



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 17 de Septiembre de 2019

VISTO: El Expediente N° 17587-2019, con el Oficio N° 880-2019-DEMCC-HCH, del Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, el Informe Técnico N° 074-OGC-HCH-2019, remitido por la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, y el Informe N° -2019-OAJ/HCH, y;

CONSIDERANDO:

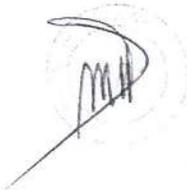
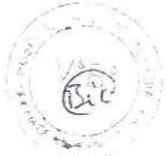
Que, el artículo I y II de la Ley General de Salud, Ley N° 26842, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; siendo su protección de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas de los servicios de salud, se modificó la Ley General de Salud en cuanto al Acceso a los Servicios de Salud, Acceso a la Información, Atención y recuperación de Salud, Consentimiento Informado; así como las incompatibilidades, limitaciones y prohibiciones y vulneración de derechos en los servicios de Salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud N° 042-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de los Servicios de Emergencia de los Hospitales del Sector Salud", la cual tiene como objetivo general, establecer las norma técnico administrativas para la atención de los pacientes en el servicio de emergencia;

Que, las Directivas son el conjunto de normas o lineamientos técnicos formulados de acuerdo a las necesidades de gestión, asimismo, están orientados a establecer aspectos técnicos legales en materias específicas y así también, orientar regular y definir los procedimientos que deben de seguirse para la realización de actos administrativos y de administración interna;

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, se aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", el cual resulta de observancia obligatoria para las Direcciones Generales, Oficinas Generales, Organos Desconcentrados y Organismos Públicos del Ministerio de Salud; estableciendo en el punto 5.4 que los documentos que se emitan tendrán la siguiente denominación según el caso; Normativa Técnica de Salud, Directiva, Guías Técnica o Manuales y Documentos Técnicos; por lo que en el numeral 6.1.2., se señala que debe entenderse la Directiva como el Documento Normativo con el que se establecen aspectos técnicos y operativos en materia específicas y cuya emisión puede obedecer a los dispuesto en una norma legal de carácter general o de una NTS;



Que, Oficio N° 880-2019-DEMCC-HCH, el Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, solicita la aprobación de la Directiva Administrativa N° 003-DEMCC-2019/HCH V. 02 "Disposiciones que Regulan la Atención en el Servicio de Emergencia del Hospital Cayetano Heredia";

Que, el literal i) del artículo 6° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia dispone que la Dirección General esta cargo de un Director General y tiene como una de sus funciones expedir Resoluciones Directoral en los asuntos de su competencia;

Que, estando a lo propuesto por el Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, y lo opinado por la Oficina de Asesoría Jurídica en el Informe N° -2019-OAJ/HCH;

Con visación del Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, y de la Jefa de Asesoría Jurídica;

De conformidad con las normas contenidas en el TUO de la Ley N° 27444, aprobado por D.S. N° 004-2019-JUS, Ley de Procedimiento Administrativo General y el Reglamento de Organizaciones y Funciones del Hospital Cayetano Heredia; aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007-MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°. - **APROBAR** la Directiva Administrativa N° 003-DEMCC-2019/HCH V. 02 "Disposiciones que Regulan la Atención en el Servicio de Emergencia del Hospital Cayetano Heredia", la misma que se adjunta y forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°. - **ENCARGAR** al Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital Cayetano Heredia, adopte las acciones administrativas para el cumplimiento de la presente Directiva.

Artículo 3°. - **DISPONER** que la Oficina de Comunicaciones efectúe la publicación y difusión de la presente Resolución Directoral en el Portal de Transparencia Estándar del Hospital Cayetano Heredia

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.

() ACPR/BIC/Chg.
DISTRIBUCIÓN:
() DG
() OGC
() OAJ
() OC

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
Dra. AIDA CECILIA PALACIOS RAMIREZ
DIRECTORA GENERAL
C.M.º 88877 B.N.E. 9534

CERTIFICO:
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Al que remito para los fines pertinentes
18 SEP. 2019
Srta. Alejandra Calderón Pérez
FEDATARIA
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 003-DEMCC-2019/HCH V. 02

"DISPOSICIONES QUE REGULAN LA ATENCIÓN EN EL
SERVICIO DE EMERGENCIA "
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA



2019



A handwritten signature in dark ink, appearing to be a stylized 'S' or 'M'.



DIRECTIVA SANITARIA N° 003DEMCC/OGC-V.02.2019

ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

INDICE

- I. Finalidad
- II. Objetivos
- III. Ámbito de aplicación
- IV. Base legal
- V. Disposiciones Generales
- VI. Disposiciones Específicas
- VII. Responsabilidades
- VIII. Disposiciones Finales.



I. FINALIDAD

La presente directiva sanitaria tiene por finalidad formalizar los procesos de gestión garantizando la óptima atención del paciente en situación de emergencia en los servicios de emergencia del Hospital Cayetano Heredia.

Toda persona tiene derecho a recibir, en cualquier establecimiento de salud, atención médico quirúrgica de emergencia cuando lo necesite, estando los establecimientos de salud sin excepción obligados a prestar esta atención, mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida y salud.

Toda persona tiene derecho a la protección de su salud en los términos y condiciones que establece la ley. El derecho a la protección de la salud es irrenunciable

II. OBJETIVOS

- Establecer los criterios de atención de emergencia, por prioridades, para determinar la responsabilidad del personal de salud, sin perjuicio de la denuncia penal a que hubiere lugar contra los infractores.
- Asegurar la atención médico quirúrgica de emergencia a quien la necesite y mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida y salud, de acuerdo a responsabilidades, según donde se encuentre el paciente.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente directiva será de aplicación del personal asistencial y administrativo del Servicio de Emergencia Adultos Hospital Cayetano Heredia (unidad de triaje, unidad de Trauma Shock, Tópico de Cirugía, Tópico de Gineco-Obstetricia, Tópico de Medicina y Observación de Emergencia), servicios de farmacia, laboratorio, diagnóstico por



[Handwritten signature]



imágenes, servicio social seguridad interna, admisión, caja cuentas corrientes e informes y hospitalización del Hospital Cayetano Heredia según corresponda.

IV. BASE LEGAL

- Constitución Política del Perú
- Ley N° 26842 Ley General de Salud
- Ley N° 27604, que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la Obligación de los Establecimientos de Salud a dar atención médica en casos de Emergencias y Partos.
- Ley N° 29414, que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- Ley N° 29344, sobre el Marco de Aseguramiento Universal en Salud
- Norma Técnica 042 MINSA/DGSP-V.01. Norma Técnica de los servicios de Emergencias de los Hospitales del Sector Salud.

V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1 Definiciones operacionales:

5.1.1 Área de Emergencia.-

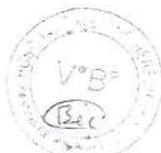
Es aquel ambiente dependiente de un Centro Hospitalario, donde se otorgan prestaciones de salud las 24 horas del día a pacientes que demandan atención inmediata. De acuerdo a su Nivel de Complejidad pueden resolver diferentes categorías y prioridades de daños.

5.1.2. Daño

Compromiso del estado de salud en grado diverso. Los daños en el Servicio de

Emergencia se clasifican de acuerdo a su prioridad:

1. Prioridad I Emergencia o Gravedad Súbita Extrema
2. Prioridad II Urgencia Mayor
3. Prioridad III Urgencia Menor
4. Prioridad IV Patología Aguda Común.



5.1.3. Según la Norma Técnica 042 de los servicios de emergencia del sector salud aún vigente, considera las siguientes patologías con las respectivas prioridades:

Prioridad I

Pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte y que requieren atención inmediata en la Sala de Reanimación – Shock Trauma y Unidad de Cuidados Intensivos (previa evaluación).

1. Paro Cardio-Respiratorio.
2. Dolor Torácico Precordial de posible origen cardiogénico con o sin hipotensión.
3. Dificultad respiratoria (evidenciada por polipnea, taquipnea, tiraje, sibilantes, estridor, cianosis)
4. Shock (Hemorrágico, cardiogénico, distributivo, obstructivo) con o sin falla multiorgánica.
5. Arritmia con compromiso hemodinámico de posible origen cardiogénico con o sin hipotensión.
6. Hemorragia profusa con descompensación hemodinámica.
7. Obstrucción de vía respiratoria alta.
8. Inestabilidad Hemodinámica (hipotensión / shock / crisis hipertensiva).
9. Paciente inconsciente que no responde a estímulos.
10. Paciente con trauma severo como:
 - Víctima de accidente de tránsito.
 - Quemaduras con extensión mayor del 20%.
 - Precipitación.
 - Dos o más fracturas de huesos largos proximales.
 - Injurias en extremidades con compromiso neurovascular.
 - Herida de bala o arma blanca.
 - Sospecha de traumatismo vertebro medular.
 - Evisceración.



- Amputación con sangrado no controlado.
 - Traumatismo encéfalo craneano.
11. Status Convulsivo.
 12. Sobredosis de drogas o alcohol más depresión respiratoria y/o descompensación hemodinámica.
 13. Ingesta de órgano fosforado, ácido, álcalis, otras intoxicaciones o envenenamientos, con trastorno del sensorio y/o inestabilidad hemodinámica.
 14. Signos y síntomas de abdomen agudo con descompensación hemodinámica.
 15. Signos y síntomas de embarazo ectópico roto con descompensación hemodinámica.
 16. Signos vitales anormales:

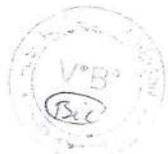
ADULTO

- Frecuencia Cardíaca < 50 x min.
- Frecuencia Cardíaca > 150 x min.
- Presión Arterial Sistólica < 90 mmHg.
- Presión Arterial Sistólica > 220 mmHg.
- Presión Arterial Diastólica > 110 mmHg ó 30 mmHg por encima de su basal.
- Frecuencia Respiratoria > 35 x min.
- Frecuencia Respiratoria < 10 x min.

PEDIÁTRICO

Lactante

- Frecuencia Cardíaca ≤ 60 x min.
- Frecuencia Cardíaca ≥ 200 x min.
- Presión Arterial Sistólica < 60 mmHg.
- Frecuencia Respiratoria ≥ a 60 x min. (Hasta los 2 meses).
- Frecuencia Respiratoria ≥ a 50 x min (desde los 2 meses al año)
- Saturación de oxígeno ≤ a 85%.



Pre Escolar

- Frecuencia Cardíaca ≤ 60 x min.
 - Frecuencia Cardíaca ≥ 180 x min.
 - Presión Arterial Sistólica < 80 mmHg.
 - Frecuencia Respiratoria $>$ a 40 x min. (sin fiebre).
 - Saturación de oxígeno \leq a 85%.
17. Suicidio frustrado, con trastorno del sensorio y/o descompensación hemodinámica
18. Intento suicida, con trastorno del sensorio y/o descompensación hemodinámica.
19. Crisis de agitación psicomotora con conducta hetero agresiva, más descompensación hemodinámica.
20. Problemas específicos en pacientes pediátricos.
- Intoxicaciones por ingesta o contacto.
 - Períodos de apnea.
 - Cambios en el estado mental: letargia, delirio, alucinaciones, llanto débil.
 - Deshidratación con Shock: Llenado capilar mayor de tres segundos.
 - Sangrado: Hematemesis, sangrado rectal, vaginal, epistaxis severa.
 - Quemaduras en cara o más del 10% de área corporal.
 - Quemaduras por fuego en ambiente cerrado.
 - Acontecimiento de aspiración u obstrucción con cuerpo extraño.
 - Status convulsivo.
 - Status asmático.
 - Hipertermia maligna.
 - Trastornos de sensorio.
 - Politraumatismo.
 - Herida por arma de fuego.
- Cualquier otra patología que no esté contemplado en esta lista y que requiere sala de reanimación.



