo potencial de herniación.
- Hemorragia subaracnoidea aguda.
- Meningitis con estatus mental alterado o compromiso respiratorio.
- Desorden del sistema nervioso central (SNC) o desorden neuromuscular con deterioro neurológico o de la función pulmonar.
- Estado epiléptico.
- Muerte cerebral o pacientes con muerte cerebral potencial que están siendo agresivamente manejados mientras se determina el estatus de donador de órganos.
- Vasoespamo.
- Pacientes con injuria cerebral severa.



➤ Ingestión de Drogas y Sobredosis de Drogas:

- Ingestión de drogas hemodinámicamente inestable.
- Ingestión de drogas que alteran significativamente el estado mental y con inadecuada protección de vía aérea.
- Convulsiones post ingesta de drogas.

➤ Desórdenes Gastrointestinales:

- Sangrado gastrointestinal que amenace la vida incluyendo hipotensión, angina, sangrado continuo o condiciones comórbidas.
- Falla hepática fulminante o subfulminante.
- Pancreatitis aguda severa.
- Perforación esofágica con o sin mediastinitis.

➤ Sistema Endocrino:

- Cetoacidosis diabética complicada con inestabilidad hemodinámica, estado mental alterado, insuficiencia respiratoria ó acidosis respiratoria.
- Tormenta tiroidea o coma mixidematoso con inestabilidad hemodinámica.
- Estado hiperosmolar con coma y/o inestabilidad hemodinámica.
- Otros problemas endocrinos tales como crisis adrenales con inestabilidad hemodinámica.
- Hipercalcemia severa con alteración de conciencia y necesidad de monitoreo hemodinámico.
- Hipo ó hipernatremia con convulsiones y alteración de la conciencia.
- Hipo ó hipermagnesemia con compromiso hemodinámico o disrritmias.
- Hipo ó hiperkalemia con disrritmias o debilidad muscular severa.
- Hipofosfatemia con debilidad muscular.

➤ Quirúrgicas:

- Pacientes post operados con necesidad de monitoreo hemodinámico u orgánico, soporte ventilatorio o cuidados de enfermería intensivo (drenajes, ostomías, etc).

➤ Misceláneos:

- Shock séptico.
- Monitoreo hemodinámico.
- Condiciones clínicas con altos requerimientos de cuidados de enfermería (uso de ventilación mecánica no invasiva, etc).
- Injurias ambientales (radiación, ahogamiento, hipo ó hipertermia).
- Terapias nuevas o experimentales con potenciales complicaciones (trombolisis de infartos cerebrales, tromboembolismo pulmonar, etc).
- Quemaduras que toma > 10% del área de superficie corporal.
- Postoperatorio de transplantes (renal, hepático y pulmonar).
- Cirugía en enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

c) Modelo por Parámetros Fisiológicos²:

➤ Signos Vitales³:

- Pulso < 40 ó > 150 latidos/minuto.
- Presión arterial sistólica < 80 mm Hg ó 20 mm Hg debajo de la presión usual del paciente.
- Presión arterial media < 60 mm Hg.
- Presión arterial diastólica > 120 mm Hg.
- Frecuencia respiratoria > 35 por minuto.

➤ Valores de Laboratorio³:

- Sodio sérico < 110 mEq/L o > 170 mEq/L.
- Potasio sérico < 2.0 mEq/L o > 7.0 mEq/L.



² Parámetros Fisiológicos. De los Criterios de Admisión. 8.1. Cuidados Intensivos del Adulto. 8. Disposiciones Específicas. NT N° 031-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios.

- PaO₂ < 50 mm Hg.
- pH < 7.1 ó > 7.7.
- Glucosa sérica > 800 mg/dl.
- Calcio sérico > 15 mg/dl.
- Niveles tóxicos de drogas u otras sustancias químicas en un paciente hemodinámico o neurológicamente comprometido.

➤ Imagenología: (9.1.)

- Hemorragia cerebrovascular, contusión; hemorragia subaracnoidea con alteración de la conciencia o focalización neurológica.
- Ruptura de víscera; vejiga, hígado, várices esofágicas, útero, con inestabilidad circulatoria.
- Aneurisma disecante de la aorta.

➤ Electrocardiografía: (9.1.)

- Infarto del miocardio con arritmias complejas, inestabilidad hemodinámica o insuficiencia cardiaca congestiva.
- Arritmias supraventriculares con inestabilidad hemodinámica.
- Taquicardia ventricular sostenida o fibrilación ventricular.
- Bloqueo AV completo.

➤ Signos Físicos de Comienzo Agudo: (9.1.)

- Anisocoria más alteración de conciencia.
- Quemaduras, mayor al 10 % de la superficie corporal.
- Anuria.
- Obstrucción de la vía aérea.
- Coma.
- Status convulsivo.
- Cianosis.
- Taponamiento cardíaco.



