



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Viceministerio  
de Prestaciones y  
Aseguramiento en Salud

Hospital Lima Este Vitarte



## “Proyecto de Mejora: Implementación del Servicio Extendido de Cuidados Intensivos – SECI en el Hospital de Lima Este Vitarte”

ROL	A CARGO DE	V°B°	FECHA
ELABORACION	SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS		
	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA CUIDADOS CRITICOS		
REVISION	OFICINA DE CALIDAD EN SALUD		
	OFICINA DE PLANEAMIENTO, PRESUPUESTO Y MODERNIZACION		
	OFICINA DE ASESORIA JURIDICA		
APROBACIÓN	DIRECCIÓN DEL HOSPITAL		



### **Control de Cambios**

VERSIÓN	PUNTOS MODIFICADOS	FECHA
01	Versión Inicial	09//2024
02		
03		



**Elaborado por el equipo:**

**M.C. Olgún Grández Culqui**

Jefe del Servicio de Cuidados Intensivos

**M.C. Max Bendezú Jaime**

Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos

**M.C. Johan Eduardo Medrano Alvarez**

Jefe del Departamento de Atención Quirúrgica

**M.C. Xenia Villanueva Azevedo**

Jefe del Servicio de Medicina Interna

**M.C. Armando Girón Ormeño**

Jefe del Servicio de Cirugía Especialidades

**Lic. Liliana Janampa Uzurza**

Jefa de Enfermería del Servicio de Cuidados Intensivos



## INDICE

I. TITULO DE PROYECTO .....	5
II. DESCRIPCION DEL PROYECTO .....	5
III. EQUIPO DE MEJORA .....	9
IV. DEPENDENCIA.....	9
V. POBLACIÓN OBJETIVO .....	9
VI. LUGAR DE EJECUCIÓN.....	9
VII. DURACIÓN .....	9
VIII. ANTECEDENTES.....	9
IX. JUSTIFICACIÓN.....	15
X. OBJETIVOS .....	19
10.1 OBJETIVO GENERAL .....	19
10.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	19
XI. METODOLOGÍA.....	20
XII. RESULTADOS ESPERADOS .....	22
XIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	23
XIV. PROPUESTA DE FINANCIACION: .....	24
XV. ANEXOS.....	25



## I. TITULO DE PROYECTO

Implementación del Servicio Extendido de Cuidados Intensivos - SECI en el Hospital de Lima Este-Vitarte.

## II. DESCRIPCION DEL PROYECTO

El Servicio Extendido de Cuidados Intensivos (SECI) pretende mejorar la morbimortalidad mediante la detección precoz del paciente grave fuera del ámbito de la UCI y poner en práctica acciones rápidas, terapéuticas y/o de traslado.

El proyecto de mejora SECI supone un cambio de paradigma del modelo de atención al paciente crítico, abriéndose a todo el hospital, facilita la detección y tratamiento precoz de los pacientes “en riesgo” con un enfoque amplio y equitativo independientemente de su ubicación. Además, mejora la seguridad del paciente durante todo su proceso de hospitalización con un uso racional de los recursos disponibles.

La estrategia del SECI no está orientada principalmente a prevenir la parada cardiorrespiratoria, objetivo demasiado extremo, sino a mejorar la morbimortalidad mediante una detección precoz del paciente en riesgo (paciente grave) fuera del ámbito de la UCI y poner en práctica acciones precoces, terapéuticas y/o de traslado, coordinando este último a áreas especiales (UCI/UCIN).

La detección y el diagnóstico de gravedad, en el seno de un proceso patológico cualquiera, no siempre resulta fácil para el personal que lo atiende. En determinadas ocasiones se infravalora la existencia de determinados signos clínicos, y en otros casos se retrasa la toma de decisiones o se demora la búsqueda de asesoramiento, por distintos motivos, conduciendo todo ello a poner en riesgo la vida de ciertos pacientes o, al menos, a posponer los recursos terapéuticos necesarios, asimismo el número de muertes evitables e ingresos en la UCI no previstos podría reducirse si los pacientes con agravamiento de su cuadro clínico ingresados en hospitalización se identificaran de forma temprana.

La activación del SECI debe responder a la identificación de los pacientes en riesgo en base a la puntuación del sistema de aviso temprano.

FIGURA N°01

REPRESENTACION GRAFICA DEL SECI - HLEV

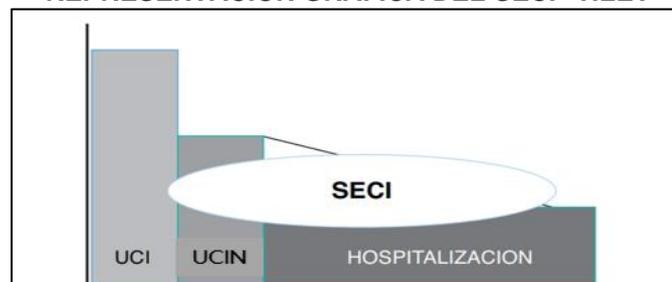


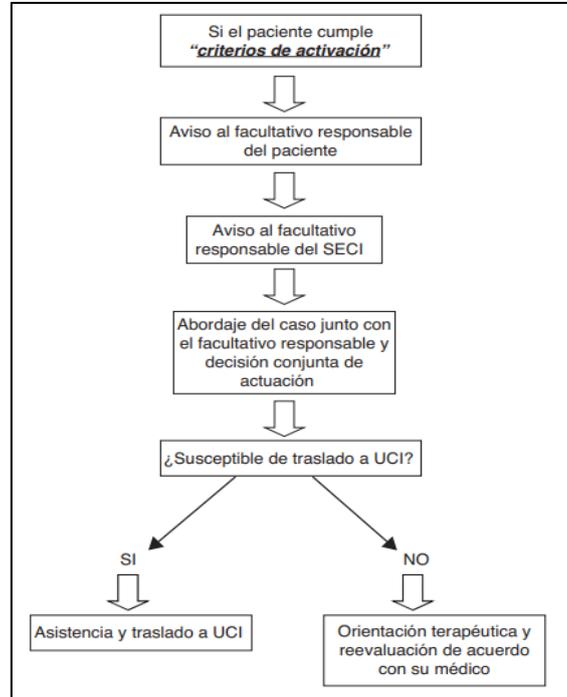
FIGURA 1: Representación gráfica del SECI dentro del hospital. El SECI se circunscribe como un nexo de unión entre la UCI/UCIN y hospitalización, disminuyendo el decalaje que muchas veces supone el paso desde los exhaustivos cuidados de las UCI hasta los cuidados menos intensivos propios de hospitalización.

El ámbito de funcionamiento del SECI se basa en dos vertientes. Por una parte, se ocupa del seguimiento a diario de todos y cada uno de los pacientes que han estado ingresados en UCI, atendiendo a un check-list elaborado para tal fin. Por otra parte, se hace cargo de todos aquellos pacientes ingresados en el hospital o en el servicio de urgencias que, si cumplen determinados criterios de activación, pueden activar su actuación si son requeridos por el médico responsable del paciente. En este último caso, el SECI, siempre en colaboración estrecha con el médico responsable del paciente, puede:

- Tratar al paciente en el piso donde éste se encuentre y hacer un seguimiento estrecho en los días posteriores.
- Trasladar al paciente a la UCI o a la UCIN, según las necesidades específicas del mismo, asistiendo al paciente durante el traslado.
- Colaborar con el médico en la realización de una justa limitación del esfuerzo terapéutico, si las condiciones del paciente así lo requieren.
- Así se conforma el llamado flujo del paciente grave (fig. 2). Esta segunda vertiente difiere bastante de la clásica llamada al intensivista de guardia, ya que aporta diferencias significativas e importantes, como son:
  - Rápida respuesta (menos de 10 min), lo que no siempre es posible con la actividad habitual del intensivista de guardia.
  - Seguimiento y tratamiento del paciente en hospitalización si no precisa traslado a UCI.
  - Llamadas al intensivista de manera más rápida, ya que no implica ingreso a la UCI, sino valoración y adecuación de medidas, selección de pacientes, evitando ingresos innecesarios y/o facilitando incluso situaciones de limitación del esfuerzo terapéutico de manera consensuada entre el facultativo responsable del paciente, la familia y el intensivista.