Prioridad II

Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias, cuya atención debe realizar en un tiempo de espera no mayor o igual de 10 minutos desde su ingreso, serán atendidos en los diferentes Tópicos de Emergencia, según patología.

1. Frecuencia respiratoria \geq de 24 por minuto.
2. Crisis asmática con broncoespasmo moderado.
3. Diabetes Mellitus Descompensada.
4. Hemoptisis.
5. Signos y síntomas de Abdomen Agudo.
6. Convulsión reciente en paciente consciente.
7. Dolor torácico no cardiogénico sin compromiso hemodinámico.
8. Arritmias sin compromiso hemodinámico.
9. Sangrado gastrointestinal, con signos vitales estables.
10. Paciente con trastornos en el sensorio que no requiere intubación endotraqueal.
11. Hipotonía, flacidez muscular aguda y de evolución progresiva.
12. Descompensación Hepática.
13. Hernia umbilical o inguinal incarcerada.
14. 1Signos y síntomas de descompensación tiroidea.
15. Contusiones o traumatismos con sospecha de fractura o luxación.
16. Herida cortante que requiere sutura.
17. Injuria en ojos perforación, laceración, avulsión.
18. Desprendimiento de retina.
19. Fiebre y signos inflamatorios en articulaciones.
20. Síntomas y signos de cólera.
21. Deshidratación Aguda sin descompensación hemodinámica.
22. Hematuria macroscópica.
23. Reacción alérgica, sin compromiso respiratorio.
24. Síndrome febril o Infección en paciente Inmunosuprimido (Ejemplo: Paciente diabético con infección urinaria).



25. Pacientes Post-Operados de Cirugía altamente Especializada o pacientes en programa de Hemodiálisis, con síntomas y signos agudos.
26. Coagulopatía sin descompensación hemodinámica.
27. Sobredosis de drogas y alcohol sin depresión respiratoria.
28. Cefalea con antecedentes de trauma craneal.
29. Síndrome Meníngeo.
30. Síntomas y signos de enfermedades vasculares agudas.
31. Cólico renal sin respuesta a la analgesia mayor de 06 horas.
32. Retención urinaria.
33. Síndrome de abstinencia de drogas y alcohol.
34. Cuerpos extraños en orificios corporales.
35. Cuerpos extraños en esófago y estómago.
36. Pacientes con ideación suicida.
37. Pacientes con crisis de ansiedad.
38. Pacientes con reagudización de su cuadro sicótico sin conducta suicida ni agitación psicomotora fuera de control.
39. Cuadro de demencia con conducta psicótica.
40. Esguinces.
41. Contusiones o traumatismos leves sin signos o síntomas de fractura o luxación.
42. Enfermedad Inflamatoria de la pelvis.
43. Coagulopatía.
44. Flebitis o Tromboflebitis.
45. Herpes Zoster ocular.
46. Enfermedad eruptiva aguda complicada.
47. Cefalea mayor de 12 horas.
48. Problemas específicos en pacientes Obstétricas:
 - Hemorragia de cualquier trimestre del embarazo.
 - Aborto provocado no terapéutico o intento fallido de aborto.
 - Amenaza de parto prematuro.



- Gestante de 2º y 3º trimestre que reporta ausencia de movimientos fetales.
 - Sangrado post-parto.
 - Hipertensión que complica el embarazo.
 - Signos y síntomas de toxemia severa.
 - Bradicardia (menor de 120 x min.) y taquicardia (> de 160 x min.) Fetal.
 - Traumatismo Abdominal.
 - Deshidratación por hiperémesis.
 - Cefalea.
 - Epigastralgia.
 - Edema Generalizado.
49. Problemas Específicos en pacientes Pediátricos.
- Cualquier enfermedad en niños menores de 3 meses.
 - Dolor Abdominal.
 - Trauma craneano sin cambios en el estado mental o fracturas obvias.
 - Niños con fiebre y petequias o púrpura.
 - Niños menores de 3 meses con $T^{\circ} \geq$ que 38° C.
 - Niños menores de 2 años con $T^{\circ} \geq$ que 39° C.
 - Niños con síntomas de infección urinaria.
 - Convulsiones recientes, síncope o mareos.
 - Cefalea / epistaxis no controlada.
 - Quemaduras en menos del 10% de área corporal.
 - Trauma ocular no penetrante.
 - Laceración que requiere sutura con sangrado activo.
 - Niños que han sufrido agresión física.
 - Odontalgia.
 - Otagia.
- Cualquier otro caso que a criterio del Médico tratante considere necesario la atención en algún Tópico de Emergencia.



Prioridad III

Paciente que no presentan riesgo de muerte ni secuelas invalidantes. Amerita atención en el Tópico de Emergencia III, teniendo prioridad la atención de casos I y II. En los turnos diurnos se valorará enviarlos a consultorio de atención inmediata, que dependen de consulta externa

1. Dolor abdominal leve con nauseas, vómitos, diarrea, signos vitales estables.
2. Herida que no requiere sutura.
3. Intoxicación alimentaria.
4. Trastornos de músculos y ligamentos.
5. Otitis Media Aguda.
6. Deshidratación Hidroelectrolítica leve.
7. Osteocondropatia aguda.
8. Sinusitis aguda.
9. Hiperémesis gravídica sin compromiso metabólico.
10. Urticaria.
11. Fiebre > de 39° sin síntomas asociados.
12. Síndrome vertiginoso y trastorno vascular.
13. Celulitis o absceso con fiebre.
14. Funcionamiento defectuoso de colostomía, ureterostomía, talla vesical u otros similares.
15. Lumbalgia aguda.
16. Broncoespasmo leve.
17. Hipertensión arterial leve no controlada.
18. Signos y síntomas de Depresión.
19. Crisis de Ansiedad o Disociativas.
20. Signos y síntomas de infección urinaria alta.
21. Pacientes con neurosis de ansiedad.
22. Pacientes sicóticos con reagudización de sus síntomas pero aún sin conducta psicótica.



Cualquier otro caso que el Médico tratante considere que la atención puede ser postergada sólo con relación a las anteriores prioridades de atención.

Prioridad IV

Pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata, que puede ser atendido en Consulta Externa o Consultorios de atención inmediata.

1. Faringitis aguda.
2. Amigdalitis aguda.
3. Enfermedades diarreicas agudas sin deshidratación o vómitos.
4. Absceso sin fiebre.
5. Sangrado vaginal leve en no gestante, con funciones vitales estables.
6. Fiebre sin síntomas asociados.
7. Resfrío común.
8. Dolor de oído leve.
9. Dolor de garganta sin disfagia.
10. Enfermedades crónicas no descompensadas.

Cualquier otra patología que debería evaluarse por consultorio externo.

5.1.4. Situación de Emergencia.

Alteración súbita y fortuita, que de no ser atendida de manera inmediata, pone a una persona en grave riesgo de perder la vida, puede conducir a la muerte o dejar secuelas invalidantes. Corresponde a pacientes con daños calificados como prioridad I y II.

5.1.5. Estado de grave riesgo

Es el estado que pone en "peligro inminente la vida, la salud o puede dejar secuelas invalidantes en el paciente.



Handwritten signature



5.1.6 Atención médica quirúrgica de emergencia

Es la que se presta en un establecimiento de salud a los pacientes que en forma repentina e inesperada presentan alteración de la salud, poniendo en peligro inminente la vida o grave riesgo para la salud y que requiere atención y procedimientos médicos y/o quirúrgicos inmediatos, empleando los recursos de personal, equipamiento y manejo terapéutico de acuerdo a su categoría.

5.1.7. Triage.-

Proceso de evaluación, mediante el cual se prioriza el daño y se orienta acertadamente para su atención, a los pacientes que llegan al Servicio de Emergencia. Es la primera actividad que debe realizar el personal asistencial, debe funcionar en todos los Establecimientos de Salud, prioritariamente en aquellos donde la demanda supere la oferta de servicios. Estará a cargo de un profesional de la salud capacitado y acreditado, en el caso del servicio lo realizan médicos generales con experiencia en la unidad.

5.1.8. Tópico de Emergencia.-

Área para atención, evaluación, diagnóstico y tratamiento de pacientes con daños de prioridad II y III

5.1.9. Sala de Reanimación (Shock Trauma).-

Área destinada para evaluación, diagnóstico y tratamiento de pacientes que presentan daños de Prioridad I.

5.1.10. Sala de Observación.-

Área de hospitalización de corta estancia para la atención, tratamiento, reevaluación y observación permanente de pacientes con daños de prioridad I y II, en un período que no debe exceder de 12 horas para los pacientes de prioridad I y de 24 horas para los de prioridad II.



5.1.11. Consentimiento informado

Es la aceptación por parte del paciente de una atención médica quirúrgica o procedimiento, en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico le ha informado de la naturaleza de dicha intervención y/o su tratamiento, incluyendo sus riesgos y beneficios.

5.1.12. Indigencia

Situación socioeconómica en la cual se encuentran aquellas personas que carecen de recursos suficientes para satisfacer sus necesidades básicas.

VI. DISPOSICIONES ESPECIFICAS

6.1 De la Atención en el Servicio de Emergencia

La atención de emergencia está dada por todo el personal de salud médico y no médico que labora en dicho servicio (médico, enfermera, obstetra, técnico de enfermería, personal de laboratorio de emergencia, imágenes de emergencia, farmacia de emergencia, informes de emergencia, admisión de emergencia, asistencia social de emergencia, caja de emergencia y otros profesionales de la salud).

6.2 De la participación del personal de salud

6.2.1 El médico asistente de las diferentes unidades por donde es evaluado el paciente es el responsable directo de brindar la atención de emergencia, dar información oportuna al paciente de estar consciente o al familiar o persona responsable, en coordinación con su equipo de salud.

6.2.2 El médico responsable de la atención de emergencia, tomará las medidas necesarias para asegurar la adecuada valoración médica de los pacientes, su tratamiento, o la estabilización de sus condiciones generales en caso necesiten ser transferidos a otros establecimientos.



- 6.2.3 La enfermera** responsable designada para atender al paciente, debe consignar por escrito en la Historia Clínica todos los procedimientos y administración de medicamentos administrados, así como reportar de existir los eventos adversos.
- 6.2.4 La técnica de enfermería**, es la responsable de los cuidados según sus funciones y competencias, reportando lo realizado y las interurrencias.
- 6.2.5 Personal de farmacia de emergencia**, es el responsable de proporcionar e informar al paciente o familiar (paciente ambulatorio) y a la enfermera designada (paciente hospitalizado) la medicación expedida por el área.
- 6.2.6 Personal de laboratorio de emergencia**, es el responsable de tomar las muestras y coordinar con central para el procesamiento de las mismas, de tal manera que estén colgadas en el sistema informático en el tiempo estimado.
- 6.2.7 Personal de asistencia social**, es el responsable de identificar y apoyar a los pacientes casos sociales, brindándole toda la información, orientación que requieran, visita domiciliaria de ser el caso así como elaborar los informes sociales para apoyo económico.
- 6.2.8 Personal de seguridad interna y externa**, son los responsables de mantener el orden dentro y fuera de la emergencia, permitiendo solo el ingreso de los pacientes que van hacer atendidos por emergencia y de ser necesario acompañados solo por un familiar o persona responsable. Además de manera regular verifican que no haya personas en los pasadizos de emergencia que no están recibiendo ningún tipo de atención.
- 6.2.9 Personal administrativo de emergencia (admisión, caja, cuenta corriente e informes)**, son responsables según sus competencias de cumplir de forma eficaz y efectiva las funciones encomendadas.