6.1.2. Del Ingreso a la Unidad de Cuidados Críticos Pediátrico (UCCP)³:

La práctica del cuidado intensivo pediátrico ha mejorado drásticamente en las 4 últimas décadas gracias tanto a la comprensión de la fisiopatología de los procesos potencialmente letales como al desarrollo de la capacidad tecnológica para monitorizar, diagnosticar y tratar a los pacientes pediátricos en estado de enfermedad grave y a la especialización del personal sanitario en la atención de pacientes críticos pediátricos.

Se consideran dos (02) modelos: Modelo por Prioridad y Modelo por Diagnósticos.

a) Modelo por Prioridad:

Este modelo define a la mayor parte de los pacientes que serán beneficiados con la atención en UCCP (Prioridad 1) y aquellos que No lo harán al ingresar a ella (Prioridad 4) (ver Anexo N° 03). (9.1.)

b) Modelo por Diagnóstico:

Este modelo se basa en un listado de condiciones o enfermedades específicas que determinan admisiones apropiadas a las Unidades de Cuidados Críticos Pediátrico.

A continuación se detalla lo siguiente: (9.2.)

➤ Sistema Respiratorio:

- Intubación endotraqueal o potencial necesidad de intubación endotraqueal de



³ Instituto Nacional de Salud del Niño. Guía Técnica Administrativa de los Criterios de Ingresos y Egresos de pacientes a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. 2021.

urgencia y de ventilación mecánica, independientemente de la etiología.

- Síndrome de distrés respiratorio agudo pediátrico.
- Enfermedad pulmonar progresiva (vía aérea alta o baja) de moderada severidad con riesgo de insuficiencia respiratorio o de potencial obstrucción.
- Monitoreo cardio respiratorio o monitoreo de apnea.
- Tratamiento con cánulas de alto flujo (consideradas un dispositivo de ventilación no invasiva) en pacientes con dificultad respiratoria que puedan requerir ventilación mecánica en las siguientes horas.
- Necesidad de ventilación mecánica no-invasiva en casos de insuficiencia respiratoria aguda moderada o grave.
- Enfermedad pulmonar grave rápidamente progresiva o de la vía aérea inferior o superior, con riesgo de progresión a fallo respiratorio y/o a obstrucción total.
- Elevados requerimientos de oxígeno suplementario (FiO_2 fracción inspirada de oxígeno $\geq 0,5$ para mantener SaO_2 saturación arterial de la hemoglobina con oxígeno $\geq 92\%$), independientemente de la etiología.
- Aspiración de cuerpo extraño acompañado de disnea, aumento del trabajo respiratorio, hipoxemia o hipercapnia o que requiera monitorización continua.
- Ocupación del espacio pleural que compromete la respiración o produce inestabilidad hemodinámica requiriendo infusión de fluidos o vasopresores.

➤ Sistema Cardiovascular:

- Arritmias sin riesgo de muerte con o sin necesidad de cardioversión.
- Estado post-reanimación cardiopulmonar.
- Choque, o Shock independientemente de la etiología o tipo.
- Fallo cardíaco congestivo inestable, con o sin necesidad de ventilación mecánica.
- Cardiopatía congénita o adquirida con estado cardiorrespiratorio inestable.
- Después de procedimientos intratorácicos y cardiovasculares de moderado a alto riesgo o con riesgo de alteración hemodinámica o respiratoria.
- Requerimiento de soporte inotrópico, vasoactivo o vasodilatador para mantener o alcanzar estabilidad hemodinámica.
- Arritmias potencialmente letales o que requieran monitorización continua.
- Síncope de origen cardiaco sospechado o documentado.
- Insuficiencia cardiaca inestable, con o sin necesidad de ventilación mecánica.
- Taponamiento cardiaco establecido o inminente.
- Tromboembolismo pulmonar.

➤ Sistema Renal:

Pacientes con enfermedad o estado renal inestable o que potencialmente amenaza la vida. Incluye, pero no se limita a:

- Insuficiencia renal aguda.
- Requerimiento de hemodiálisis aguda, diálisis peritoneal aguda u otra terapia de remplazo renal continuo en paciente inestable.
- Fallo renal agudo o crónico que requiera monitorización invasiva y/o continua y/o intervención compleja.
- Rabdomiólisis aguda con insuficiencia renal.
- Síndrome nefrótico no complicado con hipertensión crónica que requiere monitoreo frecuente de la presión.
- Insuficiencia renal independientemente de la causa.