**FIGURA N°02**

**FLUJO DEL PACIENTE GRAVE**



**FIGURA 2:** Flujo de funcionamiento del paciente grave. Si el paciente cumple criterios de activación, el médico responsable, de acuerdo con el SECI, decidirá la mejor ubicación del paciente para su óptimo tratamiento.

**TABLA N° 01  
CRITERIOS DE ACTIVACION DEL SECI**

<b>Criterios de activación del SECI</b>
• Frecuencia respiratoria >30 rpm o <8 rpm
• Cambio agudo en la frecuencia cardiaca o frecuencia cardiaca <50 lpm ó >110 lpm
• Presión arterial sistólica < 90mmHg o disminución mayor de 40 mmHg de su presión arterial en situación basal
• Saturación arterial de oxígeno <90% sin oxigenoterapia o < 92% con oxigenoterapia
• Ritmo de diuresis <50ml en 4 h( en pacientes sondados)
• Alteración del nivel de conciencia aguda e inexplicable
• Sospecha de sepsis grave según los criterios de sepsis
• Acidosis metabólica con déficit de bases (DB) > 8 mmol/ l o lactato > 25 mg/dl

**TABLA 01:** Los criterios de activación se basan en la alteración de determinadas variables fisiológicas y/o analíticas de fácil aplicación para que, ante dichas alteraciones, los médicos responsables del paciente, independientemente de la ubicación de dicho paciente, activen la llamada al SECI.

También se consideran todos aquellos enfermos en los que su médico responsable considere que su situación clínica es preocupante y puede entrañar riesgo vital.

Por otro lado, los pacientes portadores de traqueostomía representan un grupo no menos importante en el servicio de cuidados intensivos convirtiéndose en un factor que se relaciona con la mortalidad al alta de UCI.

La procedencia de los pacientes de UCI puede ser programada o urgente. Los ingresos programados mayoritariamente son pacientes postquirúrgicos de alto riesgo, en tanto que los urgentes pueden provenir de urgencias y observación, de hospitalización o de otro centro hospitalario. El destino de los pacientes ingresados en la UCI, prácticamente en su totalidad se realiza a hospitalización.

**TABLA 2**  
**El SECI – Servicio Extendido de Cuidados Intensivos contará con el siguiente equipo de profesionales:**

PROFESIONALES	Pacientes Post alta UCI	Pacientes con Score NEWS alto	Respuesta Rápida a las Interconsultas y procedimientos invasivos Extra UCI	Pacientes portadores de Traqueostomía
MEDICO INTENSIVISTA	X	X	X	X
ENFERMERA INTENSIVISTA	X	X		X
MEDICO TRATANTE DE LAS DIFERENTES SALAS DE HOSPITALIZACION , SOP Y EMERGENCIA	X	X		
MEDICO REHABILITADOR Y/O TECNOLOGO ESPECIALISTA	X			X
MEDICO CIRUJANO CABEZA Y CUELLO				X

Elaborado por el Servicio de Cuidados Intensivos

### III. EQUIPO DE MEJORA

Estará conformado por la Alta Dirección, jefaturas y equipos de trabajo del Hospital de Lima Este – Vitarte:

EQUIPO DE MEJORA		
1	M.C. Elio Fitzgerald Rocafuerte Díaz	Director General
2	M.C. Max Bendezú Jaime	Jefe del Departamento de Emergencia Cuidados Críticos
3	M.C. Olguin Grández Culqui	Jefe del Servicio de Cuidados Intensivos
4	M.C. Walter Giancarlo Laos Molina	UCI - Cardiovascular
5	M.C. José Alberto Salazar Juárez	UCI Quirúrgica y Gineco - Obstétrica
6	M.C. Elsa Rosa Choque Camane	Unidad de Cuidados Intermedios
7	M.C. Desire Nuñez Sifuentes	UCI General
8	M.C. Cristian Alberto Castillo Boggio	Soporte Metabólico- Nutricional
9	M.C. Johan Eduardo Medrano Alvarez	Jefe del Departamento de Atención Quirúrgica
10	M.C. Magdalena Gladys Bazán Lossio	Oficina de Calidad en Salud
11	Lic. Esther Viviana Luque Cruzado	Equipo Técnico – Oficina de Calidad en Salud

### IV. DEPENDENCIA

Departamento de Emergencia Cuidados Críticos  
Servicio de Cuidados Intensivos

### V. POBLACIÓN OBJETIVO

Pacientes admitidos al Servicio de Cuidados Intensivos y pacientes hospitalizados en Servicio de Medicina, Servicio de Cirugía General, Cirugía especializada y Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Lima Este Vitarte.

### VI. LUGAR DE EJECUCIÓN

En las Instalaciones asistenciales del Hospital de Lima Este – Vitarte, distrito de Ate Vitarte, provincia y departamento de Lima.

### VII. DURACIÓN

Desde su implementación con proyección a ser permanente.

### VIII. ANTECEDENTES

El concepto de Servicio de Extensión de Cuidados Intensivos (SECI) en inglés, EWS: (Early Warning Systems) apareció en respuesta a la necesidad de un enfoque amplio de hospital más equitativo para el tratamiento de los pacientes en riesgo. Este hecho clasifica a los pacientes graves según la necesidad o el nivel de atención requerida y no según los límites geográficos del lugar en donde se encuentre el paciente.

La primera escala de alerta precoz que se publicó fue la Early Warning Score (EWS). En ella se evalúan una combinación de valores clínico-analíticos tales como presión arterial, alteraciones del ritmo cardiaco, hipoxia, alteración de la frecuencia respiratoria y alteración del nivel de conciencia.

Existen diferentes equipos de aviso temprano para la detección y el tratamiento precoz de aquellos pacientes ingresados en hospitalización que presentan un agravamiento de su cuadro clínico. Se trata de equipos adscritos en su mayor parte a UCI multidisciplinares, con diferentes coberturas y peculiaridades dependiendo de las características de cada hospital y del ámbito cultural en que nos movamos, pero con fundamentos parecidos: la identificación de los pacientes en riesgo en base a una puntuación de un sistema de aviso temprano. Así podemos encontrar equipos de extensión con diferentes nomenclaturas: Critical Care Outreach Teams (CCOT) o Patient at Risk Teams (PART) en el Reino Unido, Medical Emergency Teams (MET) en Australia o Rapid Response Teams (RRT) en Estados Unidos.

Estos equipos aparecieron inicialmente como respuesta a las paradas cardíacas intrahospitalarias con el propósito de reducir la incidencia y mejorar los resultados, pero más tarde fueron ampliando su ámbito de actuación, cada uno según las necesidades del entorno donde funcionaban.

Sin embargo, y a pesar de que han sido reconocidos como una de las estrategias para prevenir muertes evitables, la eficacia de los equipos de respuesta rápida permanece en tela de juicio. Y las causas son múltiples: heterogeneidad de los estudios, diferencias en las acciones realizadas o dificultad para comprobar resultados, entre otras.

La atención del paciente grave o potencialmente grave debe ser continua a lo largo de toda su estancia hospitalaria. Además, debe ser adecuada a la gravedad, ajustada a sus necesidades y no estar condicionada por la localización del paciente. El pronóstico dependerá tanto de la atención recibida durante el ingreso en UCI, como de la asistencia previa y posterior al alta de UCI. En este contexto surge el concepto de UCI extendida también conocida como UCI sin paredes.

En este contexto, donde la detección precoz y tratamiento anticipado del paciente en riesgo puede influir favorablemente en el curso clínico de la enfermedad, adquiere importancia la mayor vigilancia en las salas de hospitalización y una mayor competencia técnica del personal sanitario a cargo de las mismas. Son necesarios sistemas de trabajo que permitan la detección precoz de enfermos graves y/o potencialmente graves en cualquier localización del hospital para actuar en las fases iniciales de la enfermedad, antes de que el deterioro esté establecido.

Actualmente, tanto el National Institute for Health and Care Excellence británico como la Joint Commission Americana, en su documento Comisión's 2009 National Patient Safety Goals y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad recomiendan como objetivo para mejorar la seguridad de los pacientes hospitalizados la puesta en marcha de estos sistemas, su implementación ha demostrado:

- Más EFECTIVIDAD: Disminución de la morbilidad y mortalidad.
- Más EFICIENCIA del sistema: Optimización de los recursos a través de su uso racional.
- Mayor SEGURIDAD Y CALIDAD PERCIBIDA tanto por el profesional sanitario, como por el paciente y la familia.

