MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE SALUD

ATENCIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL (M02.05.03.01)

(HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS)

Mayo - 2020

FORMATO DE VALIDACIÓN
MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS
VERSIÓN AS IS (situación actual)

EsSalud

ACTA DE REUNIÓN

FECHA:	12 de Marzo 2020	HORA DE INICIO:	8:00 a.m.	HORA DE FIN:	

Órgano: Servicio de Neonatología
Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos

Lugar: Segundo Piso Block A - UCI Neonatal

PARTICIPANTES

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	ÓRGANO / UNIDAD ORGÁNICA	CARGO	ANEXO	CELULAR	CORREO	FIRMA
1	Carmen Fernandez Sierra	Servicio de Neonatología	Jefe de Servicio	3925 / 3013	985494858	carmen.fernandezs@essalud.gob.pe	[firma]
2	Juan Manuel Ortiz Chicchón	Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos	Jefe de Servicio	1376 / 1378	987817613	juan.ortiz@essalud.gob.pe	[firma]
3	Humberto Reyes Rocha	Gerencia de Organización y Procesos	Gerente	2902 / 2108	959379174	humberto.reyes@essalud.gob.pe	[firma]
4	Susana Romo Astete	Sub Gerencia de Procesos	Sub Gerente	2674	953964683	maria.romo@essalud.gob.pe	[firma]
5	María Claudia Guzmán Medina	Sub Gerencia de Procesos	Especialista	2627	940034263	externo.mguzman@essalud.gob.pe	[firma]
6	Carlos Corzo Maldonado	Sub Gerencia de Organización	Especialista	2108	969643323	ccorzomaldonado@gmail.com	[firma]
7	MARTINA ZEGARRA LINARES	Coordinadora	Médico		950248134	mazeli 2004@gmail.com	[firma]
8							
9							
10							

TEMAS TRATADOS Y RESUMEN

1	Situación levantamiento de procesos actual de cuidados intensivos neonatales y pediátricos
2	Situación referida a la organización actual
3	Situación referida a la atención de neonatología en hospitalización (cuidados transicionales / alojamiento conjunto)
4	Principales dificultades para el desarrollo de sus procesos y oportunidades de mejora

(*) El Servicio de Neonatología expuso la atención neonatológica que da:
- Atención inmediata Post Nacimiento
- Hospitalización (Alojamiento Conjunto / Cuidados Transicionales / UCI)
- Atención ambulatoria consulta externa

(*) La principal acción a tratar es el Sinceramiento de producción de neonatología en Piso SABC.

(*) Brindarán la estadística presentada, GOP redactará informe con dicha información y los procesos actualmente relevados (situación actual).

(*) Los Manuales de Procesos y Procedimientos serán documentados independientemente (1. Atención Cuidados Intensivos Neonatal 2. Atención Cuidados Intensivos Pediátricos)

(*) Servicio UCI Pediátrica remitirá lista de funcionalidades para el ESSI.

ACUERDOS Y/O COMPROMISOS

N°	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
	Coadyuvar sinceramiento producción con información a remitir por los Servicios (Coordinación con UIAD)	GOP-S.Neonatología	

FORMATO DE VALIDACIÓN

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

VERSIÓN *AS IS* (situación actual)

PROCESO ATENCIÓN DE SALUD

ATENCIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS

ATENCIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL

GRADO	CARGO	NOMBRE	FIRMA
Validado por	Jefe de Servicio de Neonatología (*)	DRA. CARMEN FERNÀNDEZ SIERRA	
Revisado por	Coordinador del 2A (UCI-UCIN)	Dr. JUAN CHAU CHANG	

(*) Debido a que el presente documento recoge la situación actual de los procesos es preciso señalar que:
Si bien es cierto que el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins aprobado mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 125-PE-2018, indica que hay un "Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales" dependiente del "Departamento de Cuidados Intensivos"; actualmente la atención de cuidados intensivos neonatales está a cargo del Servicio de Neonatología del Departamento de Pediatría Clínica.