➤ Neurológico:

- Convulsiones que no responden al tratamiento o que requieren anticonvulsivantes en infusión continua.
- Pacientes con convulsiones que muestren inestabilidad de los signos vitales relacionados con la vía aérea, respiración o circulación.
- Alteración aguda y/o grave del estado de conciencia donde el deterioro o depresión neurológica es probable o impredecible, o coma con compromiso potencial de la vía aérea.
- Después de procedimientos quirúrgicos que requieren monitorización invasiva u



observación clínica estrecha, integral y continua.

- Puntuación escala de coma de Glasgow < 13.
- Inflamación o infecciones agudas de la médula espinal, meninges o cerebro que se acompañan de depresión neurológica, alteraciones metabólicas y hormonales, compromiso hemodinámico y/o respiratorio o del potencial incremento de la presión intracraneal.
- Postoperatorio de procedimientos neuroquirúrgicos que requieren monitorización cardiorrespiratoria.
- Trauma craneal grave o con signos o síntomas con riesgo de deterioro o de hipertensión intracraneal.
- Cualquier condición perioperatoria neuroquirúrgica que se acompañe de deterioro neurológico.
- Hemorragia intracraneal aguda o edema cerebral evidenciado por imagen.

➤ Hematológico/Oncológico:

- Coagulopatía grave.
- Anemia grave, ≤ 4 g/dl y/o que debido a las condiciones del paciente resulta en compromiso o alteración hemodinámico y/o respiratoria (hipoxia tisular).
- Tumores o masas que afectan o amenazan con comprimir vasos, la función de órganos vitales o la vía aérea.
- Síndrome de cava superior asociado con masa mediastínica.

➤ Endocrino/Metabólico:

- Cetoacidosis diabética metabólica moderada y grave que requiere tratamiento (infusión de insulina) con complicaciones deshidratación grave, inestabilidad hemodinámica o afectación neurológica.
- Hipercalcemia ≥ 6 mEq/l y/o asociada a arritmias y/o a insuficiencia renal y/o que requiera monitorización ECG continua y/o intervención terapéutica o compleja.
- Hipocalcemia < 3 mEq/l y/o asociada a arritmias y/o a insuficiencia renal y/o que requiera infusión IV de K $\geq 0,15$ mEq/kg/h y/o monitorización ECG continua
- Hiponatremia Na ≤ 125 mEq/l o hipernatremia ≥ 160 mEq/l o asociadas a, o con riesgo potencial de edema cerebral o mielinolisis central pontina o que requieran intervención compleja.
- Hipo o hiperglucemia que requiera monitorización y vigilancia continua.
- Acidosis metabólica grave que requiera infusión de bicarbonato, monitorización cardiovascular continua o intervención compleja.
- Alcalosis metabólica grave que requiera monitorización continua o intervención compleja.
- Hipo o hipermagnesemia con alteración hemodinámica o disrritmias, Hipofosfatemia grave.

➤ Gastrointestinal:

- Hemorragia gastrointestinal agudo grave que conduce a inestabilidad hemodinámica y/o respiratoria.
- Fallo hepático agudo que conduce o potencialmente a coma o inestabilidad hemodinámica y/o respiratoria.
- Inflamación o distensión gastrointestinal con inestabilidad hemodinámica y/o alteración hidroelectrolítica grave.
- Pancreatitis aguda grave.

➤ Infecioso:

- Sepsis con disfunción cardiovascular o síndrome de distrés respiratorio agudo pediátrico o disfunción de otros órganos vitales y/o con signos de alto riesgo: bradicardia, taquicardia, taquipnea, hipoxemia, relleno capilar enlentecido, alteración del estado de conciencia, hipotensión, oliguria, hiperlactatemia / hiperlactacidemia, alteración de la coagulación y/o trombocitopenia de nueva aparición.
- Sepsis en paciente inmunodeprimido o asociada a neutropenia y/o linfopenia.
- Infección o absceso que por su localización, extensión o estado clínico del



paciente comprometan o puedan comprometer gravemente el funcionamiento de al menos un órgano o sistema vital o de la vía aérea.

- Infección grave en paciente con inmunosupresión de cualquier origen.
- Enfermedades infecciosas cuya conocida evolución natural y/o posibles complicaciones sean potencialmente letales o amenacen la disfunción grave de al menos un órgano o sistema vital.

➤ Quirúrgico

Pacientes pre y posquirúrgicos en estado de enfermedad grave y/o sepsis y/o que requieran monitorización invasiva y/o que se acompañen o tengan riesgo de fallo/disfunción grave de al menos un órgano o sistema vital y/o de coagulopatía y/o de inestabilidad hemodinámica durante el periodo perioperatorio de las siguientes situaciones:

- Cirugía cardiovascular.
- Cirugía de tórax.
- Procedimientos neuroquirúrgicos.
- Politraumatismo con o sin inestabilidad cardiovascular, incluyendo el traumatismo cerrado de tórax o abdomen; comprende el traumatismo no quirúrgico.
- Sangrado significativo, ya sea durante cirugía o durante el periodo postoperatorio.