El concepto de “UCI Extendida” va ligado a la creación de un Equipo de Respuesta Rápida y la implementación del seguimiento del paciente al alta de UCI. Con ellos garantizamos la atención previa al ingreso en UCI y los cuidados post-alta de UCI, disminuyendo la morbimortalidad de estos pacientes.

El Equipo de Respuesta Rápida - ERR es un equipo multidisciplinario, cuyos miembros pueden variar en función de las necesidades y recursos institucionales, existiendo distintos modelos. La característica común de todos ellos es que está liderado por un médico intensivista, así como una enfermera especialista en el paciente crítico. Otros miembros del equipo pueden variar, entre ellos se pueden incluir el médico responsable del paciente de hospitalización, un técnico sanitario que permita el traslado del paciente a otra unidad si es necesario, fisioterapeuta, etc.

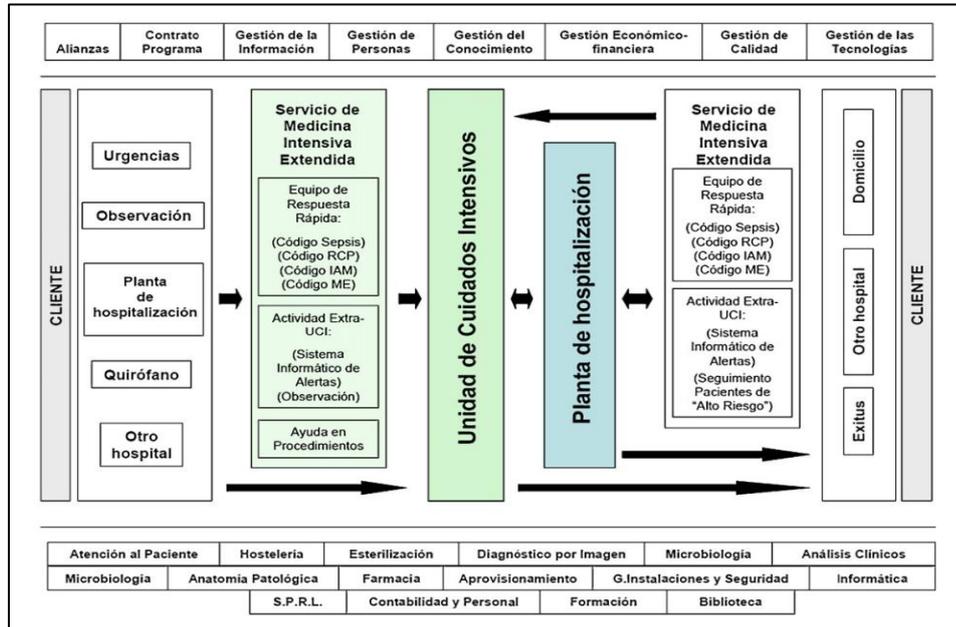
El ERR debe conocer y disponer de los medios para proporcionar un tratamiento inmediato y estabilizar al paciente en el lugar donde se haya producido el deterioro fisiológico. Asimismo, el ERR indicará los tratamientos adecuados o limitación de intervenciones médicas consensuadamente con el médico responsable del paciente y los familiares del mismo. La respuesta del equipo debe garantizarse las 24 horas del día los 7 días de la semana.

El ERR se debe activar cuando se detectan criterios de alarma que indican deterioro potencial del paciente, o bien por el médico responsable del paciente, o por cualquier otro personal sanitario. Las causas más frecuentes que desencadenan la activación del equipo suele ser insuficiencia respiratoria, alteración hemodinámica o deterioro del nivel de consciencia. Para su detección precoz se utilizan escalas de gravedad que deben cumplir la premisa de ser sencillas de aplicar, que incluyan parámetros clínicos y algún parámetro analítico básico y, sobre todo, el personal debe estar entrenado en su aplicación.

#### **El proyecto está dirigido al siguiente grupo de pacientes:**

- Pacientes post alta UCI, a quienes se les realizará el seguimiento durante los 5 primeros días.
- Pacientes con Score NEWS alto, se activa el sistema de alarma SECI para evaluación precoz, manejo y pase a la UCI o UCIM de ser necesario.
- Respuesta Rápida a las Interconsultas solicitadas y procedimientos invasivos Extra UCI
- Pacientes portadores de Traqueostomía, quienes estarán bajo seguimiento por el SECI y el equipo multidisciplinario formado por Médico Rehabilitador y el Cirujano de cabeza y cuello a fin de garantizar los procesos para una exitosa decanulación.

**FIGURA 03  
MODELO DE ATENCION SECI**



Cuando los pacientes ingresan a una Unidad de Cuidados Intensivos, se estima que hasta un 39% lo hacen de manera inoportuna, de este modo, prolongan su estadía, el costo de la atención, y aumenta su morbilidad y mortalidad por lo que la activación del SECI con sistema de puntuación de alerta precoz es indispensable, en ese contexto para el presente proyecto se considera al SCORE NEWS como herramienta de alerta.

**TABLA 03  
PUNTUACION DE ALERTA TEMPRANA MODIFICADA**

	3	2	1	0	1	2	3
Presión sistólica (mmHg)	< 70	71-80	81-100	101-199		> 200	
Frecuencia cardíaca (lpm)		< 40	41-50	51-100	101-110	111-129	> 130
Frecuencia respiratoria (rpm)		< 9		9-14	15-20	21-29	> 30
Temperatura (°C)		< 35		35-38.4		> 38.5	
Consciencia (RASS)				Alerta o 0 a +3	Reactivo a voz -1 a -3	Reactivo a dolor -4	Sin respuesta -5
colspan="8">MEWSurinario							
	3	2	1	0	1	2	3
Gasto urinario	Ninguno	< 1 mL/kg/2 h	< 1 mL/kg/h		> 3 mL/kg/2 h		

Acta Médica Grupo Ángeles. 2019; 17 (3): 252-258

Traducido de Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardizing the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party. London: RCP, 2017.



**TABLA N°04**  
**NEWS VIGENTE EN REINO UNIDO**

Tabla 2: NEWS vigente en Reino Unido.

Parámetro fisiológico	3	2	1	0	1	2	3
Frecuencia respiratoria (rpm)	< 8		9-11	12-20		21-24	> 25
SaO <sub>2</sub> (%)	< 91	92-93	94-95	> 96			
SaO <sub>2</sub> (%)	< 83	84-85	86-87	88-92 > 93 con aire	93-94 con oxígeno	95-96 con oxígeno	> 97 con oxígeno
Aire u oxígeno		Oxígeno		Aire			
Presión arterial sistólica (mmHg)	< 90	91-100	101-110	111-219			> 220
Frecuencia cardíaca (lpm)	< 40		41-50	51-90	91-110	111-130	> 131
Nivel de consciencia	Confusión, desorientación, agitación			Alerta		Confusión, desorientación, agitación	
Temperatura (°C)	< 35		35.1-36	36.1-38	38.1-39	>39.1	

Traducido de Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardizing the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party. London: RCP, 2017.

Acta Médica Grupo Ángeles. 2019; 17 (3): 252-258

**FIGURA N° 04**

**VALORACION DE NEWS**

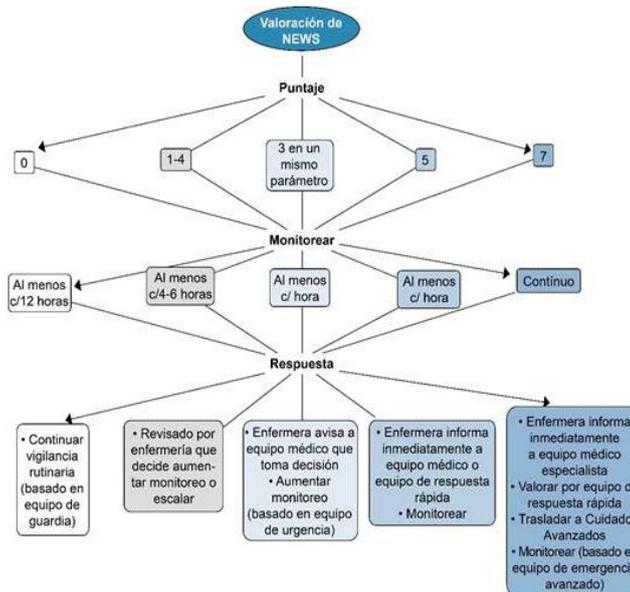


Figura 1: Algoritmo a seguir de acuerdo con la puntuación obtenida en el NEWS vigente en Reino Unido. Traducido de Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardizing the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party. London: RCP, 2017.