HOJA DE CONTROL DE CAMBIOS

N°	ÍTEMS	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	VERSIÓN	RESPONSABLE
01		Versión inicial del documento		

Índice

1. Objetivo del documento 7
2. Alcance 7
3. Términos y definiciones del proceso 7
4. Consideraciones 14
5. Base legal 16
6. Matriz cliente – producto 18
7. Matriz de responsabilidad 19
8. Inventario de procesos y diagrama de bloques 20
9. Ficha del proceso de Nivel 01,02 hasta el penúltimo Nivel 23
10. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS 26

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL (ESQUEMA GENERAL) 27

AMBIENTE DONDE SE REALIZA EL PROCESO ATENCIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL 28

DESCRIPCIÓN DE CADA PROCEDIMIENTO 29

M02.05.03.01.01 Autorización de traslado a UVI, UCI, UCIN 29

M02.05.03.01.01.01 Autorización de traslado en caso RN provenga de Emergencia Gineco-Obstétrica (nacido por parto cesárea), Sala de Partos (nacido por parto eutócico), Sala de Operaciones (nacido por cesárea programada), Hospitalización (alojamiento conjunto / cuidados transicionales) 30

M02.05.03.01.01.02 Autorización de traslado en caso de Interconsultas de Gineco obstétrica por potenciales nacimientos de RN de alto riesgo (previo al nacimiento) 35

M02.05.03.01.01.03 Autorización de traslado en caso el RN provenga de la Emergencia pediátrica por referencia coordinada 41

M02.05.03.01.01.04 Autorización de traslado en caso el RN provenga de la Emergencia pediátrica desde domicilio o referencia no coordinada 44

M02.05.03.01.01.05 Autorización de traslado en caso de pacientes RN con intervención quirúrgica realizada de emergencia por el Servicio de Emergencia Pediátrica 45

M02.05.03.01.02 Ingreso y primera atención de paciente en las UVI, UCI, UCIN neonatal 46

M02.05.03.01.03 Atención de paciente neonato altamente crítico en Unidad de Ventilación Intensiva Neonatal 48

M02.05.03.01.04 Atención de neonato crítico en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales 51

M02.05.03.01.05 Atención de paciente neonato en Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales 55

M02.05.03.01.06 Solicitud de interconsultas 58

M02.05.03.01.07 Solicitud de exámenes auxiliares 60

M02.05.03.01.08 Administración de leche materna y fórmulas lácteas 62

M02.05.03.01.09 Realización de ecografías cerebrales y ecocardiografías del recién nacido 64

M02.05.03.01.10 Evaluación de retinopatía de la prematuridad 65

M02.05.03.01.11 Tamizaje metabólico neonatal 66
M02.05.03.01.12 Rondas de enfermería en UVI, UCI, UCIN 67
M02.05.03.01.13 Alta médica del neonato de UCI – UCIN 68
M02.05.03.01.14 Constatación de fallecimiento: emisión de Certificado de Defunción 69
M02.05.03.01.15 Referencia / Contrarreferencia del neonato de UVI-UCI-UCIN a otras IPRESS 72
M02.05.03.01.16 Comunicación continua con el familiar (abordaje sobre tratamiento y evolución del paciente)
¡Error! Marcador no definido.
11. Procesos críticos 73
12. Mejora continua de los procesos 74
13. Aprobación de Manual de Procesos y Procedimientos 75
14. Aspectos finales 75
CONCLUSIONES 75
RECOMENDACIONES 75

1. *Objetivo del documento*

Documentar los procesos y procedimientos relacionados al Proceso de Atención de Salud, en lo que refiere al Proceso de Atención de Cuidados Intensivos Neonatal, desarrollados en el *Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins*, a fin de que sean considerados como lineamientos que orienten y proporcionen criterios técnicos uniformes durante la producción de los bienes y servicios a su cargo; propiciando la eficiencia en la gestión institucional y la satisfacción de los asegurados y sus derechohabientes.

2. *Alcance*

El presente documento está dirigido a todo el personal del *Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins*, involucrados en las actividades de atención de cuidados intensivos neonatales.