6.3 Proceso de atención de emergencia

El proceso de atención en emergencia depende de si la atención es ambulatoria o hospitalización, paciente SIS o NO SIS (anexo: Gráfico 01)

6.3.1 Proceso de atención ambulatoria paciente SIS

Para la atención ambulatoria de los pacientes SIS que acuden al servicio de emergencia será el siguiente:

1. Paciente solo o con familiar ingresan por Triage de emergencia.
2. Médico de triaje, determina prioridad de atención III o IV y determina destino:
Si es turno diurno hasta las 6pm: consultorio de atención inmediata o consultorio de atención externa o centro de salud donde corresponda.
Si es turno nocturno o por encima de las 6pm: Tópico correspondiente o que saque cita por consultorio externo o centro de salud donde corresponda.
3. Si el paciente se va atender en tópico de emergencia, acude a admisión de emergencia para obtener Historia Clínica de emergencia y hoja FUA de SIS, luego acude al tópico de emergencia derivado.
4. En tópico de atención, recibe la evaluación médica y determinan si requiere o no algún examen de ayuda al diagnóstico y tratamiento por tópico de inyectables.
5. Familiar o paciente, tramitan órdenes de exámenes de ayuda al diagnóstico y recogen medicina en farmacia de emergencia.
6. Paciente con historia clínica de emergencia acude a tópico de inyectables con indicación médica de tratamiento.
7. Médico reevalúa a paciente con el tratamiento administrado y exámenes de ayuda al diagnóstico solicitados y pauta el alta.
8. Alta con indicaciones y control por consultorio externo de requerir o ir al centro de salud de procedencia. En la historia clínica registra indicaciones de alta, fecha y hora, descanso médico si se le a proporcionado.
9. Paciente acude a farmacia a recoger las medicinas de alta.



MD



10. La historia clínica completamente llena y sellada, es devuelta a admisión de emergencia, terminando la atención.

6.3.2 Proceso de atención ambulatoria paciente NO SIS

Para la atención ambulatoria de los pacientes NO SIS que acuden al servicio de emergencia será el siguiente:

1. Paciente solo o con familiar ingresan por Triage de emergencia.
2. Médico de triaje, determina prioridad de atención III o IV y determina destino:

Si es turno diurno hasta las 6pm: consultorio de atención inmediata o consultorio de atención externa o centro de salud donde corresponda.

Si es turno nocturno o por encima de las 6pm: Tópico correspondiente o que saque cita por consultorio externo o centro de salud donde corresponda.

3. Si el paciente se va atender en tópico de emergencia, con el ticket de atención proporcionado por triaje se acerca a caja de emergencia para realizar el respectivo pago.
4. Acude a admisión de emergencia para obtener Historia Clínica de emergencia, luego acude al tópico de emergencia derivado.
5. En tópico de atención, recibe la evaluación médica y determinan si requiere o no algún examen de ayuda al diagnóstico y tratamiento por tópico de inyectables.
6. Familiar o paciente, realizan pago en caja de las órdenes de exámenes de ayuda al diagnóstico así como la receta de las medicinas pautadas.
7. Paciente se realiza exámenes de ayuda al diagnóstico y recoge medicina de farmacia pautada.
8. Paciente con historia clínica de emergencia acude a tópico de inyectables con indicación médica de tratamiento.
9. Médico reevalúa a paciente con el tratamiento administrado y exámenes de ayuda al diagnóstico solicitados y pauta el alta.



10. Alta con indicaciones y control por consultorio externo de requerir o centro de salud de referencia. En la historia clínica registra indicaciones de alta, fecha y hora, descanso médico si se le ha proporcionado.
11. Paciente acude caja y luego a farmacia a recoger las medicinas de alta
12. La historia clínica completamente llena y sellada, es devuelta a admisión de emergencia, terminando la atención.

6.3.3 Proceso de atención para hospitalización en paciente SIS:

Para la hospitalización de los pacientes SIS que acuden al servicio de emergencia será el siguiente

1. Paciente solo o con familiar ingresan por Triaje de emergencia o directo a shock trauma, consciente o inconsciente.
2. Médico de triaje o médico de trauma shock, determina prioridad de atención I o II y determina destino: shock trauma o tópico respectivo
3. Si el paciente se va atender en tópico de emergencia o shock trauma, familiar o persona responsable o personal de salud acude a admisión de emergencia para obtener Historia Clínica de emergencia y hoja FUA de SIS.
4. En tópico de atención o shock trauma, paciente recibe la evaluación médica y llenan historia clínica de emergencia con las presunciones diagnósticas y completan formato de orden hospitalización
5. Familiar o personal responsable o personal de la salud, tramitan hospitalización obteniendo código de Historia clínica de paciente hospitalizado.
6. Con código de Hospitalización se tramitan exámenes auxiliares de ayuda al diagnóstico.
7. Una vez hospitalizado, médico asistente llena las indicaciones en formato único de prescripción duplicado, y le entrega a enfermería para que coordine con farmacia y traigan la medicina e inicie tratamiento.



8. Durante toda la estancia hospitalaria en emergencia, paciente recibe el tratamiento que necesita, si su estancia es menor o igual a 48 hrs se programa alta desde emergencia. Si su estancia es mayor de 48 hrs se planifica hospitalización en pisos de Medicina, Pediatría, Cirugía, Traumatología, Ginecología, Obstetricia, Enfermedades Infecciosas y Dermatológicas, CENEX, según corresponda, llenando formato de pase a piso.
9. El paciente con indicación de alta, se realizan los trámites respectivos en cuenta corriente de emergencia quien extiende la papeleta de alta
10. Con la papeleta de alta más las indicaciones bien explícitas, más la receta de alta, más las interconsultas de requerirlo, familiar puede llevar al paciente a su domicilio.
11. Paciente sale de la institución dejando una copia de papeleta de alta en el área de seguridad

6.3.4 Proceso de atención para hospitalización en paciente NO SIS

Para la hospitalización de los pacientes SIS que acuden al servicio de emergencia será el siguiente:

1. Paciente solo o con familiar ingresan por Triage de emergencia o directo a shock trauma, consciente o inconsciente.
2. Médico de triaje o médico de trauma shock, determina prioridad de atención I o II y determina destino: shock trauma o tópico respectivo
3. Si el paciente se va atender en tópico de emergencia o shock trauma, familiar o persona responsable acude a caja de emergencia para cancelar derecho de atención y luego ir admisión de emergencia para obtener Historia Clínica de emergencia.
4. En tópico de atención o shock trauma, paciente recibe la evaluación médica y llenan historia clínica de emergencia con las presunciones diagnósticas y completan formato de orden hospitalización.



5. Familiar o personal responsable, tramitan hospitalización ya sea solicitando al jefe de guardia autorización de cuenta corriente (que le da derecho de exámenes auxiliares y farmacia, no cubre tomografía ni resonancia magnética) o hospitalizando pagando todo lo que se necesita. Luego acude admisión para obtener código de Historia clínica de paciente hospitalizado.
6. Con código de Hospitalización se tramitan exámenes auxiliares de ayuda al diagnóstico.
7. Una vez hospitalizado, médico asistente llena las indicaciones en formato único de prescripción duplicado, más receta médica y le entrega a enfermería para que coordine con farmacia y traigan la medicina e inicie tratamiento (de tener cuenta corriente abierta)
8. Durante toda la estancia hospitalaria en emergencia, paciente recibe el tratamiento que necesita, dándole al familiar diariamente la receta médica y los exámenes de ayuda al diagnóstico para que pueda adquirirla y/o tramitarla, si su estancia es menor o igual a 48 hrs se programa alta desde emergencia. Si su estancia es mayor de 48 hrs se planifica hospitalización en pisos de Medicina, Pediatría, Cirugía, Traumatología, Ginecología, Obstetricia, Enfermedades Infecciosas y Dermatológicas, CENEX , según corresponda, llenando formato de pase a piso.
9. El paciente con indicación de alta, se realizan los trámites respectivos en cuenta corriente de emergencia quien extiende el estado de cuenta del paciente.
10. Con el estado de cuenta, familiar abona en caja y con la boleta, solicita la papeleta de alta en cuenta corriente, la cual debe sacar una copia.
11. Con la papeleta de alta más las indicaciones bien explícitas, más la receta de alta, más las interconsultas de requerirlo, familiar puede llevar al paciente a su domicilio.
12. Paciente sale de la institución dejando una copia de papeleta de alta en el área de seguridad.



[Handwritten signature]



6.3.5 Paciente hospitalizado en pisos que requieren atención de emergencia

Todo paciente que requiere atención de emergencia prioridad I, estando hospitalizado deberá seguir el siguiente proceso:

1. Si la emergencia se da en el turno diurno:

- 1.1. Equipo de piso hace la interconsulta a UCI ya sea médica o pediátrica (2do piso) o quirúrgica (1er piso).
- 1.2. Médico asistente de UCI con equipo de piso valorarán manejo en piso o pasarlo a la UCI
- 1.3. De no tener cama en UCI, médico asistente de UCI, equipo de piso y jefe de guardia previa junta médica evaluarán si paciente pasa al área de trauma shock/UCE/tópico o sala de operaciones, en coordinación con el médico asistente del área destino.

2. Si la emergencia se da en turno nocturno

- 2.1. Algún miembro del equipo de piso si hubiera o enfermera a cargo del paciente, comunica al jefe de guardia para que evalúen al paciente.
- 2.2. Dependiendo de la emergencia, jefe de guardia, indica que médico asistente debe ir a evaluar la emergencia.
- 2.3. Si paciente requiere UCI, médico asistente realiza la interconsulta.
- 2.4. Médico asistente de UCI con médico asistente que fue a evaluar paciente valorarán manejo en piso o pasarlo a la UCI
- 2.5. De no tener cama en UCI, médico asistente de UCI, medico asistente evaluador y jefe de guardia previa junta médica evaluarán si paciente pasa al área de trauma shock/UCE/tópico o sala de operaciones, en coordinación con el médico asistente del área destino.

3. Si la emergencia se da en día sábado, domingo y feriados

- 3.1. Si existe equipo de piso, se procede como si la emergencia se diera en el turno diurno.



- 3.2. Si no existe equipo de piso presente, se procede como si la emergencia se diera en el turno nocturno.

6.4. Proceso de registro de la atención de emergencia

Para todos los pacientes, independientemente de su afiliación de salud el registro deberá ser de la siguiente manera:

1. El registro inicial de la atención se realiza en triaje
2. El registro que queda consignado en la historia clínica de emergencia con un código E0 se realiza en admisión de emergencia.
3. Toda atención de emergencia, debe registrarse en una Historia Clínica, la que debe contener como mínimo, la siguiente información:

- a) Fecha y hora de atención;
- b) Filiación;
- c) Anamnesis, enfermedad actual, motivo principal de la consulta;
- d) Antecedentes; e) Examen físico;
- f) Hoja de consentimiento informado de ser el caso.
- g) Hoja de autorización de procedimiento quirúrgico, de ser el caso;
- h) Exámenes auxiliares;
- i) Diagnóstico presuntivo; j) Plan de trabajo;
- k) Terapéutica y seguimiento; y
- l) Epicrisis y/o resumen de Historia Clínica.
- m) En caso de parto llenar la Historia Clínica Perinatal y el Partograma.
- n) Firma y sello del médico tratante.