➤ Enfermedades Graves relacionadas con Toxinas:

- Síndrome de shock tóxico, tosferina maligna, tétanos, botulismo humano, difteria.
- Pacientes con ingestión de tóxicos, sobredosis de medicamentos o drogas o envenenamiento por agentes externos potencialmente letales o con potencial descompensación aguda de órganos o Sistemas vitales y/o con manifestaciones graves descritas y/o que requieran monitorización continua o invasiva y/o con fallo o disfunción de al menos un órgano vital y/o que requieran intervención compleja o la aplicación de tecnologías de depuración avanzada.

➤ Injuria Eléctrica u otra Ambiental Grave:

- Casi-ahogamiento.
- Lesiones graves por corriente eléctrica.
- Inhalación de humo.
- Golpe de calor.
- Hipotermia grave por exposición al frío.

6.1.3. Del Ingreso a la Unidad de Cuidados Críticos del Neonato (UCCN)^{4 5:}

Comprende aquellos daños de pacientes críticos de alta complejidad, que requieren recursos materiales de tecnología de avanzada y que requieren medidas de tratamiento extraordinario⁶.

Se consideran dos (02) modelos: Modelo por Prioridad y Modelo por Diagnósticos.

a) Modelo por Prioridad:

Este modelo define a la mayor parte de los pacientes que serán beneficiados con la atención en UCCN (Prioridad 1) y aquellos que No lo harán al ingresar a ella (Prioridad 4) (ver Anexo N° 03).

b) Modelo por Diagnóstico:

A continuación se detalla lo siguiente:

➤ Inmadurez del RN:

- Edad gestacional <32 semanas.

⁴ Asociación Colombiana de Neonatología. Criterios de ingreso a las unidades de recién nacidos en Colombia. 2020.

⁵ Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Criterios de ingreso y egreso del servicio de cuidados críticos del neonato. 2019.

⁶ De los Criterios de Admisión, 8.3 Cuidados Intensivos Neonatal. 8. Disposiciones Específicas. NT. N° 031-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios.

- Peso menor a 1500 gr en periodo inmediato hasta estabilizar, si no tienen otros criterios.
- En los menores de 2000 gr si se asocia a patología respiratoria o de otro sistema.

➤ Inestabilidad Respiratoria:

- Requerimiento de ventilación asistida:(SIMV_CPAP).
- Dificultad respiratoria aguda y progresiva con requerimiento de más de 40% de oxígeno, independiente de edad gestacional.
- Apneas primarias o secundarias con desaturación reiteradas más de 2 apneas secundarias o más de 6 apneas primarias en 12 horas.

➤ Inestabilidad Hemodinámica:

- Requerimiento de monitoreo invasivo.
- Requerimiento de drogas vaso activas.
- Cardiopatía congénita cianótica con necesidad de evaluación cardiológica o con prostaglandinas.
- Arritmia en estudio.
- Shock de cualquier etiología.
- RN hidrópico en estabilización sin malformaciones incompatibles.
- Sepsis con compromiso clínico en observaciones de compromiso hemodinámica hasta estabilizar.

➤ Inestabilidad Neurológica:

- Encefalopatía hipóxico-isquemia II o III.
- Síndrome convulsivo no controlado.
- Síndrome hipotónico severo en riesgo de insuficiencia respiratoria.
- Meningitis clínica.
- Drenaje ventricular externo.

➤ Paciente Quirúrgico:

- Pre y post-operatorio de patología quirúrgica mayor-. Hernia diafragmática, Atresia esofágica, Onfalocele gigante, Gastrosquisis, Obstrucción intestinal y sus causas, enterocolitis necrotizante, tumoraciones abdominales, etc.
- Postoperatorio que requiera ventilación asistida, monitoreo invasivo, drogas vaso activas o sedación continua.
- Postoperatorio con efecto anestésico aun no recuperado o con apneas.

➤ Patología Hidroelectrolítica o Metabólica Severa:

- Insuficiencia renal aguda: oliguria <1 ml/kg/h después de las 24 horas de vida.
- Creatinemia >2,5 mg/dl o nitrógeno ureico >45 mg/dl.
- Hipercalcemia >7 mEq/l.
- Hipokalemia <2,5 mEq/l.
- Hipernatremia >160 mEq/l.
- Hiponatremia < 120 mEq/l.
- Hipocalcemia sintomática con calcio total <5.
- Hipoglicemia severa.
- Insuficiencia suprarrenal.

➤ Anomalia Gastrointestinal:

- Enterocolitis Necrotizante.
- Íleo séptico.
- Obstrucción Intestinal.
- Atresia duodenal o yeyunal.
- Reflujo gastroesofágico severo.
- Masas abdominales.
- Hemorragia digestiva alta o baja.