3. *Términos y definiciones del proceso*

A continuación, se definen aquellos términos técnicos empleados en la descripción de los procesos que requieren aclaración de su significado:

Abreviaturas:

- **CNV:** Certificado de Nacido Vivo
- **CRUEN:** Central Reguladora de Urgencias y Emergencias
- **DNI:** Documento Nacional de Identidad
- **EGO:** Emergencia Gineco obstétrica
- **ESSI:** Servicio de Salud Inteligente *(nuevo Sistema de Gestión de Servicios de Salud-SGSS)*
- **GPC:** Guía de Práctica Clínica
- **HC:** Historia Clínica
- **HNERM:** Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
- **IPRESS:** Institución Prestadora de Servicios de Salud
- **IQX:** Intervención Quirúrgica
- **MINSA:** Ministerio de Salud
- **MTPE:** Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo
- **NPT:** Nutrición parenteral total
- **RN:** Recién nacido
- **SGSS:** Sistema de Gestión de los Servicios de Salud
- **SINADEF:**
- **SOP:** Sala de Operaciones
- **STAE:** Sistema de Transporte Asistido de Emergencia
- **UCI:** Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal
- **UCIN:** Unidad de Cuidados Intermedios Neonatal
- **UVI:** Unidad de Ventilación Intensivista Neonatal
- **UPSS:** Unidades Productoras de Servicios de Salud

Definiciones:

- **ANAMNESIS:** La anamnesis es el proceso de la exploración clínica que se ejecuta mediante la revisión de las notas de enfermería y hojas de monitoreo del neonato; así como la revisión de la historia clínica materna y entrevistas realizadas a los familiares/ responsables legales, a fin de identificar los signos del individuo, conocer sus dolencias actuales, obtener una retrospectiva de él y determinar los elementos familiares, ambientales y personales relevantes.

- **ACREDITACIÓN:** Es el procedimiento de verificación de los requisitos y criterios que debe cumplir el afiliado para tener derecho a las prestaciones que brinda el seguro al que se encuentra afiliado.

- **ACREDITADO:** Es el asegurado que luego de pasar por un procedimiento de verificación en el Sistema de Información Institucional vigente, cumple con los requisitos para tener derecho de cobertura al Plan de Seguro afiliado.

- **ACREDITACIÓN COMPLEMENTARIA**[U1]**:** Es el procedimiento mediante el cual el asegurado que no figura acreditado en el sistema de consulta de información puede acreditarse de manera complementaria hasta por 30 días calendario, dentro del mismo mes que solicita la prestación.

- **ACTO MÉDICO:** Conjunto de acciones o disposiciones que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica y en el cumplimiento estricto de sus deberes y funciones. El acto médico es de exclusiva competencia y responsabilidad del médico y debe estar sustentado en una Historia Clínica veraz y suficiente que contenga las prácticas y procedimientos aplicados al usuario de los servicios de salud para resolver el problema de salud diagnosticado y comprende los registros de obligación institucional a fin de ser susceptible de auditorías internas y externas del Acto del Profesional de Salud.

- **ACTO PROFESIONAL:** Conjunto de acciones o disposiciones que realiza el Profesional de Salud en el cumplimiento estricto de sus deberes y funciones. Han de entenderse como tales, las atenciones que realizan estos profesionales y las acciones que se deriven directamente de ellos. Estos actos deben estar registrados en un Historia Clínica con información veraz y suficiente que contenga las prácticas y procedimientos aplicados al usuario de los servicios de salud y comprende los registros de obligación institucional a fin de ser susceptible de auditorías internas y externas.

- **ALTA:** Comprende todas las circunstancias en las que se dispone el egreso de un paciente internado en condiciones estables y/o en proceso de recuperación informando sobre las indicaciones para su seguimiento.

- **ALTA MÉDICA:** Acción que da por concluida la atención del paciente estabilizado en la(s) especialidad(es) tratante(s).

- **ALTA ADMINISTRATIVA:** Acción administrativa que da por concluida la atención de un paciente estabilizado, por razones de necesidad institucional, incluyendo las faltas disciplinarias de los pacientes que vulneren los reglamentos operativos internos.

- **ANTROPOMETRÍA:** Es el proceso de medición de las dimensiones y algunas características físicas del cuerpo humano, a través de las variables antropométricas como peso, longitud (talla), perímetro cefálico, perímetro torácico, entre otros.

- **APOYO VITAL:** Es toda técnica que aplicada al organismo puede sustituir la función fisiológica de un órgano, cuando su afectación ponga en peligro la vida. Cada técnica de apoyo vital puede ser o no aplicada en cada paciente.

- **AREAS CRÍTICAS:** son aquellas unidades de trabajo destinadas al tratamiento de pacientes con compromiso agudo y severo de su equilibrio interno o de usuarios que enfrentan una situación que pone en grave riesgo su vida o su salud; así como unidades de trabajo que permiten la protección de órganos o tejidos con fines de trasplante. Todas ellas deben contar con personal altamente especializado e incorporar equipos, materiales e insumos de alta tecnología compleja

- **ATENCIÓN MÉDICA:** Es el acto médico realizado que comprende la consulta médica más los procedimientos que se realizan durante la atención al paciente.