4. Toda atención de emergencia además deberá registrarse en el Libro de Emergencias , en el cual se anotará ,como mínimo, los siguientes datos:

- a) Fecha y hora de ingreso;
- b) Nombre del paciente;
- c) Edad y sexo;



- d) Dirección domiciliaria;
- e) Diagnóstico de ingreso;
- f) Diagnóstico final de emergencia;
- g) Destino y hora de terminada la atención;
- h) Observaciones;
- i) Nombre y firma del médico tratante.

6.5. Proceso de evaluación socioeconómica

- 6.5.1 El hospital, sin excepción ni distinción de condición socioeconómica, género, raza, religión, nacionalidad, atenderá de forma inmediata a toda persona en situación de emergencia, y pondrá en conocimiento del público ese derecho en algún lugar visible de la zona de atención por emergencia (puerta principal de la emergencia, área de informes, área de admisión de emergencia y triaje).
- 6.5.2 La evaluación socioeconómica de ser el caso lo realiza la asistente social de emergencia, quien a través de una entrevista, elabora un informe para determinar el apoyo socioeconómico de requerirlo.
- 6.5.3 El reembolso por concepto de atención de la emergencia, se realizará en forma posterior a la atención y en la siguiente forma:
- a) En caso que la persona atendida esté cubierta por una entidad aseguradora o administradora de financiamiento o por persona natural o jurídica obligada a cubrirla atención de emergencias, el reembolso se solicitará a dichas entidades o personas.
 - b) En caso contrario, el reembolso deberá ser efectuado por la persona atendida o sus obligados legales, siempre y cuando no sea calificada en situación de indigencia.
 - c) Luego que la persona atendida en un establecimiento de salud no presente ningún riesgo para su vida o su salud, reembolsará los gastos ocasionados por su atención, siendo de su responsabilidad, de sus familiares o de sus representantes legales, decidir en qué establecimiento de salud continuará su tratamiento.



Handwritten signature in blue ink.



- 6.5.4 La evaluación de la situación socioeconómica de los pacientes que requieran exoneración de pago por atención en casos de emergencia, será efectuado por el servicio social del Hospital Cayetano Heredia y aprobado por el jefe de guardia. Es responsabilidad del hospital efectuar y acreditar la mencionada evaluación para efectos de sustentar el reembolso.
- 6.5.5 La persona atendida en situación de emergencia y calificada en situación de indigencia en el Hospital será exonerada de todo pago, previa evaluación final de Servicio Social.

VII. RESPONSABILIDADES

Para el cumplimiento de la presente directiva se establece las siguientes responsabilidades:

- 1) La Jefaturas del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos son los responsable de difundir la presente directiva a todos los jefes de servicio.
- 2) La Jefaturas del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos y hospitalización son los responsable de hacer cumplir la presente directiva a todo el personal a su cargo
- 3) Los Jefes de los Departamentos de Enfermería, Servicio Social, Farmacia, y de Apoyo al Diagnóstico son responsables de difundir y hacer cumplir la presente directiva del personal a su cargo
- 4) El Jefe de servicio y/o coordinador del servicio será responsable de monitorizar y evaluar los indicadores explicitados en la disposición final de la presente directiva.

VIII. DISPOSICIONES FINALES

- 8.1 La atención de emergencia por parte del Hospital se efectuará de acuerdo a su nivel de resolución (Nivel III-1), con plena utilización de todos los recursos técnicos, diagnósticos y terapéuticos que sean



necesarios, mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida y salud.

8.2 La determinación de la condición de emergencia médica es realizada únicamente por el profesional médico encargado de la atención, bajo responsabilidad.

8.3 Cuando los recursos del hospital no permitan brindar la atención especializada que el paciente requiera, se procederá a convocar al profesional especialista necesario o a transferir al paciente a otro establecimiento que esté en posibilidad de brindar la atención requerida de acuerdo a las normas de referencia y contra-referencia, aprobados por el Ministerio de Salud (SAMU- CENARUE- REFCON).

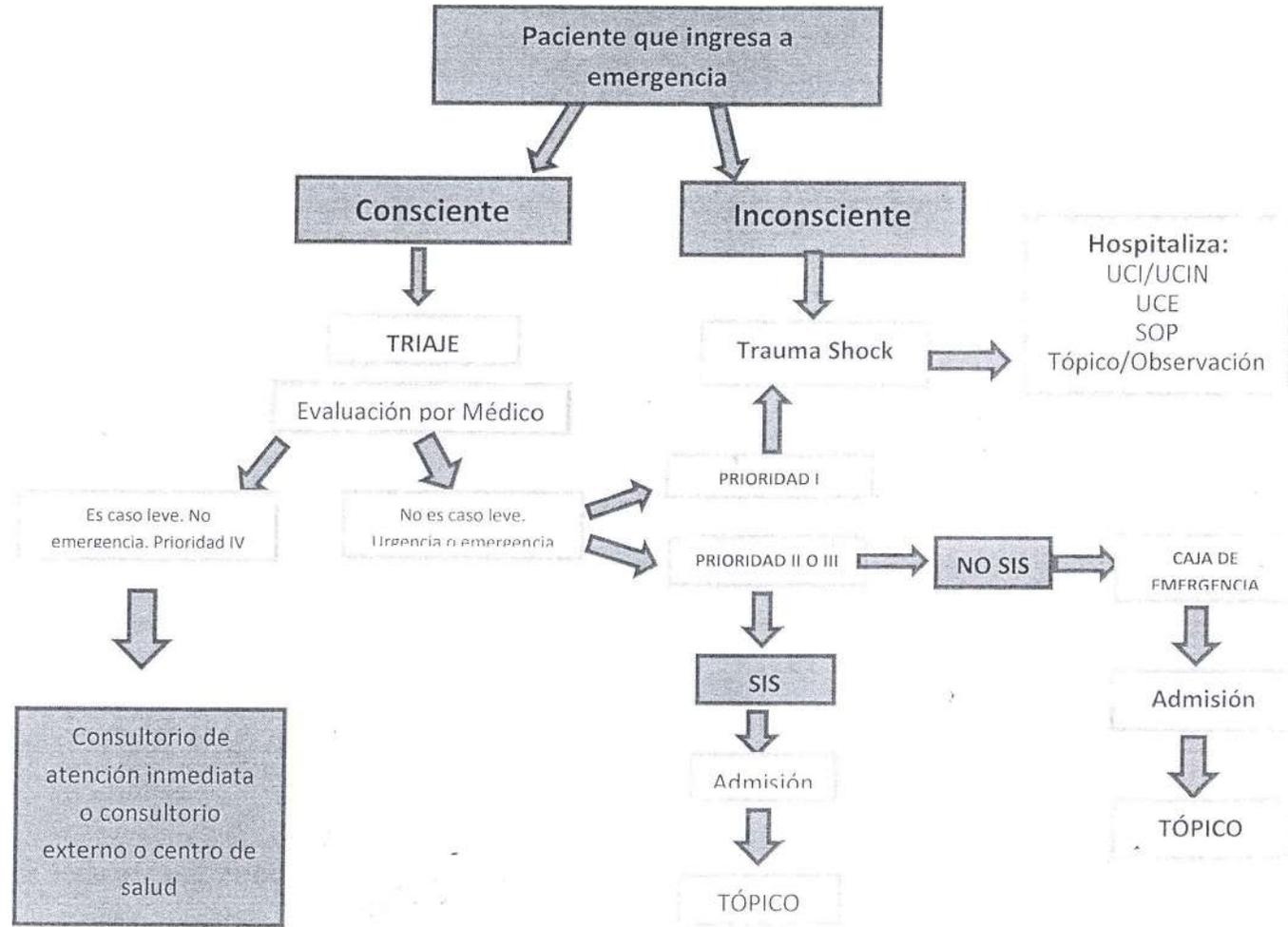
8.4 El indicador de la presente directiva será:

- A. % de registros correctos en el libro de emergencias según la normatividad vigente
- B. % de registros correctos en la historia clínica de emergencia según la normatividad vigente.

IX.- ANEXO:



Gráfico 01: Flujograma de atención en emergencia





RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 31 de Julio de 2019

VISTO el Expediente 14784-2019, conteniendo el Oficio Nº 734-2019-DEMCC-HCH, remitido por la Jefatura del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, el Informe Técnico Nº 042-OGC-HCH-2019, de la Jefa de la Oficina de Gestión de Calidad, el Memorando Nº 2200-2019-OEPE/HCH, de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, el Informe Nº 756 -2019-OAJ/HCH, y;

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable para el desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. Por lo que su protección es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el artículo VII del Título Preliminar de la norma citada en el párrafo precedente, establece que el Estado promueve el aseguramiento universal y progresivo de la población para la protección de las contingencias que pueden afectar su salud y garantiza la libre elección de sistemas previsionales, sin perjuicio de un sistema obligatoriamente impuesto por el Estado para que nadie quede desprotegido;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 517-2004/MINSA, se aprobó la Directiva Nº 036-2004-OGDN/MINSA-V.01 "Declaratorias de Alertas en Situaciones de Emergencia y Desastres", cuyo objeto es establecer los lineamientos y procedimientos para la aplicación de la Declaratoria de Alertas ante emergencias y desastres a nivel nacional. Las Contingencias es la situación de expectativa ante la posible ocurrencia de un evento adverso o destructivo, lo cual determina que las dependencias de salud efectúen las acciones preparativas;

Que, mediante la Resolución Ministerial Nº 768-2004/MINSA; se aprobó la Directiva Nº 040-2004-OGDN/MINSA-V.01, la cual establece el Procedimiento para la Elaboración de Planes de Contingencia para Emergencias y Desastres, indicando que la contingencia es un hecho o evento que puede suceder o no;

Que, mediante la Resolución Ministerial Nº 850-2016/MINSA, se aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", el cual resulta de observancia obligatoria para las Direcciones Generales, Oficinas Generales, Órganos Desconcentrados y Organismos Públicos del Ministerio de Salud;

Que, a través de la Resolución Directoral Nº 194-2019-HCH/DG, de fecha 11 de junio del 2019, se aprobó "El Plan de Contingencia por Síndrome de Guillian Barre del Hospital Cayetano Heredia 2019";



Que, el Plan de Acción en Servicio de Emergencia Adultos Síndrome Guillain Barre del Hospital Cayetano Heredia 2019, tiene como objetivo general contribuir a la reducción y control de los casos del Síndrome de Guillain Barre en el Hospital Cayetano Heredia;

Que, el literal i) del artículo 6° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, dispone que la Dirección General está a cargo de un Director General y tiene como una de sus funciones expedir Resoluciones Directorales en los asuntos de su competencia;

Que, estando a lo propuesto por el Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, y lo opinado por la Oficina de Asesoría Jurídica en el Informe N° 756-2019-OAJ/HCH;

Con visación de la Jefa del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo dispuesto en el TUO de la Ley del Procedimiento Administrativo General, Ley N° 27444 y las facultades previstas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°. - **APROBAR** el Plan de Acción en Servicio de Emergencia Adultos Síndrome Guillain Barre del Hospital Cayetano Heredia 2019; el mismo que se adjunta y forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°. - **ENCARGAR** al Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital Cayetano Heredia, adopte las acciones administrativas para el cumplimiento del presente Plan.