➤ Patología Severa de la Piel:

- Requiere cuidados especiales hasta estabilidad hidroelectrolítica y hemodinámica.

No se consideran para Ingreso de UCI:

- a) Prematuros extremos menores de 500 gramos, independiente de su estado vital, Edad



gestacional menor a 24 semanas.

- b) Recién Nacido con patología considerada letal: Anencefalia, Síndrome de Potter, Trisomía 13 y/o 18 y otros cuadros con diagnóstico prenatal definitivo.

6.1.4. Del Ingreso a la Unidad de Cuidados Críticos Intermedios Neonatal:

- a) Recién nacido con peso > 1200 gramos.
b) Recién nacido menor de 32 semanas sin patología asociada.
c) Paciente con síndrome de dificultad respiratoria leve en sus primeras horas de vida, con requerimiento de menos de 30% de oxígeno y para fase I.
d) Paciente con hipoglicemia y requerimientos de glucosa endovenosa.
e) Paciente con asfixia y observación de encefalopatía o encefalopatía grado I o aquella grado II en regresión.
f) Paciente que requiere infusión endovenosa continua de solución glucosada para su hidratación parenteral.
g) Síndrome hipotónico que requiere observación en incubadora.
h) Prematuro mayor de 31 semanas que no presentan dificultad respiratoria o esta es leve y no progresiva.
i) Recién Nacido de < 2000 gramos que está en observación de complicaciones neonatales.
j) Pacientes para fototerapia.
k) Pacientes en estudio de patología con aporte oral o por sonda y sin infusión.
l) Paciente con alimentación por sonda, con todos sus medicamentos por vía enteral.
m) Prematuros en ganancia ponderal con soporte nutricional parenteral por PICC.
n) Sospecha de sepsis neonatal temprana.
o) Paciente en estudio de patología de infección congénita.

6.2. Criterios de Alta de Pacientes en el Servicio de Cuidados Críticos

El Paciente es evaluado y considerado para el alta en función de la reversión del proceso de la enfermedad o la resolución de la condición fisiológica inestable que motivó su ingreso al Servicio de Cuidados Críticos respectivo, y que la necesidad de una intervención compleja ya no es necesaria.

El Médico Especialista en Medicina Intensiva (UCI Adultos), Médico Especialista en Medicina Intensiva Pediátrica (UCIP) y/o Médico Especialista en Neonatología (UCI NEO) indica el alta del paciente del Servicio de Cuidados Críticos según corresponda:

6.2.1. Del Alta de la Unidad de Cuidados Críticos del Adultos :

La condición de los pacientes que se encuentran hospitalizados en la Unidad de Cuidados Críticos del Adulto debe ser revisada continuamente, es decir, identificar quien no se está beneficiando de los cuidados en la unidad y que éstos puedan ser atendidos en otras unidades de menor complejidad sin poner en riesgo al paciente. (11.1.)

Esto se puede dar principalmente en dos condiciones:

- a) Cuando el estado fisiológico del paciente se ha estabilizado y la necesidad de monitoreo y cuidados en UCI no sean necesarios⁷.
b) Cuando el estado fisiológico del paciente se ha deteriorado y nuevas intervenciones específicas no se han planeado por no tener la capacidad de mejorar su condición. En este momento es aconsejable el traslado a una unidad de menor complejidad con la intención de privilegiar el confort y la presencia de la familia. (11.1.)

6.2.2. Del Alta de la Unidad de Cuidados Críticos Pediátrico (UCCP):

El Equipo de la UCCP identificará a los niños que se acercan al estado de "listo para el alta", quienes serán evaluados por el Médico Tratante de guardia (Médico Especialista, respectivo) comunicándolo al Equipo de guardia.

⁷ De los Criterios de Alta. 8.1 Cuidados Intensivos del Adulto. 8. Disposiciones Específicas. NT. N° 031-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios.

La idoneidad para la transferencia/alta de UCCP se basará en lo siguiente:

- a) Parámetros hemodinámicos estables.
- b) Estado respiratorio estable (paciente extubado con gases sanguíneos estables) y la patencia de las vías respiratorias.
- c) Requisitos mínimos de oxígeno que no excedan las posibilidades del servicio donde será transferido, de corresponder.
- d) El apoyo intravenoso inotrópico, vasodilatadores, y medicamentos antiarrítmicos ya no son necesarios o, cuando corresponda, se pueden administrar dosis bajas de estos medicamento, se pueden administrar de forma segura en pacientes estables en el sitio donde será transferido.
- e) Las disritmias cardíacas están controladas.
- f) Estabilidad neurológica con control de convulsiones.
- g) Los pacientes con ventilación mecánica crónica cuya enfermedad crítica ha sido revertida o resuelta y que de otro modo están estables pueden ser dados de alta a una sala si siguen necesitando el mismo nivel de apoyo respiratorio que antes mientras estaban en casa.
- h) Pacientes con Diálisis Peritoneal de rutina o hemodiálisis con resolución de enfermedad crítica que no exceda las pautas de la sala de transferencia.