- **AUDITORÍA MÉDICA:** Tipo de Auditoría sobre el Acto Médico, realizada por profesionales médicos, que no han participado en la producción de datos o la información, ni la prestación médica, que consiste en la revisión detallada de registros y procesos médicos con el objetivo de evaluar la calidad de la atención médica brindada. No es punitiva, ni es un peritaje legal y es confidencial.

- **AUTOGENERADO:** Es un código que permite identificar en los sistemas al afiliado titular y sus derechohabientes. Está compuesto por letras y números (alfanumérico) y se genera considerando los datos personales del asegurado.

- **AYUDA AL DIAGNÓSTICO:** Las áreas de ayuda al Diagnóstico son: Laboratorio e, Imagenología.

- **CAPACIDAD RESOLUTIVA:** Está referida a la capacidad de cada IPRESS de acuerdo a su categoría y nivel de complejidad, de otorgar prestaciones con fines de diagnóstico y terapéuticos, las cuales están determinadas, entre otros, por los servicios, recursos humanos, especialidades y equipamiento del IPRESS. Se subdivide en: Capacidad Resolutiva Cualitativa, cuando se refiere al tipo de especialidad o equipamiento con que cuenta el IPRESS; y, Capacidad Resolutiva Cuantitativa, cuando se refiere a la cantidad de especialistas o equipamiento con que cuenta.

- **CONSEJERÍA:** La consejería es un proceso educativo comunicacional concebido como un diálogo participativo que busca ayudar a la madre, padre o cuidadores a entender los factores que influyen en la salud y nutrición encontrados durante la evaluación del crecimiento y desarrollo de la niña o niño, y a explorar con ellos las alternativas para solucionarlos o mejorarlos.

- **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** Es la autorización expresa que el paciente o su representante legal cuando el paciente está imposibilitado, o es menor de edad, otorga al profesional de la salud respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento, en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico u otro profesional de salud competente le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y

potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, además de los beneficios. Por lo tanto, solo después del conocimiento de esta información el paciente o su representante legal suscribe y autoriza la intervención o procedimiento, junto con el profesional responsable. Se exceptúa de consentimiento informado en caso de situación de emergencia, según los artículos 4° y 40° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud.

- **CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN:** Proceso por el cual se da la prestación de salud al paciente en estado crítico, desde el momento en el sitio y contexto en el que inicia la condición de crítico hasta el momento en que sale de dicho estado.

- **CONTRARREFERENCIA MÉDICA:** Es un procedimiento administrativo asistencial mediante el cual se retorna la responsabilidad del manejo médico, de ayuda al diagnóstico y/o tratamiento del paciente, al médico tratante de la IPRESS de Origen. La Contrarreferencia no es un procedimiento usado para sustentar los pasajes de un paciente atendido.

- **CONTRARREFERENCIA FARMACOLÓGICA:** Es el Procedimiento Administrativo mediante el cual el médico tratante de la IPRESS de Destino retorna la responsabilidad del manejo médico del paciente a su IPRESS de Origen, indicando claramente el tratamiento a largo plazo que va a seguir (hasta 06 meses) y otorga recetas para 45 días, a aquellos pacientes que tienen enfermedades crónicas que periódicamente reciben recetas múltiples.

- **CUIDADOS INTENSIVOS ESPECIALIZADOS:** Son unidades orgánicas y/ o funcionales que brindan atención especializada al paciente críticamente enfermo en condición de inestabilidad y gravedad persistente, potencialmente recuperable. Estas unidades, concentran pacientes en estado crítico de especialidades: neuroquirúrgicos, coronarios, pediátricos, neonatales, quemados, cardiovasculares entre otros.

- **CUIDADOS INTENSIVOS:** Es una unidad orgánica llamada Servicio de Cuidados Intensivos (SCI) o Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), que brinda atención especializada de Medicina Intensiva al paciente críticamente enfermo en condición de inestabilidad y gravedad persistente, potencialmente recuperable y/o con la necesidad de efectuar procedimientos especiales de diagnóstico y/o terapéuticos que preserven la vida.