Artículo 3°. - **DISPONER** que la Oficina de Comunicaciones efectúe la publicación y difusión de la presente Resolución Directoral en el Portal de Transparencia Estándar del Hospital Cayetano Heredia.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.

 MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
Dra. AIDA CECILIA PALACIOS RAMIREZ
DIRECTORA GENERAL
C.M.P. 23579 R.N.E. 9834

() ACPR/BIC/Chg.
DISTRIBUCIÓN:
() DG
() DEMCC
() OGC
() DPE
() OAJ
() OCOM

CERTIFICO:
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Al que remito para los fines pertinentes
01 ABR. 2019
Sr. Emiliano Elias Suarez Quispe
FEDATARIO
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DEL DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

PLAN DE ACCIÓN

SINDROME DE GUILLAIN BARRÉ

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA



2019





"AÑO DEL DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA IMPUNIDAD"

PLAN DE ACCION EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA ADULTOS

SINDROME DE GUILLAIN BARRE

I. Marco conceptual

El Síndrome de Guillain Barré es un trastorno del sistema nervioso periférico poco frecuente por el cual, el propio sistema inmunológico de una persona daña las neuronas y causa debilidad muscular progresiva generalmente de forma ascendente y parálisis flácida.

El SGB puede causar síntomas que por lo general duran algunas semanas. La mayoría de las personas se recuperan totalmente del Síndrome de Guillain Barré, pero algunas padecen daños del sistema nervioso a largo plazo. En casos muy raros, hay personas que han muerto de SGB, generalmente por presentar dificultad para respirar. El acudir lo más pronto posible a un establecimiento de salud apenas aparecen los síntomas es crucial para recibir tratamiento oportuno.

Usualmente se presenta en la población de 1 a 2 casos por cada 100 000 habitantes.

Actualmente nos encontramos en un brote epidemiológico, siendo la semana 23 la del mayor pico comparado con la misma semana del 2018. El hospital Cayetano Heredia con fecha 12 de junio del presente, ocupa el segundo lugar de los casos reportados a nivel nacional con 39 casos (Tabla 01), por lo que además de tener el plan de contingencia aprobado con fecha 11 de junio del 2019 RD N° 194-2019-HCH/DG, es necesario contar con plan de acción dinámico, liderado por la dirección general, la Unidad Funcional de Gestión de Riesgo y el Departamento de Emergencias y Cuidados Críticos.





"AÑO DEL DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA IMPUNIDAD"

II. Plan de acción

El plan de acción está compuesto de actividades que el Hospital está realizando una vez que se activó el COE y se reportaron los primeros 5 casos en el servicio de emergencia adultos en la semana epidemiológica 18. Desde esa fecha el COE se encuentra activo las 24 horas del día, reportando en coordinación con epidemiología y comunicaciones a las instancias superiores.

El plan de acción es la implementación del plan de contingencia de Síndrome Guillain Barré aprobado con RD N° 194-2019-HCH/DG, elaborado para cubrir una demanda de hasta un máximo de 50 pacientes que requieran hospitalización en el Departamento de Emergencias y Cuidados críticos del HCH

III. Rol de las entidades del Hospital que conforman el grupo de trabajo de la UFGRD para implementar el plan de acción

Seguridad interna

Restricción de ingreso del personal, que no tiene que ver con la atención de los pacientes en el Servicio de emergencia adultos, para lo cual se tomarán las siguientes medidas:

1. Reforzamiento de seguridad en el área de observación y tópico de medicina durante las 24 horas (1 vigilante más)
2. Reforzar la señalización de las áreas restringidas, en zonas de atención, Dicha señalización será colocada por epidemiología en coordinación comunicaciones.
3. Se colocará en los fotocheks según rol de atención al personal que trabaja en el área de emergencia un sticker rojo. En una semana deberá tener todo el personal dicho sticker, que será controlado por seguridad.
4. Comunicación del personal de enfermería, médico responsable y seguridad interna para los casos excepcionales de los pacientes que requirieran un familiar para alguna condición específica.
5. Se solicitará mediante documento a los diferentes Jefes de departamento, coordinadores docentes, la restricción del personal que verá a estos pacientes, incluyendo a los alumnos de pregrado, excepto externos e internos que rotan en el área.
6. Los médicos residentes que no están rotando en el área de emergencia, deberán tener la autorización de los jefes de guardia.
7. Por razones de Bioseguridad y aforo el equipo evaluador de especialidad (neurología, neumología, cardiología, terapia física, infectología), deberá estar conformado como máximo por 3 médicos, los cuales evaluarán en lo posible en los horarios no coincidentes.
8. De ocurrir algún incidente de seguridad en el área de emergencia deberán grabar en USB otorgado por la UFGRD, anexo a un informe a la jefatura del Departamento de Emergencia.





"AÑO DEL DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA IMPUNIDAD"

Bioseguridad

1. Se considerará al servicio de emergencia como área restringida de circulación permitiéndose solo a las personas autorizadas (trabajadores de emergencia, epidemiología y personal médico interconsultante), para ello deberá estar adecuadamente uniformado y portando obligatoriamente fotocheck y su equipo de bioseguridad (mascarilla cubre boca)
2. Todo el personal de salud que atiende a los pacientes de emergencia, deberá cumplir las medidas estándar de bioseguridad (mandilón, mascarilla quirúrgica, y guantes de trabajo para cada paciente) y la higiene de manos en la atención al paciente.
3. Monitorizar y reforzar la adherencia del personal de salud los 5 momentos de la higiene de manos.
4. Cumplir con la técnica aséptica en la inserción y manipulación de material, sobre todo en los procedimientos invasivos.
5. La limpieza y evacuación de residuos sólidos será permanente, con el apoyo de personal extra.

Epidemiología

1. Realiza el reporte diario al Notiweb, notisp, notificación individual, CDC MINSa, DIRIS Lima Norte, 8 am, 12 horas y 6 pm.
2. Reporte diario a la DG de la casuística actualizada. Con corte de 8am y 8pm.
3. Vigilancia, prevención y control epidemiológico de las bacteriemias, en pacientes portadores de catéter venoso central y otros factores de riesgo.

Laboratorio

1. A través de su personal de emergencia, y toma de muestra de consulta externa y hospitalización, se encarga de tomar las muestras de los pacientes con SGB, conservarlas y llevarlos al laboratorio central, para que junto con la ficha epidemiológica sea enviado al laboratorio de Referencia, del Instituto Nacional de Salud.
2. Diariamente presentará el reporte de las muestras tomadas y enviadas, así como el stock de reactivos (cuando sean adquiridos por el hospital) de las pruebas de laboratorio más frecuentes tomadas a estos pacientes.
3. Gestionará la compra de reactivos (dependiendo de la disponibilidad presupuestal) para que estos pacientes puedan tener cubiertos su demanda de exámenes auxiliares, teniendo como prioridad los críticamente enfermos.

Farmacia

1. Diariamente la Jefa del Departamento, presentará el reporte de los insumos para el manejo de los pacientes con SGB.
2. De acuerdo al stock, gestionará al MINSa la solicitud de insumos para el mantenimiento del manejo de los pacientes con SGB (Albúmina, inmunoglobulina, analgésicos, etc)





"AÑO DEL DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA IMPUNIDAD"

Comunicaciones

1. El personal de la PAU Consulta Externa y Emergencia deben informar y orientar al usuario, sobre el Flujograma de Atención a los pacientes sospechosos del SGB.
2. La oficina de Comunicaciones solicitará diariamente a epidemiología y UFGRD, el registro actualizado de casos del SGB para informar a la DIRIS Lima Norte – MINSA y/o medios de comunicación, mediante comunicados o notas de prensa, entrevistas y/o conferencias de prensa.
3. Elaboración de material comunicacional educativo (banners, gigantografías, volantes, afiches, videos cortos), para la difusión interna y externa por medio físico y vía virtual (redes sociales, correos masivos, televisores de consulta externa, fondo escritorio de computadoras).
4. Coordinar con capacitación para que epidemiología, neurología, emergencia y UCI, realice la capacitación progresiva del personal de salud.
5. Elaboración de señaléticas en coordinación con epidemiología, para facilitar la accesibilidad de los pacientes sospechosos del SGB a nuestro establecimiento.

Atención del paciente

a. Personal de emergencia

- ✓ Todos los pacientes con sospecha de Síndrome de Guillain Barré, son evaluados por personal de triaje y según su condición clínica pasan al respectivo tópicos que le corresponda.
- ✓ En los respectivos tópicos, el personal asistencial que evalúa al paciente determina hospitalización, criterios de gravedad y activación del protocolo de atención del SGB (anexo 01) donde uno de los primeros pasos es el reporte a la oficina de epidemiología.
- ✓ El médico asistente responsable supervisa que las muestras tomadas sean llevadas junto con la ficha epidemiológica a laboratorio.
- ✓ Médico asistente en coordinación con asistente de turno de neurología determinan inicio de tratamiento (plasmaferesis o Inmunoglobulina), así como el tratamiento de soporte y los criterios de alta.
- ✓ Médico tratante en coordinación con coordinadora de enfermería, ven la posibilidad de derivar a paciente hospitalizado al área de observación destinado para estos pacientes según género.
- ✓ Médico tratante de observación en coordinación con neurología determinan la condición de alta del paciente con SGB.

b. Interconsultantes

Neurología

- ✓ El jefe del departamento de medicina, comunicará al jefe del servicio de neurología la entrega del rol de programación con número de celular del personal asistencial, que evaluará diariamente a los pacientes con SGB.
- ✓ El jefe del servicio de neurología proporcionará el rol de turnos para la realización de EMG a los pacientes con SGB, según programación.
- ✓ El equipo de neurología entregará en un plan de 24 horas el resultado de las EMG realizadas, así como la respuesta de las interconsultas.





"AÑO DEL DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA IMPUNIDAD"

- ✓ En coordinación con comunicaciones y telemedicina el equipo de neurología realizará capacitaciones sobre SGB.
- ✓ Equipo de neurología en coordinación con el personal de emergencia indicarán los criterios de alta.

Neumología

- ✓ Responde al llamado del médico tratante del departamento de emergencia y cuidados críticos, para evaluación y de ser necesario para realizar algún procedimiento tipo flujometría o capacidad ventilatoria.

Infectología

- ✓ Responde al llamado del médico tratante del departamento de emergencia y cuidados críticos, para evaluación y de ser necesario para realizar algún procedimiento o participar de junta médica para toma de decisiones.

Medicina Física y rehabilitación

- ✓ Responde al llamado del médico tratante del departamento de emergencia y cuidados críticos, para evaluación y manejo de todos los pacientes con SGB.
- ✓ Medicina física a través de su plan de rehabilitación dará el soporte durante todo el proceso de recuperación de estos pacientes.
- ✓ UFGRD enlazará con los encargados de DIRIS Lima Norte la atención de pacientes para Rehabilitación posterior al alta , según lugar de procedencia en el Cono Norte.

Servicio Social

- ✓ Dará el soporte social al paciente y a la familia, con lo finalidad de que se sientan apoyados por la Institución.
- ✓ De ser necesario realizarán las visitas domiciliarias a estos pacientes previo a la indicación del alta hospitalaria.

Psicología

- ✓ Responde al llamado del médico tratante del departamento de emergencia y cuidados críticos, para evaluación.
- ✓ A través de su plan de salud mental dará el soporte durante todo el proceso de recuperación, atención dirigida a pacientes, familiares y trabajadores de salud que lo requieran.