Acta Médica Grupo Ángeles. 2019; 17 (3): 252-258



**TABLA N°05  
ESCALA DE ADVERTENCIA TEMPRANA NEWS 2  
(NATIONAL EARLY WARNING SCORE)**

Tabla 3: Escala de advertencia temprana NEWS 2 (National Early Warning Score 2).

Parámetro fisiológico	Escala						
	3	2	1	0	1	2	3
Frecuencia respiratoria	≤ 8		9-11	12-20		21-24	≥ 25
Saturación de oxígeno (SpO <sub>2</sub> )	≤ 91	92-93	94-95	≤ 96			
SpO <sub>2</sub> en caso de EPOC	≤ 83	84-85	86-87	88-92 ≤ 93 sin O <sub>2</sub>	93-94 con O <sub>2</sub>	95-96 con O <sub>2</sub>	≥ 97 con O <sub>2</sub>
¿Oxígeno suplementario?		Sí		Aire ambiente			≥ 220
Tensión arterial sistólica	≤ 90	91-100	101-110	111-219			
Frecuencia cardíaca	≤ 40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131
Nivel de consciencia				Alerta			C, V, D, I
Temperatura	≤ 35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥ 39.1	

Reproducido con autorización de: Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS 2): Standardising the assessment of acute illness severity in the NHS. Updated report of a working party. London: RCP; 2017.

Med Crit 2019;33(2):98-103

**TABLA N°06  
RESPUESTAS ANTE LA ESCALA DE NEWS 2  
(DE ACUERDO A RANGO)**

Tabla 4: Respuestas ante la escala NEWS 2 (de acuerdo a rango).

Calificación NEWS 2	Riesgo clínico	Respuesta clínica
0	Bajo	Continuar cuidados de enfermería Signos vitales cada 12 horas
1-4	Bajo	Continuar cuidados de enfermería Signos vitales cada 4-6 horas
3 en cualquier parámetro	Bajo/medio	Respuesta urgente en piso o ala* Signos vitales cada hora
5-6	Medio	Respuesta urgente en piso o ala* Signos vitales cada hora
7 o más	Alto	Respuesta emergente** Monitoreo continuo de signos vitales

\* Respuesta por médico o equipo capacitado para atender pacientes con deterioro agudo.

\*\* El equipo de respuesta rápida debe estar capacitado para el manejo crítico, incluyendo manejo de vía aérea.

Reproducido con autorización de: Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS 2): Standardising the assessment of acute illness severity in the NHS. Updated report of a working party. London: RCP; 2017.

Med Crit 2019;33(2):98-103

## IX. JUSTIFICACIÓN

La atención clínica del paciente gravemente enfermo hospitalizado debe ser asegurada por la institución sanitaria a lo largo de toda la evolución clínica del paciente, desde su admisión hospitalaria hasta su alta domiciliaria. Cuando la forma de presentación clínica es lo suficientemente grave esta asistencia se inicia en Urgencias e inmediatamente después, se continúa en la Unidad de Cuidados Intensivos. Tras la mejoría clínica del paciente, este es dado de alta pasando a hospitalización convencional donde, si la evolución clínica es favorable, permanecerá hasta su alta hospitalaria. Si, por el contrario, la condición clínica del paciente se agravara, el ingreso en la UCI podría nuevamente ser necesario. Otras veces, sin embargo, la presentación clínica de la enfermedad no es lo suficientemente grave como para que el paciente sea atendido directamente en la UCI y tras un periodo más o menos breve de estabilización clínica inicial, el enfermo es admitido en hospitalización convencional. Si la condición clínica del paciente se agravara en el futuro, entonces el ingreso en la UCI podría igualmente ser necesario.

Pero, ¿qué pasaría si fuéramos capaces de identificar a los enfermos en situación de riesgo, antes de su empeoramiento crítico, cuando están todavía en urgencias o en hospitalización convencional? Seguramente, la atención clínica anticipada en estos enfermos en situación de riesgo podría influir favorablemente en el curso clínico y en el pronóstico de su enfermedad. Porque si la condición clínica fuera lo suficientemente grave, el necesario ingreso en la UCI se adelantaría, evitando demoras innecesarias en su tratamiento; y, sobre todo, si por el contrario la condición clínica permitiera una reorientación diagnóstica o una intensificación de las medidas terapéuticas, se podría tal vez conseguir una mejoría clínica que evitara el ingreso en la UCI, permitiéndonos, además, gestionar mejor los recursos sanitarios disponibles. Por tanto, la atención del paciente gravemente enfermo, si bien está centrada en la Unidad de Cuidados Intensivos, puede extenderse más allá de ella, siendo un proceso continuo durante toda la hospitalización del paciente.

Ello ha llevado en los últimos años a desarrollar equipos de atención médica, con diferentes integrantes y diferentes particularidades en los distintos centros y países, pero casi siempre dependientes de un médico intensivista y con el mismo propósito: la identificación temprana de los pacientes en riesgo fuera de la UCI.

En Estados Unidos estos equipos forman parte del programa «cinco millones de vidas», del Institute for Healthcare Improvement, como una de las intervenciones, basadas en la evidencia, dirigida a mejorar el pronóstico de los pacientes y a reducir el número de muertes innecesarias. Aunque con diferentes resultados individuales, parece indudable el beneficio proporcionado por estos equipos, sobre todo en lo que a la disminución del riesgo de parada cardiorrespiratoria se refiere (RR: 0,66; IC: 95% de 0,54 a 0,80), y ya se han incorporado en las guías clínicas acerca de la resucitación cardiopulmonar.

No obstante, y explicado en parte por la distinta composición de los equipos médicos, su diferente metodología de actuación concreta o los diferentes objetivos evaluados, el beneficio proporcionado en términos de mortalidad aún

está por definir debidamente (RR: 0,96; IC: 95% de 0,84 a 1,09). Con estas premisas, nuestro Servicio ha desarrollado un sistema de gestión en Medicina Intensiva basado en la seguridad del paciente gravemente enfermo durante todo el proceso de hospitalización, al que hemos denominado Servicio Extendido de Cuidados Intensivos (SECI) (fig. 2). En él se han establecido dos líneas estratégicas bien diferenciadas, en función del lugar de hospitalización del enfermo: la «Detección precoz del enfermo grave fuera de la Unidad de Cuidados Intensivos» y la «Seguridad del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos». La primera de las líneas estratégicas hace referencia a la identificación de los pacientes de riesgo fuera de la Unidad y está basada en el reconocimiento, orientación diagnóstica y tratamiento temprano del paciente grave, en colaboración con otras especialidades clínicas e independientemente de su lugar de hospitalización. Así, bien cuando un paciente cumple unos criterios de gravedad bien definidos y su médico o enfermera responsables avisan al equipo de SECI, o bien cuando directamente en su labor diaria programada este equipo identifica un paciente en situación de riesgo, se procede a la evaluación clínica detallada de la situación, y siempre de acuerdo con el médico responsable, se determina cuál es el nivel de cuidados que necesita y cuál sería su mejor ubicación.

La actividad se dirige tanto a aquellos enfermos que desde urgencias permanecen todavía en urgencias u observación o que han sido hospitalizados en una planta de cuidados convencionales como para aquellos otros que, después de su alta de la UCI, están hospitalizados en planta convencional, pero que son considerados de alto riesgo (enfermos postquirúrgicos con enfermedad médica concomitante, enfermos con fracasos orgánicos en evolución, enfermos con alta dependencia todavía de cuidados enfermeros, altas precoces forzadas por necesidades asistenciales, etc.). Una herramienta de ayuda en la necesidad de seguir a un enfermo concreto, y que sirve además de control de calidad, es el índice de Sabadell. Este índice, recientemente validado en un estudio multicéntrico de ámbito nacional, es una escala subjetiva que gradúa el pronóstico de los enfermos al alta de la UCI, en términos de supervivencia al episodio hospitalario.