- **DEFUNCIÓN:** Cese irreversible de todas las funciones corporales, se manifiesta por ausencia de respiración espontánea y pérdida total de las funciones cardiovascular y cerebral. Excluye las defunciones fetales.[1]

- **EPICRISIS:** Dictamen que realiza un profesional acerca de la enfermedad que padece una persona

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

- **EXAMEN FÍSICO:** Incluye el "Examen Físico General" con el control de funciones vitales y condiciones generales; así como el "Examen Físico preferencial", cuando corresponda y sea el motivo de la consulta.

[1] APROBAR LA DIRECTIVA NRO 0014 -GCPS-ESSALUD-2016, "VIGILANCIA DE MORTALIDAD GENERAL EN ESSALUD"

- **FORMATO DE SOLICITUD DE REFERENCIA:** Es el formulario donde el médico detalla de manera resumida tus dolencias y los exámenes que te han realizado para llegar a su diagnóstico y sirve para derivarlo al establecimiento más conveniente.

- **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA:** Recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica y desarrolladas sistemáticamente acerca de un problema clínico específico para asistir tanto al personal de la salud como a los pacientes en el proceso de toma de decisiones para una apropiada y oportuna atención a la salud.

- **HISTORIA CLÍNICA:** Documento médico legal, obligatorio y confidencial, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los procedimientos ejecutados por el equipo de salud que intervienen en la atención del paciente. Este documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente, padres, responsables legales o los acompañantes cuando el paciente es menor de edad, o en los casos previstos por ley. Pueda darse físicamente el original o la copia fedateada, o mediante un registro electrónico.

- **IDENTIFICACIÓN SEGURA DEL PACIENTE:** es el proceso mediante el cual se verifica que el paciente es quien dice ser, este proceso se inicia con el registro correspondiente y posterior colocación de un brazalete o pulsera de identificación que contendrá los datos necesarios para su atención en las áreas correspondientes durante su estancia en el Hospital.

- **INTERCONSULTA:** Es el proceso en el cual se solicita la evaluación de otra especialidad médica, para definir el diagnóstico, tratamiento, o el destino de un paciente (hospitalización, referencia, o alta).

- **INTENSIVISTA:** profesional médico que tiene una especialidad en atención al paciente crítico y las competencias profesionales para desarrollarla.

- **IPRESS DE ORIGEN:** Es aquella IPRESS que refiere al paciente a la IPRESS de Destino para el otorgamiento de prestaciones asistenciales que superan su capacidad resolutiva.

- **IPRESS DE DESTINO:** Es aquella IPRESS que recibe al paciente referido y que cuenta con la capacidad resolutiva suficiente para otorgar las prestaciones asistenciales motivo de la referencia.

- **MEDICINA INTENSIVA:** Es una especialidad médica dedicada al suministro de soporte vital o de soporte de los sistemas orgánicos en los pacientes que están críticamente enfermos, quienes generalmente también requieren supervisión monitorización intensiva.

- **MÉDICO TRATANTE:** Es el profesional médico que maneja el problema del paciente, conduce el diagnóstico y tratamiento. En aquel IPRESS en el que hubiere un grupo de médicos a cargo de la atención en internamiento, el médico tratante es aquel que atiende y/o diagnostica por primera vez al paciente a su ingreso en el servicio de hospitalización y en tanto permanezca en éste. Cuando el paciente es trasladado a otro servicio o unidad, el médico tratante es aquel que decide o asume su tratamiento médico o quirúrgico. En ambos casos, en ausencia del médico tratante, corresponde al médico jefe del servicio o quien haga sus veces asumir dicha responsabilidad. Lo dispuesto no incluye a los médicos residentes por estar en fase de formación.

- **MUERTE NEONATAL** Es la defunción de un recién nacido vivo, que ocurre en el intervalo comprendido desde su nacimiento hasta cumplidos los 28 dias de vida.

    - Muerte Neonatal Precoz Es la defunción de un recién nacido vivo que ocurre entre el nacimiento y los primeros 7 días de vida
    - Muerte Neonatal Tardía Es la defunción de un recién nacido vivo que ocurre desde el octavo día de vida hasta que complete los 28 días de vida.

- **PACIENTE CRÍTICO:** Se define por la existencia de una alteración en la función de uno o varios órganos o sistemas, situación que puede comprometer su supervivencia en algún momento de su evolución, por lo que la muerte es una alternativa posible.