Unidad de Cuidados Intensivos

- ✓ Responde al llamado del médico tratante del servicio de emergencia adultos, para evaluar paciente con criterios de pase a UCI
- ✓ Médico asistente de UCI evalúa a paciente y define pase a la Unidad e inicio de protocolo de manejo de paciente con Guillain Barré críticamente enfermo.
- ✓ Médico asistente de UCI define criterios de alta de la unidad y pase a hospitalización de medicina para continuar manejo.





"AÑO DEL DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA IMPUNIDAD"

IV. Líneas Estratégicas del Plan de acción

- a. Línea Estratégica de acción 1: Fortalecimiento de la Organización y Gestión Institucional para la implementación del Plan de Contingencia de SGB.
- b. Línea Estratégica de acción 2: Identificación y formulación de propuestas de actividades dinámicas para implementar el Plan de Contingencia de SGB
- c. Línea Estratégica de acción 3: Implementar acciones e instrumentos de monitoreo, seguimiento y evaluación del Plan de contingencia de SGB.





PERU

Ministerio de Salud

Hospital
Gayetano Heredia

"AÑO DEL DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA IMPUNIDAD"

OBJETIVO GENERAL: Contribuir a la reducción y control de los casos del SINDROME DE GUILLIAN BARRÉ en el HCH

Línea Estratégica de acción 1: Fortalecimiento de la Organización y Gestión Institucional para la implementación del Plan de Contingencia de SGB.			
Objetivo Específicos del Plan de acción	Acciones	Actores	Responsables del Monitoreo
Protocolizar los procedimientos, criterios y responsabilidades en la atención de casos de SGB, así como garantizar los insumos para iniciar tto y mantenimiento del mismo	Gestionar presupuesto adicional establecido en el plan de contingencia para una capacidad máxima de 50 pacientes	Dirección General: Administración, logística Jefe de departamento de Emergencia y cuidados críticos	Of. Ejec. Planeamiento Estratégico Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos Jefe de la UFGRD
	Implementar el plan de contingencia donde contempla el protocolo de registro y atención de los pacientes con SGB	Jefe de departamento de Emergencia y cuidados críticos, Jefe de Servicio de Emergencia, Jefe de la UCI, Jefe de oficina de Epidemiología, Jefe del Departamento de Medicina, Jefe del Servicio de Neurología, Jefe del departamento de Laboratorio, Jefa del Departamento de farmacia, Jefe del departamento de Medicina Física y rehabilitación, Jefa del departamento de enfermería	Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos Jefe de la UFGRD. Jefa de Epidemiología Jefa de la Oficina de calidad
	Reportar los casos de forma diaria a las instancias correspondientes (DG, DIRIS, CDC, COE central, DIGERD)	Jefe de departamento de Emergencia y cuidados críticos, Jefe de oficina de Epidemiología, Jefe del departamento de Laboratorio, Jefa del Departamento de farmacia	Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos Jefe de la UFGRD. Jefa de Epidemiología Jefa de la Oficina de calidad, Jefe de comunicaciones





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DEL DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA IMPUNIDAD"

OBJETIVO GENERAL: Contribuir a la reducción y control de los casos del SINDROME DE GUILLIAN BARRÉ en el HCH

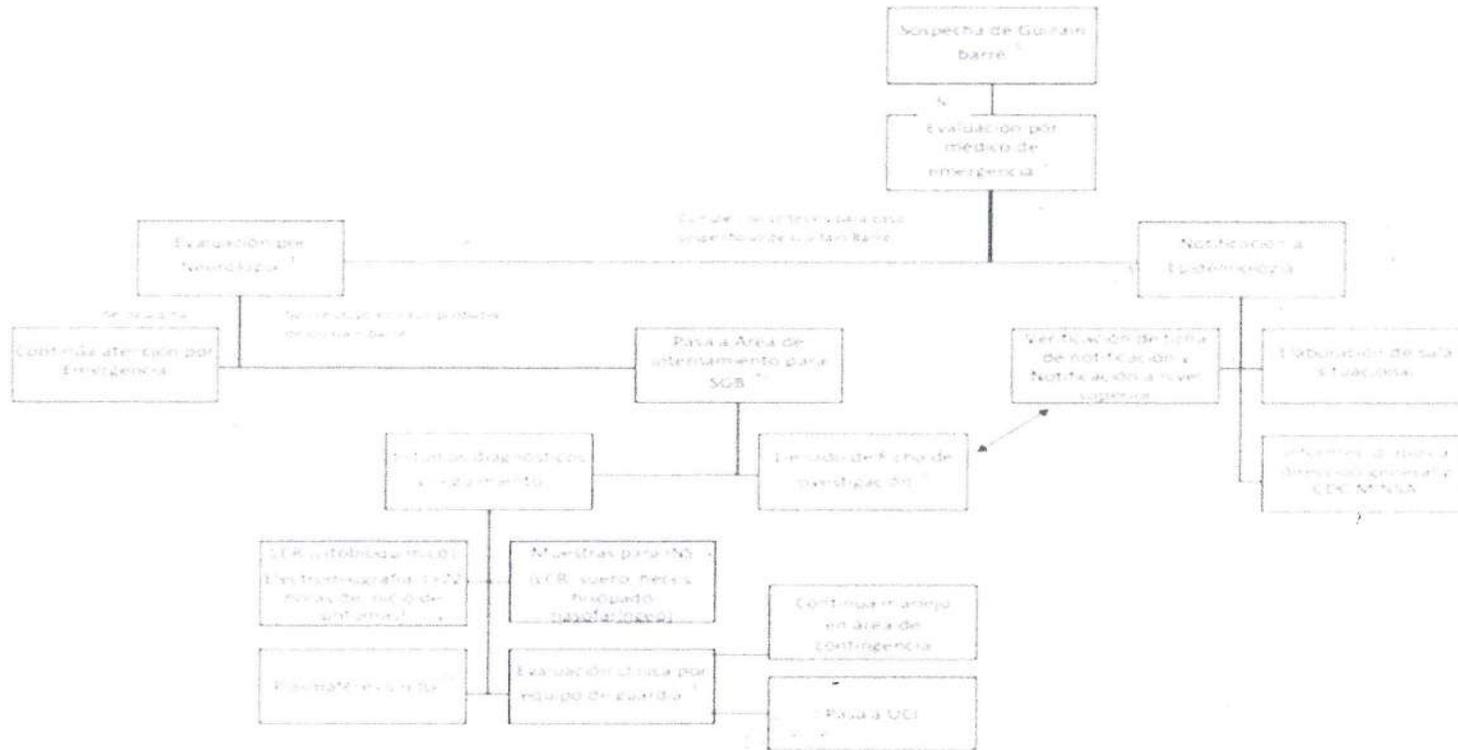
Línea Estratégica de acción 3: Implementar acciones e instrumentos de monitoreo, seguimiento y evaluación del Plan de contingencia de SGB			
Objetivo Específicos del Plan de acción	Acciones	Actores	Responsables del Monitoreo
Monitorizar y evaluar durante la estancia hospitalaria y posterior al alta la evolución de los pacientes con SGB	Durante el tratamiento ya sea de plasmaféresis o Inmunoglobulina monitorizar los mismos.	Médico Asistente responsable del paciente Licenciada de enfermería	Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, Jefe del servicio de emergencia o UCI. Jefe del Departamento de Enfermería,
	Iniciar plan de rehabilitación precoz y posterior al alta según evolución	Jefe del departamento de Medicina Física y rehabilitación, Jefa del departamento de enfermería (técnicos de enfermería)	Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, Jefe del servicio de emergencia o UCI. Jefe del Departamento de Enfermería
	Monitorizar el tratamiento de soporte y medidas de bioseguridad según protocolo del plan de contingencia. Manejo y reporte de complicaciones (infección de catéter, flebitis, úlceras de presión)	Médico Asistente responsable del paciente Licenciada de enfermería Médico interconsultantes: Neurología, Nefrología, Neumología, Infectología	Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, Jefe del servicio de emergencia o UCI. Jefe del servicio de neurología, nefrología, neumología. Jefe del Departamento de Enfermería Jefa de Epidemiología, Jefa de calidad.





"AÑO DEL DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA IMPUNIDAD"

Anexo 01: Flujograma de atención de los pacientes con SGB en el HCH



1. Sospecha de Guainá barré (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (100)





PERU

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DEL DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA IMPUNIDAD"

Diagrama de Grant del Plan de acción del SGB

Actividades del Plan de acción	2da quincena Junio	1era Quincena Julio	2da Quincena julio	1era Quincena agosto	2da Quincena agosto	1era Quincena setiembre	2da Quincena setiembre
Seguridad Interna	x	x	x	x	x	x	x
Bioseguridad	X	x	x	x	x	x	x
Epidemiología	x	x	x	x	x	x	x
Laboratorio	x	x	x	x	x	x	x
Comunicaciones	x	x	x	x	x	x	x
Atención del paciente: Personal de emergencia	x	x	x	x	x	x	x
Neurología Otros	x	x	x	x	x	x	x





PERU

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DEL DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE ACCIÓN SGB

Actividades del Plan de acción	Actividad	Cumplido	No cumplido	Parcialmente cumplido
		17/06/2019	17/06/2019	17/06/2019
Seguridad Interna	Reforzamiento de seguridad en el área de observación	si		
	Reforzar la señalización de las áreas restringidas	si		
	Colocar sticker rojo en fotocheck de personal de EMG		No	
	Cumplir ingreso de personal de otros departamentos			si
	USB enviado por UFGRD para grabar incidentes		No	
Bioseguridad	Adecuadamente uniformado, fotocheck, mascarilla			si
	Medida bioseguridad estandar y lavado de manos			si
	Adherencia a los 5 momentos de higiene de manos			si
	Técnica aséptica en la manipulación de catéteres			si
	Limpieza y evacuación de residuos sólidos	si		
Epidemiología	Reporte diario Notjweb, notisp, notifi.individual, CDC MINSA, DIRIS	si		
	Reporte diario a la DG de la casuística actualizada	si		
	Control epidemiológico de las bacteriemias, en pacic. catéter venoso			si
Laboratorio	Toma de muestra y transporte al laboratorio central			si
	Reporte de muestras tomadas y enviadas	si		
	Stock de reactivos			





PERU

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DEL DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA IMPUNIDAD"

Farmacia	Reporte de insumos	si		
	Stock, proyectado, costeo para los 40 pacientes			si
Enfermería	Sábanas para pacientes			si
	Requerimiento del R. Humano			si
Comunicaciones	Elaboración del material educativo		no	
	Coordinar capacitación con docencia y telemedicina			si
	Línea estratégica de comunicaciones intra y extrainstitucional		no	
Atención del paciente:				
Personal de emergencia	Diagnóstico, toma de muestra y evaluación	si		
	Interconsultas	si		
	Coordinación con el equipo multidisciplinario			si
Neurología	Rol y programación del personal		no	
	Cx cambios, manejo y Cx de alta	si		
	Programación y resultados de EMG			si
Med. Física y Rehab	Rol y programación del personal	si		
	Plan de rehabilitación intra y extra institucional	si		
Servicio social	Soporte social de los pacientes con SGB			si
	Plan de visitas domiciliarias		no	
Psicología	Evaluación de las I/C solicitadas	si		
	Plan de salud mental	si		
UCI	Respuesta de I/C solicitada por médico tratante	si		
	Requerimientos de insumos, equipos y R. Humanos			si
	Reporte de complicaciones y reporte a epidemiología			si
	Criterios de alta de unidad en coordinación con MF y Neuro			si





"AÑO DEL DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA IMPUNIDAD"

Administración y logística	Compra de insumos, alquiler o compra de equipos			si
	compra de material de bioseguridad			si





SERVICIO DE NEUROLOGÍA – HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

Directivas sobre manejo del brote de SGB

1. **Administración de Ig G: dosis, dilución y velocidad de infusión**
 - a) Dosis: 0.4 gr / kg peso / día por 5 (cinco) días consecutivos.
 - b) Dilución: en Dextrosa al 5%, 500 cc
 - c) Velocidad de infusión: 6 horas en bomba de infusión ev
2. **Criterios para el cambio de plasmaféresis a inmunoglobulina:**
 - a) Pacientes con compromiso severo que no respondieron a plasmaféresis.
 - b) En caso de infección del catéter, además de evaluación por infectología y nefrología
3. **Manejo de pacientes severos (cuadriplejía con o sin ventilación mecánica) que no responden al final del 1° tratamiento.**
 - a) Si paciente recibió 5 sesiones de Ig G, se indica repetir curso de Ig G por 5 días.
 - b) Si paciente recibió 5 sesiones de plasmaféresis, se indica curso de Ig G por 5 días.
4. **Manejo de pacientes moderados que no responden al final del 1° tratamiento:**
 - a) Individualizar caso con evaluación neurológica para definir nuevo curso de tratamiento.
5. **Criterios de alta**
 - a) Pacientes con compromiso LEVE (Hughes 1 – 2)
 - b) Pacientes sin compromiso de síntomas bulbares de acuerdo a evaluación neurológica.
 - c) Re-evaluación por neurología y coordinación para seguimiento por consultorio externo.
 - d) Al alta paciente debe tener programado las citas de:
 - Neurología
 - Medicina Física.