**TABLA Nº 07  
INDICE DE SABADELL**

Categoría	Descripción
0	Buen pronóstico
1	Mal pronóstico a largo plazo (> 6-12 meses). Reingreso en UCI
2	Mal pronóstico a corto plazo (< 6-12 meses). Dudoso reingreso en UCI
3	Se espera el fallecimiento en el ingreso hospitalario actual

Adaptada de: Fernández R et al<sup>21</sup>.

Med Int Méx 2014;30:3-10.

El proyecto SECI se articula en la búsqueda y seguimiento activos del paciente en situación de riesgo, tanto si no ha requerido ingreso en la UCI como si ya ha sido dado de alta de ella; y en la elaboración de Sistemas de Aviso Temprano que faciliten al médico responsable la decisión de activar el SEMI de forma precoz. La actuación se basa en tres puntos básicos: la elaboración de un sistema de alerta analítico de ámbito hospitalario, la evaluación diaria de pacientes en determinadas zonas de hospitalización y el seguimiento de aquellos pacientes considerados de alto riesgo dados de alta de la Unidad.

De manera detallada, en la implementación del SECI se tendrá una base de datos electrónica actualizada diariamente a primera hora de la mañana, en la que figuran el conjunto de datos de ~ laboratorios considerados como determinantes de nuestra actuación y que se han obtenido desde el día anterior hasta esa misma mañana. Superado el umbral predeterminado (troponina Ic > 0,3 g/L, pH < 7,30, PCO2 > 50 mmHg, plaquetas < 100.000/L, lactato > 3 mmol/L), se indica el dato concreto, su hora de extracción y su valor y se relaciona con la identificación del paciente (nombre completo y número de historia clínica). A continuación, diaria y sucesivamente, uno de los intensivistas cada uno de los pacientes alertados a través de su historia clínica electrónica, y decide la necesidad o no de actuación. Si esta fuera necesaria, se pone en contacto con su médico responsable y evalúan conjuntamente la situación clínica para decidir la pauta a seguir a continuación. Las posibilidades, por tanto, serían la ayuda al ajuste terapéutico o al enfoque diagnóstico, con seguimiento estrecho de su evolución en las horas siguientes; el ingreso precoz en la UCI, encargándose del traslado y del ingreso mismo en la Unidad; o la participación en la decisión de la limitación de los tratamientos de soporte vital (LTSV).

También diariamente se evalúa la condición clínica de los pacientes admitidos en observación de urgencias con el médico responsable de la misma. Y de manera similar, diariamente también se evalúa clínicamente a aquellos enfermos que han sido dados de alta ya de la unidad, considerados de alto riesgo. Estos enfermos, con índices de Sabadell 1 o 2, son aquellos cuya estancia en la unidad ha sido prolongada (> 10 días), que necesitan todavía demasiados cuidados enfermeros, que han sido dados de alta con traqueotomía o, por ejemplo, aquellos que se han hospitalizado en una planta quirúrgica y reciben al alta todavía tratamiento por una complicación infecciosa.

Entonces supone un cambio en el modelo del funcionamiento tradicional de las UCI, tanto a nivel organizativo como a nivel conceptual. El enfermo ya no solo es el que se encuentra ingresado en la propia Unidad, sino que es aquel cuya condición clínica puede agravarse, independientemente de donde se encuentre hospitalizado, porque su atención clínica temprana beneficiará su evolución posterior. Ello, además, no redundará solo en beneficio del enfermo, porque modificar el flujo de pacientes de la vía urgente a la vía preferente supone descargar la primera, atendida únicamente por el personal destinado a la guardia. El conocer de forma más precisa la situación clínica de esos pacientes evaluados, permite por tanto gestionar mejor los recursos de los que se dispone.

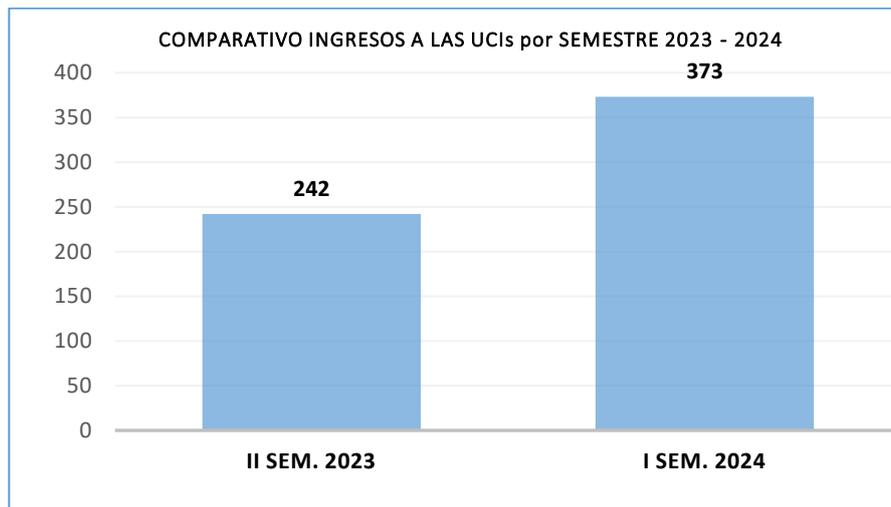
En base a lo expuesto es preciso recalcar que la demanda de pacientes críticos con necesidad de camas UCI se ha incrementado de forma exponencial. A



continuación, se detalla información estadística de pacientes admitidos al servicio de cuidados intensivos

### GRAFICO N°04

#### COMPARATIVO DE INGRESOS A LAS UCIs POR SEMESTRE 2023 - 2024



Fuente: Oficina de Estadística y Tecnologías de la Información– HLEV

GRAFICO N° 09: Se observa el comparativo de ingresos de las UCIs, siendo del II Semestre 2023 con 242 ingresos y el I Semestre 2024 supera los ingresos con 373.

### GRAFICO N° 05

#### ATENCIONES POR ACCIDENTES DE TRANSITO POR SEMANAS HLEV – 2024



Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental – HLEV 2024

GRAFICO N°05: Se puede apreciar que hasta la semana 31 del año 2024 hemos tenido 500 casos de accidentes de tránsito que han ingresado a la Emergencia del Hospital de Lima Este Vitarte, siendo un canal de pacientes críticos para la UCI.

 <b>HOSPITAL DE LIMA ESTE - VITARTE</b>	<b>PROYECTO DE MEJORA: IMPLEMENTACION DEL SERVICIO EXTENDIDO DE CUIDADOS INTENSIVOS – SECI EN EL HOSPITAL DE LIMA ESTE - VITARTE</b>	Versión: 01 Año: 2024
--	--	--------------------------

Por otro lado, el Presente proyecto de mejora se encuentra en el marco legal:

- Ley N° 26842 – Ley General de la Salud y sus modificatorias.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
- Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 489-2005/MINSA, aprueba Norma Técnica N° 031- MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios”.
- Resolución Ministerial N° 697-2006/MINSA, que aprueba la Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica en Cuidados Intensivos (4)”.
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N°050-MINSA/DGSP-v.02 Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N°021-MINSA/DGSP-v.03, Norma Técnica de Salud “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”.
- Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad.
- Resolución Ministerial N° 226-2024/MINSA, que formaliza como órgano desconcentrado al Hospital de Lima Este-Vitarte, unidad ejecutora N° 150 del Ministerio de Salud.
- Resolución Viceministerial N° 082-2024-SA/DVMPAS, que aprueba el Manual de Operaciones del Hospital de Lima Este-Vitarte.
- Resolución Directoral N° 101-2023-DMGS-DIRIS-LE/MINSA, que asigna la categoría III-E, Hospital de atención especializada campo clínico médico quirúrgico al Hospital de Lima Este-Vitarte.
- Resolución Directoral N° 758 – 2023-DG-DIRIS-LE/MINSA que aprueba la Cartera de Servicios del Hospital Lima Este Vitarte Categoría III-E.

## **X. OBJETIVOS**

### **10.1 OBJETIVO GENERAL**

Disminuir los tiempos de respuesta e identificación precoz del paciente potencial con riesgo alto de mortalidad, asegurando el seguimiento especializado extra Unidad de Cuidados Intensivos – UCI.