El equipo de atención médica, y comunicándole a paliativos y a la familia del paciente, después de una cuidadosa evaluación, determinan que no hay ningún beneficio en mantener al niño en la UCCP o que el curso del tratamiento es médicamente inútil.

Es una ocurrencia rara para un niño ser dado de alta a casa directamente de UCCP y sólo debe hacerse con la aprobación específica del equipo de guardia, jefe de servicio y Médico Interconsultante de la Especialidad que requiera el niño(a).

6.2.3. Del Alta de la Unidad de Cuidados Críticos del Neonato (UCCN):

a) Patologías neonatal resuelta:

- Pacientes que hayan superado la condición clínica que determinó su ingreso.
- Sin sedación continua en las últimas 12 horas de evolución.
- Sin requerimiento de apoyo ventilatorio o presión positiva (salvo cánula binasal).
- Requerimiento de oxígeno menores a 30 % en paciente agudo o crónico.

b) Pacientes recién nacidos prematuros con más de 41 semanas de edad gestacional corregida o mayor a 28 días de vida en caso de los recién nacidos a término cuya resolución clínica no se haya solucionado se trasladan al servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos.

c) Traslado a otro hospital (Referencia).

d) Fallecidos.

6.2.4. Del Alta de la Unidad de Cuidados Críticos Intermedios Neonatal:

a) Superadas las condiciones clínicas que determinaron su ingreso a intermedio por evolución favorable.

b) Peso mayor a 1800 gramos.

c) Pacientes que no requieren oxigenoterapia, incubadora o cuna calefaccionada para termo regular, no tiene una infusión continua endovenosa, con succión satisfactoria del 100% de la vía oral, y hayan superado las indicaciones clínicas que determinaron su hospitalización.

d) Pacientes que cumplen criterios de ingreso a UCI se trasladan a cuidado intensivo

e) Traslado a otro hospital.

f) Pacientes que cumplen 41 semanas de edad gestacional corregida en caso de prematuros o mayor a 28 días de vida en los recién nacidos a términos y que permanecerán hospitalizados se traslada a Servicio de Pediatría y/o Cuidados Intermedios de Pediatría de ser el caso.



VII. RESPONSABILIDADES

7.1. Departamento de Atención de Emergencia y Cuidados Críticos:

7.1.1. El Jefe, o quien haga sus veces, evalúa el cumplimiento de lo establecido en el presente Documento Normativo.

7.2. Servicio de Cuidados Críticos:

7.2.1. El Jefe(a), o quien haga sus veces, implementa lo establecido en el presente Documento Normativo.

7.2.2. El Jefe(a), o quien haga sus veces, supervisa el cumplimiento de lo establecido en el presente Documento Normativo.

7.2.3. El Jefe(a), o quien haga sus veces, informa al Jefe del Departamento de Atención de Emergencia y Cuidados Críticos los resultados y/u oportunidades de mejora, de corresponder.

7.3. Personal de Salud Participante:

7.3.1. Cumplir con lo establecido en el presente Documento Normativo, según corresponda.

7.4. Unidad de Tecnologías de la Información:

7.4.1. Garantiza el adecuado funcionamiento del Sistema Informático para el cumplimiento de lo establecido en el presente Documento Normativo, según corresponda.

VIII. ANEXOS

8.1. Criterios de Ingreso según Prioridades.

8.2. Listado de Material fungible para Cuidados Críticos.

8.3. Equipo Biomédicos por Niveles de Atención para Cuidados Críticos.

IX. BIBLIOGRAFÍA

9.1. Protocolo de Admisión y Alta de la Unidad de Cuidados Intensivos. Complejo Hospitalario Universidad de Albacete. España.

Disponible en:

https://www.chospab.es/area_medica/uci/admision_alta.htm

9.2. Pedro de la Oliva, Francisco José Cambra-Lasaosa, Manuel Quintana-Díaz, Corsino Rey-Galán, Juan Ignacio Sánchez-Díaz, María Cruz Martín-Delgado, Juan Carlos de Carlos-Vicente, Ramón Hernández-Rastrollo, María Soledad Holanda-Pena, Francisco Javier Pilar-Orive, Esther Ocete-Hita, Antonio Rodríguez-Núñez, Ana Serrano-González y Luis Blanch, en representación de la Asociación Española de Pediatría (AEP), Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos (SECIP) y Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Guías de Ingreso, Alta y Triage para las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos en España. 2018.

Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/324862724_Guias_de_ingreso_alta_y_triage_para_las_unidades_de_cuidados_intensivos_pediaticos_en_Espana



ANEXO N° 01

CRITERIOS DE INGRESO SEGÚN PRIORIDADES

Prioridad 1: Son pacientes inestables con necesidad de monitoreo y tratamiento intensivo que no puede ser entregado fuera de estas unidades. En estos pacientes generalmente no hay límites para la prolongación de la terapia que están recibiendo. Pueden incluir pacientes post-operados, con insuficiencia respiratoria que requieren soporte ventilatorio, que están en shock o inestabilidad circulatoria, que necesitan monitoreo invasivo y/o drogas vasoactivas.

Prioridad 2: Estos pacientes requieren monitoreo intensivo y potencialmente pueden necesitar una intervención inmediata y no se han estipulado límites terapéuticos. Por ejemplo pacientes con estados co-mórbidos quienes han desarrollado una enfermedad severa médica o quirúrgica.

Prioridad 3: Pacientes que pueden recibir tratamiento intensivo para aliviar su enfermedad aguda, sin embargo, se le puede colocar límite a los esfuerzos terapéuticos, tales como no intubar o no efectuar reanimación cardiopulmonar si la requirieran. Ejemplos: pacientes con enfermedades malignas metastásicas complicadas con infección, taponamiento cardíaco u obstrucción de la vía aérea.

Prioridad 4: Son pacientes no apropiados para cuidados en UCI. Estos deberían ser admitidos sobre una base individual, bajo circunstancias inusuales y bajo la supervisión del jefe de la unidad. Estos pacientes se pueden clasificar en las siguientes dos categorías:

- A. Pacientes que se beneficiarían poco de los cuidados brindados por una UCI, basados en un bajo riesgo de intervención (demasiado bien para beneficiarse). Incluyen pacientes con cirugía vascular periférica, cetoacidosis hemodinámicamente estable, insuficiencia cardíaca congestiva leve, sobredosis de drogas sin alteración de conciencia, etc.
- B. Pacientes con enfermedad terminal e irreversible que enfrentan un estado de muerte inminente (demasiado enfermos para beneficiarse). Por ejemplo: daño cerebral severo irreversible, falla multiorgánica irreversible, cáncer metastásico que no ha respondido a quimio y/o radioterapia (salvo que el paciente esté en un protocolo específico), pacientes capaces de tomar decisiones que rechazan el monitoreo invasivo y los cuidados intensivos por aquellos destinados sólo al confort, muerte cerebral que no son potenciales donadores de órganos, pacientes que se encuentran en estado vegetativo persistente, etc.

*Para el caso de pacientes neonatos: Entre estos pacientes se encuentran los diagnósticos de anomalías o enfermedades genéticas incompatibles con la vida (trisomía 13, trisomía 18, anencefalia, prematuros muy extremos < 24semanas, etc).



ANEXO N° 02

LISTADO DE MATERIAL FUNGIBLE PARA CUIDADOS CRÍTICOS

ÍTEMS	PRODUCTO	CLASIFICACIÓN	
		HOSP II-2	*
		UCI	UCI PED
1	Aerocámara adulto	X	
2	Aerocámara pediátrico	X	X
3	Aguja de punción lumbar / espinal	X	X
4	Adaptadores en T para TET	X	X
5	Adaptador plástico para fibrobroncoscopio	X	X
6	Bolsa colectora de orina horaria adulto / pediátrico	X	X
7	Bolsa de alimentación parenteral	X	X
8	Recipiente de drenaje torácico horario	X	
9	Calentador de fluidos	X	
10	Sistema de drenaje cerebral	X	X
11	Campana de oxígeno pediátrico	X	
12	Máscara de oxígeno para traqueostomía	X	
13	Cánula binasal de oxígeno de diferentes tamaños	X	X
14	Cánula binasal para oxígeno y TCO2	X	X
15	Cánula de traqueostomía diferentes tamaños	X	X
16	Condensadores hidros cópicos de humedad	X	
17	Catéter arterial femoral	X	
18	Catéter arterial pulmonar con termodilución	X	
19	Catéter arterial periférico	X	
20	Catéter endovenoso central doble lumen difentes G	X	X
21	Catéter endovenoso central triple lumen difentes G	X	
22	Catéter endovenoso central inserción periférica	X	
23	Clorhexidina espuma con dispensador al 2% circuito cerrado	X	X
24	Clorhexidina espuma con dispensador al 4% circuito cerrado	X	X
25	Cloroxidante electrolítico solución hipertónica	X	X
26	Cobertor para calentamiento corporal adulto / pediátrico	X	
27	Conector básico circuito cerrado - Líneas sanguíneas	X	X
28	Conector circuito cerrado - Líneas sanguíneas	X	X
29	Conector circuito cerrado - Líneas sanguíneas con 2 extras	X	X
30	Depósito para descarte de aguja	X	X
31	Disco para electrodos adulto / pediátrico	X	X
32	Electrodo epicárdico para marcapaso	X	
33	Equipo de venoclisis para bomba de infusión	X	X
34	Equipo de aspiración descartable	X	X
35	Equipo de extensión descartable	X	X
36	Espirómetro de incentivo adulto /niño		X
37	Filtro humidificador para ventilador mecánico	X	X
38	Filtro para soluciones endovenosas	X	X
39	Glutaraldehido	X	X
40	Gel conductor para EKG	X	X
41	Guantes descartables quirúrgicos diferentes tamaño	X	X
42	Guantes descartables diferentes tamaños	X	X
43	Interfase para ventilador no invasivo adulto / niño	X	
44	Introduccion catéter de termodilución	X	
45	Jeringas descartables diferentes medidas	X	
46	Lente protector para cirujano	X	X
47	Llave de tres vías	X	X
48	Mascarilla quirúrgica y respirador contra partículas para el cuidado de la salud	X	X
49	Mascarilla nebulizadora descartable adulto y niño	X	
50	Máscara de oxígeno tipo venturi adulto y niño	X	
51	Mascarillas para oxígeno c/ reservorio adulto y niño	X	X
52	Mascarillas para oxígeno c/ reservorio	X	
53	Mascara laríngea - Set adulto y pediátrico	X	
54	Peróxido de hidrógeno	X	X
55	Set de drenaje torácico	X	



GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE INGRESO Y ALTA DEL SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR

56	Set de monitoreo arterial		X
57	Set de corrugados para ventilador mecánico	X	X
58	Set de medición de presión venosa central	X	X
59	Sonda de alimentación enteral	X	
60	Sonda de muestreo Bronco - Alveolar	X	
61	Sonda de lavado Bronco - Alveolar	X	
62	Sonda de aspiración endotraqueal diferentes tamaños	X	X
63	Sonda de aspiración endotraqueal en circuito cerrado diferente tamaño	X	X
64	Sonda de drenaje torácico	X	
65	Tubos endotraqueales descartable diferentes tamaños	X	X
66	Tubos de mayo descartable diferentes tamaños	X	X
67	Yodopovidona espuma con dispensador	X	X

* Referencial. Por tener UCI PED, se consideran los materiales referenciales del nivel III-1, según lo establecido en la Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios N° 031-MINSA/DGSP-V.01, aprobada con Resolución Ministerial N° 489-2005/MINSA



HEVES



ANEXO N° 03

LISTADO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS PARA CUIDADOS CRÍTICOS

ÍTEMS	PRODUCTO	CLASIFICACIÓN	
		HOSP II-2	*
		UCI	UCI PED
1	Analizador de Gases y Electrolitos	X	X
2	Aspirador de Secreciones rodante	X	X
3	Bomba de Infusión Endovenosa dual	X	X
4	Bomba de Infusión Endovenosa un canal	X	X
5	Bomba de Infusión de jeringa		X
6	Bomba de Infusión Enteral	X	
7	Bronco Fibroscopio	X	
8	Camilla de Transporte	X	X
9	Cama camilla - Tipo UCI - Multipropósito	X	
10	Capnógrafo más Pulsoxímetro	X	X
11	Desfibrilador con monitor y paletas externas	X	X
12	Electrocardiógrafo	X	
13	Electroencefalógrafo	X	
14	Equipo calentador de fluidos	X	X
15	Equipo micro - hematocrito	X	X
16	Gastrofibroscopio	X	
17	Incubadora de transporte estándar		X
18	Incubadora de transporte UCI		X
19	Laringoscopio adulto	X	
20	Laringoscopio pediátrico y neonatal		X
21	Maletín de reanimación cardio - pulmonar	X	X
22	Monitor de funciones vitales de 06 parámetros	X	X
23	Monitor de funciones vitales de 08 parámetros		X
24	Monitor materno fetal	X**	
25	Monitor esofágico de gasto cardiaco continuo - Doppler	X	
26	Monitor de presión intracraneal	X	
27	Pantoscopio	X	X
28	Pulso - oxímetro portátil	X	
29	Pulso - oxímetro neonatal		X
30	Pulso - oxímetro pediátrico y neonatal		X
31	Resucitador manual adulto	X	
32	Resucitador manual pediátrico y neonatal		X
33	Ventilador mecánico Adulto - Pediátrico	X	X
34	Ventilador volumétrico Invasivo y no invasivo	X	
35	Ventilador de transporte	X	X

* Referencial. Por tener UCI PED, se consideran los materiales referenciales del nivel III-1, según lo establecido en la Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios N° 031-MINSA/DGSP-V.01, aprobada con Resolución Ministerial N° 489-2005/MINSA.