PLAN DE SALUD MENTAL FRENTE A LA EMERGENCIA DE GUILLAIN-BARRÉ

Antecedentes

El síndrome de Guillain-Barré es un trastorno neurológico que suele presentarse con debilidad progresiva y trastorno de la sensibilidad, e incluso a veces se presenta con dificultad respiratoria. Puede provocar discapacidad prolongada que puede tratarse con rehabilitación proporcionada por un equipo "multidisciplinario" integrado por distintas especialidades (médicos, enfermeros, fisioterapeutas, psicólogos) que trabajen de una manera coordinada y organizada.

El equipo de Brigadas de Salud Mental que está conformado por doce psicólogos del Departamento de Psicología se encuentra capacitado para la atención psicológica de personas que se encuentran frente a situaciones de crisis o riesgo ante la emergencia de una enfermedad o un desastre natural.

Objetivos

Brindar atención psicológica oportuna y efectiva a familiares y pacientes con síndrome de Guillain-Barré que se encuentran hospitalizados en los diferentes servicios de nuestro hospital, que permita contribuir a mejorar la discapacidad y la calidad de vida del paciente en un corto plazo.

Estrategias

Se emplearán:

- Técnicas de entrevistas y observación.
- Instrumentos de evaluación: Cuestionario de ansiedad y depresión Hamilton (opcional).
- Técnicas de intervención y psicoterapia Breve.
- Consejería y Orientación Psicológica individual y familiar.
- Intervenciones focales al personal de salud para prevención y manejo del estrés.

Actividades

Con Usuarios Externos:

1. Coordinación con el Jefe de Emergencia y del Servicio de Neurología el momento oportuno de intervención de los brigadistas de Salud Mental.
2. Coordinar con el medico asistente encargado de cada area de Observación.
3. Coordinar con el grupo de brigadistas su intervención de acuerdo a su rol de guardia.
4. Integrar en el rol de guardia a los brigadistas que no se encuentran en la programación de guardias para la atención de los pacientes de Guillain-Barré.
5. Atención psicológica a pacientes que se encuentran hospitalizados.
6. Entrevista y consejería a familiares de pacientes q sea necesario o solicitado por el paciente.
7. Coordinar con profesionales del equipo multidisciplinario: Servicio Social y Medicina Física y Rehabilitación en los casos que sean necesarios.
8. Fijar la atención para el posterior seguimiento de los casos por Consulta Externa.





"AÑO DEL DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA IMPUNIDAD"

Con usuarios internos:

1. Coordinar con los Jefes de los servicios o departamentos de Emergencia, Enfermería, Medicina Física y Rehabilitación, el momento oportuno de intervención de los brigadistas.
2. Coordinar con el equipo de psicólogos de guardia y brigadistas su intervención en los servicios que lo soliciten.
3. Coordinar con Jefa de Enfermeras de Emergencia la formación de grupos: número de integrantes, ambiente y el tiempo empleado.
4. Realizar intervención a través de grupos focales al personal de salud para prevenir y manejar el estrés frente a situaciones de crisis.

Recursos Humanos

Doce psicólogos que pertenecen al equipo de Brigadas de Salud Mental más los psicólogos del equipo de guardia.

Evaluación/Monitoreo

Hacer seguimiento por consulta externa cuando el paciente asiste a su control médico por Neurología y Rehabilitación como parte de su atención integral en salud.



Elaborado por el Servicio de Cuidados Intensivos Generales	PLAN DE ACCIÓN DE ATENCIÓN Y MANEJO DE PACIENTES CRÍTICOS ADULTOS POR BROTE DE SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ	Versión Nro1 Junio 2019
--	---	----------------------------

I. FINALIDAD

Gestionar de forma eficiente y oportuna la atención de pacientes críticos adultos en contexto de **Brote Epidémico de Síndrome de Guillain Barré (SGB)** garantizando el recurso humano suficiente, equipamiento y ambiente físico bajo la denominación de capacidad ampliada de cuidados intensivos.

II. OBJETIVO

General: Formalizar el proceso de atención y manejo de paciente crítico en contexto de **Brote Epidémico de Síndrome de Guillain Barré (SGB)** y falta de camas en el Servicio de Cuidados Intensivos General de Adultos (SCIG) del Hospital Cayetano Heredia para su atención.

Específicos:

- 2.1. Describir el proceso de atención y manejo de paciente crítico con Síndrome de Guillain Barré en caso de Brote Epidémico.
- 2.2. Describir estrategia de capacidad ampliada del Servicio de Cuidados Intensivos

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Servicio de Cuidados Intensivos General de Adultos del HNCH (SCIG) del Hospital Cayetano Heredia

IV. BASE LEGAL

- ✓ Norma Técnica de Funcionamiento de Unidades de Cuidados Intensivos N°031-2005 MINSA
- ✓ Directiva sanitaria Nro 1: Criterios de ingreso, alta y Gestión de camas en contingencias del SCIG. 204-2012-SA-DS-HCNH/DG
- ✓ D. S. N° 013-2019-SA Decreto Supremo que declara en Emergencia Sanitaria los departamentos de Piura, Lambayeque, La Libertad, Junín y Lima por el plazo de noventa (90) días calendario.

V. DEFINICIONES

Brote Epidémico por Síndrome de Guillain Barré (SGB): Situación intrahospitalaria en la cual como consecuencia de un riesgo epidemiológico elevado ponen en grave peligro la salud y la vida de la población, previamente determinadas por el Ministerio de Salud por un incremento inusual de casos de **Síndrome de Guillain Barré (SGB)**.

Estado crítico: Se define estado crítico como 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 generando un estado de gravedad que requiere monitorización y tratamiento permanente los cuales no pueden ser otorgados en una unidad convencional de hospitalización sino que requiere de un nivel de asistencia en una unidad de cuidados intensivos con personal calificado y soporte tecnológico acorde con los avances actuales que garanticen una atención oportuna y de calidad que permita revertir el proceso o controlarlo en el menor plazo de tiempo posible.

Servicio de Cuidados Intensivos Generales (SCIG): Unidad orgánica que brinda atención de salud especializada en Medicina Intensiva



Elaborado por el Servicio de Cuidados Intensivos Generales	PLAN DE ACCIÓN DE ATENCIÓN Y MANEJO DE PACIENTES CRÍTICOS ADULTOS POR BROTE DE SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ	Versión Nro1 Junio 2019
--	---	----------------------------

al paciente críticamente enfermo ADULTO en condición de inestabilidad y gravedad importante. En el HNCH el servicio está compuesto por 03 unidades de cuidados intensivos de adultos: la unidad de cuidados intensivos de medicina (UCI de Medicina), la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos (CIQ) y la unidad de cuidados intermedios (UCIN).

Soporte vital: Toda intervención médica, técnica, procedimiento o medicación que se administra a un paciente para retrasar el momento de la muerte, esté o no dicho tratamiento dirigido hacia la enfermedad de base o el proceso biológico causal. Se entiende por procedimientos los siguientes: ventilación mecánica, técnicas de circulación asistida, diálisis, marcapasos, oxigenación extracorpórea, tratamiento farmacológico con fármacos vasoactivos, antibióticos, antifúngicos, antivirales, inmunoterapia, citostáticos, derivados sanguíneos, nutrición enteral, parenteral, hidratación y cuidados de rehabilitación física y respiratoria.

Estado basal funcional del paciente: Condición clínica del paciente antes de su enfermedad aguda crítica.

Estado funcional basal independiente nivel I: Paciente que previa a la solicitud de ingreso al SCIG efectuaba actividades cotidianas por sí mismo y desempeñaba un rol trascendental en su núcleo familiar y social (padre o madre de familia con actividad laboral presente, miembro de familia con aportaciones de ingresos familiares); este es el caso de los pacientes con Síndrome de Guillain Barré (SGB).

VI. ANALISIS DE LA OFERTA Y DEMANDA

6.1. Antecedentes:

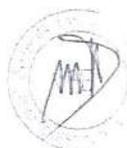
En condiciones de contingencia como el año 2009 y 2013 por incremento de casos de influenza el SCIG manejo un número de camas mayor a 12 y genero estrategias y conceptos que se han venido aplicando a fin de garantizar la calidad de atención del paciente crítico en forma oportuna.

Por ejemplo en el año 2009 se manejaron 15 pacientes con un incremento de la capacidad resolutive en manejo de pacientes críticos con falla respiratoria aguda requirientes de ventilador mecánico e incremento de oferta de camas UCI de 12 a 15.

En el año 2013 se amplió también la capacidad resolutive de 12 a 16 camas con la finalidad de atender a los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda por influenza estacional o influenza AH1N1. Se habilito el pabellón de CENEX para la atención de 04 pacientes críticos y se gestionó un plan de contingencia que implicó la contratación de personal especializado, adquisición de equipamiento médico y movilización de recursos existentes.

Al 8 de junio, son 25 casos en el HCH, de los cuales 6 se encuentran en atención en UCI, 2 mejorados pasaron a hospitalización.

A nivel ministerial se publica el Decreto Supremo que declara en Emergencia Sanitaria los departamentos de Piura, Lambayeque, La Libertad, Junín y Lima por el plazo de noventa (90) días calendario DECRETO SUPREMO No 013-2019-SA.



6.2. Recursos Humanos disponibles

Actualmente existe déficit de médicos intensivista en el SCIG, se proyecta la situación real a una brecha de 2 médicos intensivistas solo para labor asistencial e idealmente 5 para funcionamiento constante de la Unidad de Soporte Nutricional Artificial, apoyo al diagnóstico y soporte tecnológico y Gestión de la Calidad en el Servicio.

Médicos intensivistas	15
Médicos residentes de la especialidad	6
Enfermeras asistenciales	48
Técnicos asistenciales	32

6.3 Equipamiento biomédico disponible

El listado y equipamiento disponible esta descrito en el plan de equipamiento del SCIG.