### **10.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Disminuir los tiempos de Respuesta para la evaluación del paciente crítico y su respectivo abordaje.
- Identificación precoz de los factores de riesgo para muertes prevenibles y su respectivo manejo de ser posible a fin de disminuir la mortalidad o su ingreso a una cama UCI

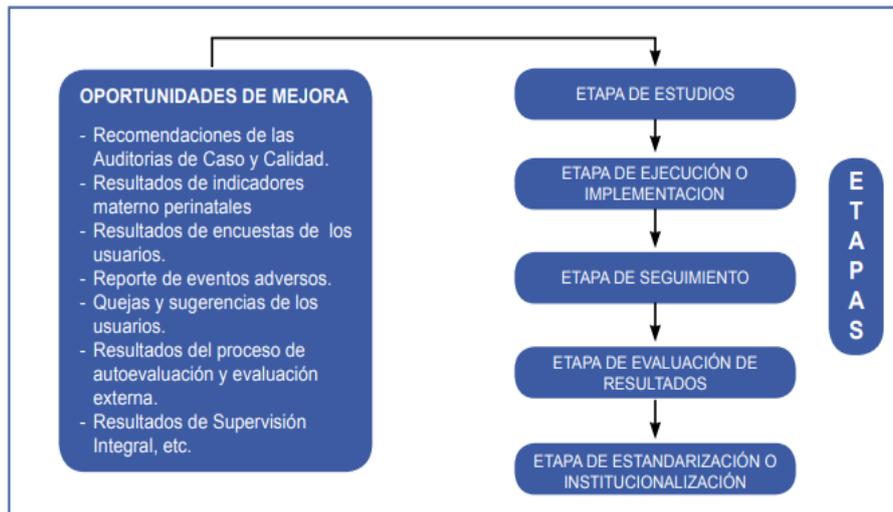


- Disminuir la tasa de reingresos y garantizar el seguimiento de los pacientes dados de alta del Servicio de Cuidados Intensivos.
- Garantizar los procesos para una exitosa decanulación de los pacientes portadores de traqueotomía a través del seguimiento por el SECI y el equipo multidisciplinario

## XI. METODOLOGÍA

El Proyecto de mejora se ha elaborado teniendo en cuenta la Metodología para el análisis y solución de problemas, desarrollando la primera etapa de acuerdo a la Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora aprobada con RM N°095-2012/MINSA:

### ETAPAS DEL PROYECTO DE MEJORA



Fuente: Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora - RM N°095-2012/MINSA

## 10.1 Técnicas y Herramientas de Calidad

### 1) Lluvia de Ideas

Nº	Relación de Problemas de la Especialidad de Medicina Intensiva
1	Alta tasa de muertes prevenibles por falta de un Servicio Extendido de Cuidados Intensivos
2	Estancia prolongada en salas de hospitalización
3	Incremento del número de pacientes portadores de traqueostomía
4	Incremento de Reingresos al Servicio de Cuidados intensivos

El equipo de mejora hace un listado de problemas identificados dentro del Servicio de Cuidados Intensivos.

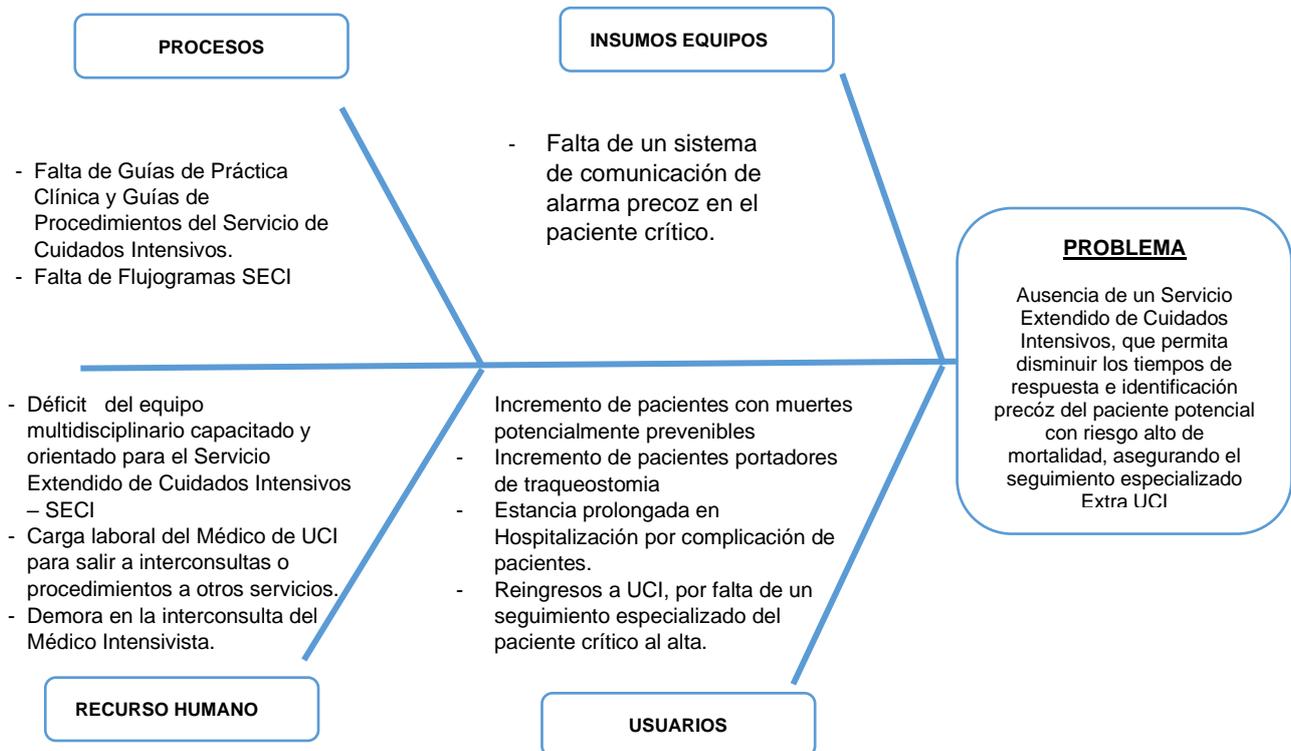
## 2) Matriz de selección o priorización de problemas

El equipo de mejora evalúa la prioridad de los problemas, dando puntaje a cada uno y seleccionando el que es más frecuente, importante y factible, siendo elegido el problema N°01: Alta tasa de muertes prevenibles por falta de un Servicio Extendido de Cuidados Intensivos.

Nº	Problemas identificados en la lluvia de ideas	Frecuencia	Importancia	Factibilidad	Total
1	Alta tasa de muertes prevenibles por falta de un Servicio Extendido de Cuidados Intensivos	3333333333	3333333333	3333333333	99
2	Estancia prolongada en salas de hospitalización	0000000000	0000000000	0000000000	0
3	Incremento del número de pacientes portadores de traqueostomía	2222222222	2222222222	2222222222	66
4	Incremento de Reingresos al Servicio de Cuidados intensivos	1111111111	1111111111	1111111111	33

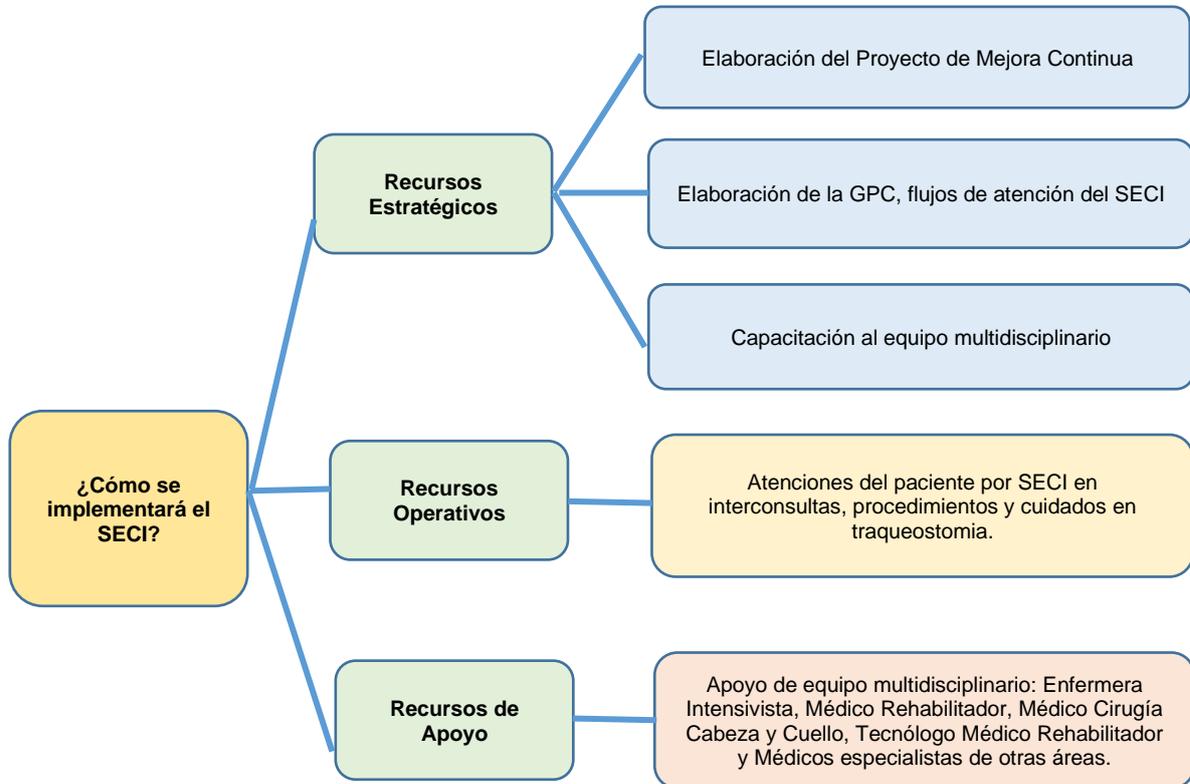
Alto 3, Medio 2, Bajo 1

## 3) Diagrama de Ishikawa: Identificación de la Causa – Efecto





#### 4) Árbol de Solución de Problemas



## XII. RESULTADOS ESPERADOS

De acuerdo a los indicadores de atención para este plan de mejora, se espera tener anualmente los siguientes resultados:

N°	INDICADORES	N°
1	Nº de atenciones por médico especialista del SECI en Interconsultas	1000/año
2	Nº de atenciones por médico especialista del SECI en Procedimientos	200/año
3	Nº de atenciones por médico especialista del SECI	1000/año
4	Nº de atenciones por médico especialista del SECI en Cuidados de Traqueostomía	1000/año
5	Nº de atenciones por Enfermera especialista del SECI	1000/año
6	Nº de atenciones por Enfermera especialista del SECI en Cuidados de Traqueostomía	100/año

### XIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Objetivo General	Objetivos Específicos	Actividades	Fuentes de Verificación	Meta Anual	Responsable	2024	2025			
						IV TRIM	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM
Disminuir los tiempos de respuesta e identificación precoz del paciente potencial con riesgo alto de mortalidad, asegurando el seguimiento especializado extra UCI	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disminuir los tiempos de Respuesta para la evaluación del paciente crítico y su respectivo abordaje.</li> <li>Identificación precoz de los factores de riesgo para Muertes prevenibles y su respectivo manejo de ser posible a fin de disminuir la mortalidad o su ingreso a una Cama UCI</li> <li>Disminuir la tasa de Reingresos y garantizar el seguimiento de los Pacientes Dados de alta del Servicio de Cuidados Intensivos.</li> <li>Garantizar los procesos para una exitosa decanulación de los pacientes portadores de Traqueostomía a través del Seguimiento por el SECI y el equipo multidisciplinario</li> </ul>	Conformación del equipo de mejora	Resolución Directoral	1	Oficina de Calidad en Salud	X				
		Elaboración y aprobación del Proyecto de Mejora	Resolución Directoral	1	Equipo de Mejora	X				
		Reuniones de coordinación y organización del equipo multidisciplinario (Medico Intensivista, Enfermera Intensivista, Médico Rehabilitador, Médico Cirugía Cabeza y Cuello, Tecnólogo Médico Rehabilitador, Médicos especialistas de otras áreas).	Libro de actas	5	Servicio de Cuidados Intensivos	X	X	X	X	X
		Capacitación del equipo multidisciplinario.	Libro de actas	5	Servicio de Cuidados Intensivos	X	X	X	X	X
		Socializar y sensibilizar Flujos de atención para las modalidades de atenciones planteadas por SECI	Libro de actas	5	Servicio de Cuidados Intensivos	X	X	X	X	X
		Elaboración de Guías de Práctica Clínica	Guías de Práctica Clínica.	5	Servicio de Cuidados Intensivos	X	X	X		
		Atención de pacientes por interconsulta SECI	Historia Clínica / Sistema	1000	Servicio de Cuidados Intensivos	X	X	X	X	X
		Atención de pacientes para procedimientos SECI		200						
		Atención de pacientes por SECI		1000						
		Atención de paciente cuidados de traqueostomía x Médico Especialista		1000						
		Atención de paciente por Enfermera Especialista SECI		1000						
		Atención de paciente cuidados de Traqueostomía x Enfermera		100						
		Evaluación de los indicadores del SECI	Informes	3	Servicio de Cuidados Intensivos	X		X		X
		Seguimiento y Monitoreo del Proyecto de Mejora	Informes	1	Oficina de Calidad en Salud	X				X

 <b>HOSPITAL DE LIMA ESTE - VITARTE</b>	<b>PROYECTO DE MEJORA: IMPLEMENTACION DEL SERVICIO EXTENDIDO DE CUIDADOS INTENSIVOS – SECI EN EL HOSPITAL DE LIMA ESTE - VITARTE</b>	Versión: 01 Año: 2024
--	--	--------------------------

#### XIV. PROPUESTA DE FINANCIACION:

El Servicio de Cuidados Intensivos en el POI 2024 Actualizado Versión 1, se encuentra articulado a las Categorías Presupuestales: PP 0002. Salud Materno Neonatal, PP 0017. Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis y 9002. Asignaciones Presupuestales que No resultan en Productos, según se muestra:

CENTRO DE COSTO	OEI	AEI	CATEGORÍA PRESUPUESTAL	ACTIVIDAD PRESUPUESTAL
SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS GENERALES	OEI.01. PREVENIR; VIGILAR; CONTROLAR Y REDUCIR EL IMPACTO DE LAS ENFERMEDADES; DAÑOS Y CONDICIONES QUE AFECTAN LA SALUD DE LA POBLACIÓN; CON ÉNFASIS EN LAS PRIORIDADES NACIONALES	AEI.01.06. PREVENCIÓN; DETECCIÓN PRECOZ Y ATENCIÓN INTEGRAL; POR CURSO DE VIDA; DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES CON ÉNFASIS EN LAS PRIORIDADES SANITARIAS NACIONALES.	17. ENFERMEDADES METAXÉNICAS Y ZONOSIS	5000093. EVALUACION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES METAXENICAS
	OEI.02. GARANTIZAR EL ACCESO A CUIDADOS Y SERVICIOS DE SALUD DE CALIDAD ORGANIZADOS EN REDES INTEGRADAS DE SALUD; CENTRADAS EN LA PERSONA; FAMILIA Y COMUNIDAD; CON ÉNFASIS EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	AEI.02.04. ATENCIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS MÉDICAS; EFICIENTE Y OPORTUNA.	9002. ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS	5001568. ATENCION DE CUIDADOS INTENSIVOS
SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	OEI.01. PREVENIR; VIGILAR; CONTROLAR Y REDUCIR EL IMPACTO DE LAS ENFERMEDADES; DAÑOS Y CONDICIONES QUE AFECTAN LA SALUD DE LA POBLACIÓN; CON ÉNFASIS EN LAS PRIORIDADES NACIONALES	AEI.01.06. PREVENCIÓN; DETECCIÓN PRECOZ Y ATENCIÓN INTEGRAL; POR CURSO DE VIDA; DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES CON ÉNFASIS EN LAS PRIORIDADES SANITARIAS NACIONALES.	2. SALUD MATERNO NEONATAL	5000054. ATENDER AL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES
				5000055. ATENDER AL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIERE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES - UCIN
SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS	OEI.02. GARANTIZAR EL ACCESO A CUIDADOS Y SERVICIOS DE SALUD DE CALIDAD ORGANIZADOS EN REDES INTEGRADAS DE SALUD; CENTRADAS EN LA PERSONA; FAMILIA Y COMUNIDAD; CON ÉNFASIS EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	AEI.02.04. ATENCIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS MÉDICAS; EFICIENTE Y OPORTUNA.	9002. ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS	5001568. ATENCION DE CUIDADOS INTENSIVOS