El soporte biomédico es de vital importancia en el manejo de pacientes críticos, sin embargo, en condiciones de ser pacientes con Falla Respiratoria Aguda que por evolución y característica severa de tipo electromiográfica es que necesitarán soporte ventilatorio entre 6 a 8 semanas. En este contexto se requiere monitores multiparamétricos con 8 parámetros para monitorizar que incluyan ETCO2 y presión invasiva. Además de aspirador de secreciones, y equipos que permitan el manejo y complicaciones de tipo ventilatorio (broncofibroscopio, laringoscopios y ventiladores manuales).

Finalmente, en este plan se propone la adquisición de equipos para la implementación de una Unidad de Cuidados Intensivos de tipo respiratorio y neurológico.

6.4. Brecha de camas UCI basada en situación actual:

Desde el año 2013 el SCIG ha manejado la contingencia de sobredemanda de pacientes críticos habilitando espacios del hospital para el manejo de este tipo de pacientes, dichos ambientes utilizados son: sala de aislados de emergencia, CENEX, sala de procedimientos de medicina, sala de procedimientos del servicio de emergencia y sala de recuperación de cuidados post-anestésicos; sin embargo en la actualidad se han registrado un promedio diario de 02 pacientes críticos en recuperación y 02 pacientes críticos de origen medico con criterios de ingreso a UCI como prioridades I y III.

En la tabla a continuación se muestra la demanda actual de camas del SCIG.

Análisis de Sobredemanda en el SCIG



Brote Epidémico de Síndrome de Guillain Barré (SGB)

Brote Epidémico de Síndrome de Guillain Barré (SGB) en el peor escenario (ubicado en la antigua UCI de emergencia)

6.2. Requerimiento de camas de Intermedios basada en estadísticas

Actualmente se requiere un área de cuidados crónicos ventilatorios, por tener 03 pacientes con diagnóstico de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) que se encuentran hospitalizados en el SCIG desde marzo de 2019.

VII. ANALISIS FODA

Fortalezas	Debilidad
<ol style="list-style-type: none"> 1. Recurso humano altamente calificado permanente en el tiempo identificado con el SCIG. 2. Trabajo en equipo entre el SCIG y la unidad de soporte biomédico que permite el mantenimiento y buen funcionamiento de los equipos biomédicos 3. Capacidad del Servicio de asumir retos responsablemente y habilitar en corto plazo áreas de expansión para manejo de pacientes en casos de contingencia como Manejo de Influenza Grave en el año 2009.2013 y manejo de pacientes TBC, lo cual garantiza continuidad de manejo de pacientes 4. Presencia de residencia de medicina intensiva que 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Carencia de Unidad de Cuidados Intermedios con camas suficientes para garantizar la continuidad de atención de pacientes críticos. 2. Recurso humano asistencial especializado de enfermería limitado. 3. Recurso humano de técnicos de enfermería intensivo limitado. 4. Equipamiento disponible con tiempo de uso incrementado y mantenimiento constante.



garantiza la formación de profesionales	
Amenaza	Oportunidad
<ol style="list-style-type: none"> 1. Apertura de Asociaciones Público-Privadas que compiten con el hospital en mejores ofertas laborales para el recurso humano médico. 2. Ausencia de normativas que contemplen horas extras programables como guardia para el personal de médicos intensivistas nombrado y CAS. La norma de horas complementarias actual es limitada para trabajo médico de intensivistas. 3. Capacidad limitada de áreas de expansión en casos de contingencia para manejo de epidemias 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disponibilidad de un área de expansión en caso de manejo de contingencias y sobredemanda con posibilidad de convertir áreas de cuidados intermedios en cuidados intensivos. 2. Disponibilidad de Unidad de Cuidados Intermedios que permita mejorar los estándares de calidad en los indicadores de cuidados intensivos. 3. Mejorar la cartera de servicios del hospital ofertando la atención de pacientes delicados que requieren vigilancia intensiva y evitar complicaciones de pacientes al alta del SCIG.
<p>Conclusión: La designación de los espacios utilizados actualmente por cuidados intermedios para utilización de cuidados intensivos por contingencia permitiría mejorar los indicadores de productividad y de calidad del SCIG.</p>	

VIII. DISPOSICIONES GENERALES

- 8.1. Reporte de situación de manejo de pacientes atendidos en Contingencia a Jefatura de Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos.
- 8.2. Cumplimiento de procesos de la presente directiva si la atención por contingencia sobrepasa el peor escenario de manejo de paciente crítico es mayor al 100% de las camas hospitalarias ofertadas por el SCIG.
- 8.4. Ejecución de triaje terciario para definir pase al SCIG por personal de médicos intensivistas del SCIG en caso de peor escenario.
- 8.5. Desarrollo de la capacidad ampliada de atención y manejo de pacientes críticos adultos.
- 8.6. Disponer que el personal de médicos residentes de UCI rotantes en el hospital pase al SCIG.
- 8.7. Valorar activación de plan de contingencia por Brote Epidémico de Síndrome de Guillain Barré (SGB) en el servicio de emergencia adultos

IX. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

- 9.1. Proceso de atención y manejo de paciente crítico con Síndrome de Guillain Barré (SGB) (Ver fluxograma Nro 1)



- ✓ Comunicar situación a Jefe de Servicio de Cuidados Intensivos Generales (SCIG) y jefe de guardia diaria.
- ✓ Definir pase de paciente crítico prioridad I al SCIG con diagnóstico de SGB.
- ✓ Definir estrategia de capacidad ampliada UCI según las condiciones hospitalarias de dicho momento.
- ✓ De los demás pacientes críticos, definir tipo de prioridad de paciente, en condición de contingencia solo los pacientes prioridad I de ingreso a UCI y aquellos pacientes críticos de los demás servicios con estado funcional basal aceptable y estancia hospitalaria menor de 15 días con enfermedad o problema de fondo se mantiene estacionaria o no ha empeorado, ingresan al SCIG.
- ✓ Valorar la posibilidad de alta de paciente de UCI con estabilidad y libre de ventilador mecánico por 24 a 48 horas a un ambiente hospitalario habilitado como intermedios (sala de procedimientos de medicina A, sala de aislados del servicio de emergencia)
- ✓ Valorar condiciones de transporte de paciente crítico con SGB estabilizado que no requiera apoyo ventilatorio ni hemodinámico para poder derivar a otra institución y poder continuar su manejo de rehabilitación; pues en el caso de los pacientes con SGB, esta puede durar hasta 8 semanas de manejo en hospitalización y hasta 1 año por consulta ambulatoria.

9.2. Proceso de atención y manejo de paciente crítico de causa quirúrgica en caso de Contingencia por SGB (Ver fluxograma Nro 2)

- ✓ Comunicar situación a Jefe de Servicio de Cuidados Intensivos Generales (SCIG) y jefe de guardia
- ✓ Definir tipo de prioridad de paciente, en condición de contingencia solo los pacientes prioridad I de ingreso a UCI y aquellos pacientes críticos de los demás servicios con estado funcional basal aceptable y estancia hospitalaria menor de 15 días con enfermedad o problema de fondo se mantiene estacionaria o no ha empeorado, ingresan al SCIG.
- ✓ Definir estrategia de capacidad ampliada UCI según las condiciones hospitalarias de dicho momento
- ✓ Valorar la posibilidad de alta de paciente de UCI con estabilidad y libre de ventilador mecánico por 24 a 48 horas a un ambiente hospitalario habilitado como intermedios
- ✓ Definir pase de paciente crítico prioridad I al SCIG otra unidad como UCI medicina o UCI de emergencia
- ✓ Manejo de paciente en sala de recuperación de anestesiología como manejo conjunto con equipo médico permanente de recuperación
- ✓ Valorar suspensión de cirugías electivas que por factores de riesgo podrían requerir UCI en su post-operatorio.

9.3. Estrategia de capacidad ampliada de cuidados intensivos para adultos

Requerimiento Recurso Humano	Total
Médicos intensivistas a contratar	2 a 5 según área de expansion.
Médicos residentes de la especialidad que pasarían al Servicio	2
Enfermeras intensivistas	10
Técnicas	10



Requerimiento Equipamiento Adicional para Unidad de Intermedios de contingencia	Total
Ventiladores mecánicos	4
Monitor multiparamétrico (08) con capacidad de al menos una presión invasiva y medición de ETCO2	4
Aspirador de secreciones con característica de no emisión de decibeles altos.	4
Broncofibroscopio	1
Coche de paro	1
Monitor desfibrilador	1
Maletín de vía aérea	1
Laringoscopios retráctil	2
Laringoscopios	2
Ventiladores manuales con reservorio	8
Estetoscopios	8

Requerimiento de espacio físico para habilitar como ambiente de UCI de Contingencia	Total
Sala de Medicina A de 4 camas que dispone de empotrado de oxígeno	Requerimiento inmediato para manejo de pacientes con ELA.
Unidad de Cuidados Intermedios con 4 camas	Requerimiento inmediato para manejo de Pacientes SGB por contingencia.
Sala de Cuidados Intensivos Especiales de Emergencia	Requerimiento mediato de tener Contingencia en el peor escenario.

X. FLUXOGRAMAS DE ATENCION



REFERENCIAS

1. Estadísticas del Servicio de Cuidados Intensivos General 2014-2018
2. Unidad de Cuidados Intensivos: Estándares y Recomendaciones. Ministerio de Salud y Política Social. España 2010.
3. Guidelines for ICU Admission, Discharge, and Triage. Crit Care Med 1999 Mar; 27(3):633-638.
4. Fundamentos en cuidados críticos: Soporte inicial. Tercera edición en español 2008. Sociedad Americana de Medicina Intensiva.
5. Bone Roger C.; McElwec Newell E., Eubanks David H., Gluck E.H. Analysis of Indications for Intensive Care Unit Admission. Chest 104 (6); 1993:1806-11.
6. Bone RC, McElwee NE, Eubanks DH, et al: Analysis of indications for intensive care unit admission—Clinical Efficacy Project—American College of Chest Physicians. Chest 1993; 104:1806–1811.
7. NIH Consensus Conference—Critical Care Medicine. JAMA 1983; 250:798–804.
8. Kollef MH, Shuster DP: Predicting ICU outcomes with scoring systems: Underlying concepts and principles. Crit Care Clin 1994; 10:1–18.
9. Dawson JA: Admission, discharge, and triage in critical care. Crit Care Clin 1993; 9:555–574.
10. Ron A, Aronne LJ, Kalb PE, et al: The therapeutic efficacy of critical care units: Identifying subgroups of patients who benefit. Arch Intern Med 1989; 149:338–341.
11. Egol A, Willmitch B, Prager R: The overtriage rate as an index of the quality of critical care triage. Abstr. Crit Care Med 1996; 24(Suppl):A44
12. Society of Critical Care Medicine Guidelines Committee: Guidelines for the definition of an intensivist and the practice of critical care medicine. Crit Care Med 1992; 20:540–542
13. Task Force on Guidelines, Society of Critical Care Medicine: Recommendations for services and personnel for delivery of care in a critical care setting. Crit Care Med 1988; 12:809-811
14. Task Force on Guidelines, Society of Critical Care Medicine: Guidelines for categorization of services for the critically ill patient. Crit Care Med 1991; 19:279-285
15. Guía de Triage Hospitalario y UCI en Pandemia Influenza 2009.
16. Development of a triage protocol for critical care. CMAJ 2006;175(11):137781.
17. NORMAS LEGALES: D. S. N° 013-2019-SA
18. RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 201-2018-DG-INCN.