 <b>HOSPITAL DE LIMA ESTE - VITARTE</b>	<b>PROYECTO DE MEJORA: IMPLEMENTACION DEL SERVICIO EXTENDIDO DE CUIDADOS INTENSIVOS – SECI EN EL HOSPITAL DE LIMA ESTE - VITARTE</b>	Versión: 01 Año: 2024
--	--	--------------------------

Respecto a la disponibilidad presupuestal debemos indicar que el financiamiento de los bienes, servicios y equipamiento que contempla el presente proyecto de mejora, se realizará con los recursos presupuestales asignados, tal como se señala a continuación:

OEI	Categoría	Producto ID	Producto	Actividad Presupuestal ID	Actividad Presupuestal	Actividad Operativa
	0017 ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZONOSIS	3043983	3043983 DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES METAXENICAS	5000093	5000093 EVALUACION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES METAXENICAS	
	0104 REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS	3000686	3000686 ATENCION DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD	5005904	5005904 ATENCION DE LA EMERGENCIA DE CUIDADOS INTENSIVOS	
	ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS	3999999	SIN PRODUCTO	5001568	5001568. ATENCION DE CUIDADOS INTENSIVOS	
	0017 ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZONOSIS	3043983	3043983 DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES METAXENICAS	5000093	5000093 EVALUACION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES METAXENICAS	
	ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS	3999999	SIN PRODUCTO	5001568	5001568. ATENCION DE CUIDADOS INTENSIVOS	
	ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS	3999999	SIN PRODUCTO	5001566	5001566 OTRAS ATENCIONES DE SALUD ESPECIALIZADAS	
	ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS	3999999	SIN PRODUCTO	5001566	5001566 OTRAS ATENCIONES DE SALUD ESPECIALIZADAS	

El presente proyecto no impulsará gastos adicionales ya que se cuenta con la infraestructura de Salas UCIs, además del equipo multidisciplinario altamente capacitado y especializado para el SECI. El financiamiento del presente plan de mejora se encuentra dentro de la categoría de Asignaciones Presupuestales que no resultan en productos.

## XV. ANEXOS

ANEXO N° 01: CRONOGRAMA DE ATENCIÓN DEL PROGRAMA SECI – SCORE NEWS

ANEXO N° 02: CRONOGRAMA DE ATENCIÓN DEL PACIENTE SECI– POST ALTA UCI

ANEXO N° 03: CRONOGRAMA DE ATENCION DEL PROGRAMA SECI - PORTADOR DE TRAQUEOSTOMIA

ANEXO N° 04: PROCEDIMIENTO: FLUJO DE ATENCION DEL PACIENTE SECI



**ANEXO 01: CRONOGRAMA DE ATENCION DEL PROGRAMA SECI – SCORE NEWS**

<b>PACIENTE CON SCORE NEWS BAJO – MODERADO – ALTO</b>							
<b>Nº DE CONSULTAS</b>	<b>PROFESIONAL A CARGO</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>DIA</b>	<b>HORARIO</b>	<b>TIEMPO POR CADA PACIENTE</b>	<b>TOTAL DE PACIENTES A ATENDER</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
<b>1 CONSULTA</b>	<b>MEDICO INTENSIVISTA</b>	Evaluación y seguimiento de los pacientes con el Score News	Todos los días	8 AM - 8 PM 12 HORAS	INDIVIDUALIZADO	Según demanda	Según evaluación con Score News se deja sugerencias o se decide traslado precoz a UCI o UCIN
<b>2 CONSULTA</b>	<b>ENFERMERA INTENSIVISTA</b>	Evaluación y seguimiento de los pacientes con el Score News	Todos los días	8 AM - 8 PM 12 HORAS	INDIVIDUALIZADO	Según demanda	Según evaluación con Score News se efectiviza sugerencias o se coordina traslado precoz a UCI o UCIN
<b>3 CONSULTA</b>	<b>MEDICO ESPECIALISTA TRATANTE DE PLANTA HOSPITALIZACION – OTRAS AREAS</b>	Evaluación y solicitud de interconsulta para pacientes en riesgo con el Score News	Todos los días	8 AM - 8 PM 12 HORAS	INDIVIDUALIZADO	Según demanda	solicitud de interconsulta para pacientes en riesgo con el Score News

### ANEXO 02: CRONOGRAMA DE ATENCION DEL PACIENTE SECI – POST ALTA UCI

<b>PACIENTE POST ALTA DE UCI</b>							
Nº DE CONSULTAS	PROFESIONAL A CARGO	ACTIVIDADES	DIA	HORARIO	TIEMPO POR CADA PACIENTE	TOTAL DE PACIENTES A ATENDER	OBSERVACIONES
1 CONSULTA	MEDICO INTENSIVISTA	Evaluación y abordaje precóz del paciente en riesgo. Seguimiento a los pacientes post alta de UCI	Todos los días	8 AM - 8 PM 12 HORAS	INDIVIDUALIZADO	Según demanda	Médico SECI evalúa, paciente se queda en hospitalización bajo seguimiento SECI
2 CONSULTA	ENFERMERA INTENSIVISTA	- Evaluación y abordaje precóz del paciente en riesgo. Seguimiento a los pacientes post alta de UCI Registro de los Pacientes con Score Moderado	Todos los días	8 AM - 8 PM 12 HORAS	INDIVIDUALIZADO	Según demanda	Registro y seguimiento estricto
3 CONSULTA	MEDICO ESPECIALISTA TRATANTE DE PLANTA HOSPITALIZACION – OTRAS AREAS	- Activar el Sistema de seguimiento paciente post alta UCI	Todos los días	8 AM - 8 PM 12 HORAS	INDIVIDUALIZADO	Según demanda	Activa el Sistema de Alarma SECI llamando al número de celular <b>903206178</b>

**ANEXO 03: CRONOGRAMA DE ATENCION DEL PROGRAMA SECI – PORTADOR DE TRAQUEOSTOMIA**

<b>PACIENTE PORTADOR DE TRAQUEOSTOMIA</b>							
Nº DE CONSULTAS	PROFESIONAL A CARGO	ACTIVIDADES	DÍA	HORARIO	TIEMPO POR CADA PACIENTE	TOTAL DE PACIENTES A ATENDER	OBSERVACIONES
<b>1 CONSULTA</b>	<b>MEDICO INTENSIVISTA</b>	Evaluación y seguimiento de los pacientes portadores de traqueostomía	Todos los días	8 AM - 8 PM 12 HORAS	INDIVIDUALIZADO	Según demanda	Médico SECI evalúa, paciente se queda en su unidad bajo seguimiento SECI
<b>2 CONSULTA</b>	<b>ENFERMERA INTENSIVISTA</b>	Evaluación y seguimiento de los pacientes portadores de traqueostomía Cuidados de traqueostomía Educación Continua al personal de enfermería extra UCI en cuidados del paciente con traqueostomía	Todos los días	8 AM - 8 PM 12 HORAS	INDIVIDUALIZADO	Según demanda	Registro y seguimiento estricto
<b>3 CONSULTA</b>	<b>MEDICO ESPECIALISTA EN REHABILITACION Y/O TECNOLOGO MEDICO</b>	Seguimiento a los pacientes portadores de traqueostomía Realizar Terapia respiratoria Completar procesos para la decanulación	Todos los días	8 AM - 8 PM 12 HORAS	INDIVIDUALIZADO	Según demanda	Completar procesos para la decanulación
<b>4 CONSULTA</b>	<b>CIRUJANO DE CABEZA Y CUELLO</b>	Seguimiento a los pacientes portadores de traqueostomía Supervisión, cambios de cánulas de traqueostomía Completar procesos para la decanulación	Todos los días	8 AM - 8 PM 12 HORAS	INDIVIDUALIZADO	Según demanda	Completar procesos para la decanulación



**ANEXO 04: PROCEDIMIENTO: FLUJO DE ATENCION DEL PACIENTE SECI**