- **PACIENTE ESTABILIZADO O COMPENSADO:** Paciente crítico en el cual el peligro inmediato de pérdida de vida ha sido superado presentando y manteniendo parámetros de funciones vitales aceptables dentro de una patología determinada que puede ser trasladado a otro servicio o establecimiento de salud.

- **PACIENTE POTENCIALMENTE RECUPERABLE:** Paciente crítico cuya gravedad no es consecuencia de un estadio de enfermedad incurable Terminal.

- **RECIÉN NACIDO O NEONATO:** Nacido vivo de una gestación, cuya edad abarca desde el momento de nacimiento hasta los 28 días de nacido. Se considera nacido vivo, cuando después de la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, Respira o da señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical, y esté o no desprendida la placenta.

    - Bajo Peso al Nacer Característica del recién nacido (vivo o muerto), que pesa al nacer menos de 2500 gramos independientemente de la edad gestacional. La medición se realiza al momento del nacer o dentro de las primeras 24 horas de vida del RN, antes de que la significativa pérdida de peso postnatal haya ocurrido.
    - Recién Nacido Prematuro Es el recién nacido vivo con edad gestacional menor de 37 semanas o 259 días.

- **SEGURIDAD DEL PACIENTE:** Es la reducción, mitigación y eliminación de potenciales riesgos en la atención de salud, mediante el uso de las mejores prácticas, que aseguren la obtención de óptimos resultados para el paciente dentro de la prestación asistencial.

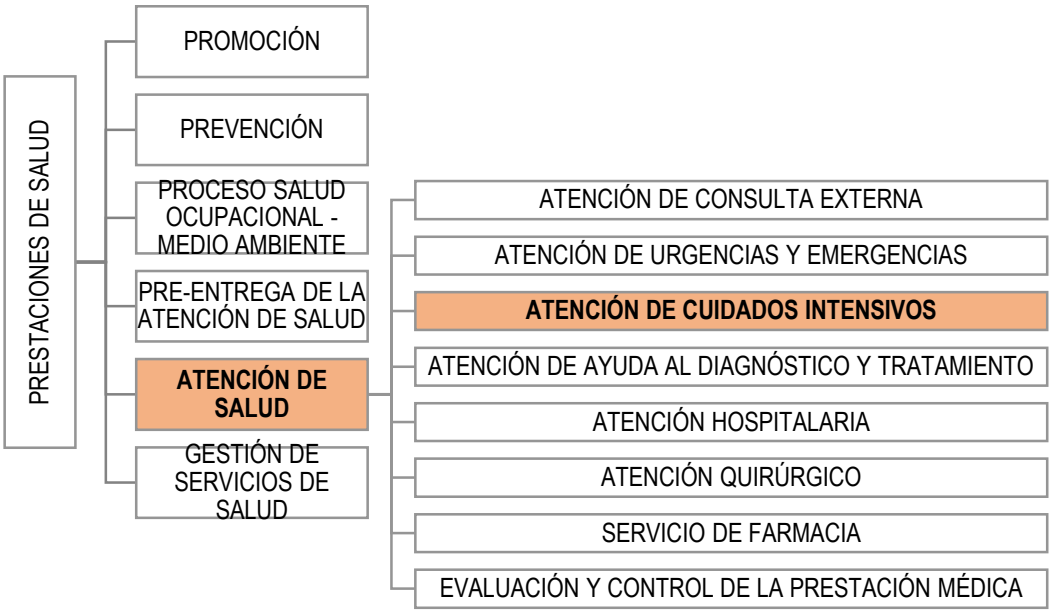
- **SIGNOS DE ALARMA:** Para los fines del presente manual, se considera signos de alarma a la alteraciones visualizadas a través del monitor de funciones vitales (tales como desaturación, taquicardia, bradicardia, taquipnea, bradipnea, hipotensión arterial, hipertensión arterial, entre otros), o alteraciones de la temperatura, del sensorio, del patrón respiratorio, del patrón digestivo, del flujo urinario, cutáneas, glicemia u otros.

- **TAMIZAJE NEONATAL:** Aplicación de procedimientos y pruebas a todos los recién nacidos con el objeto de identificar oportunamente a aquellos que puedan presentar alguna enfermedad, con el propósito de prevenir discapacidad física y/o mental o la muerte prematura.

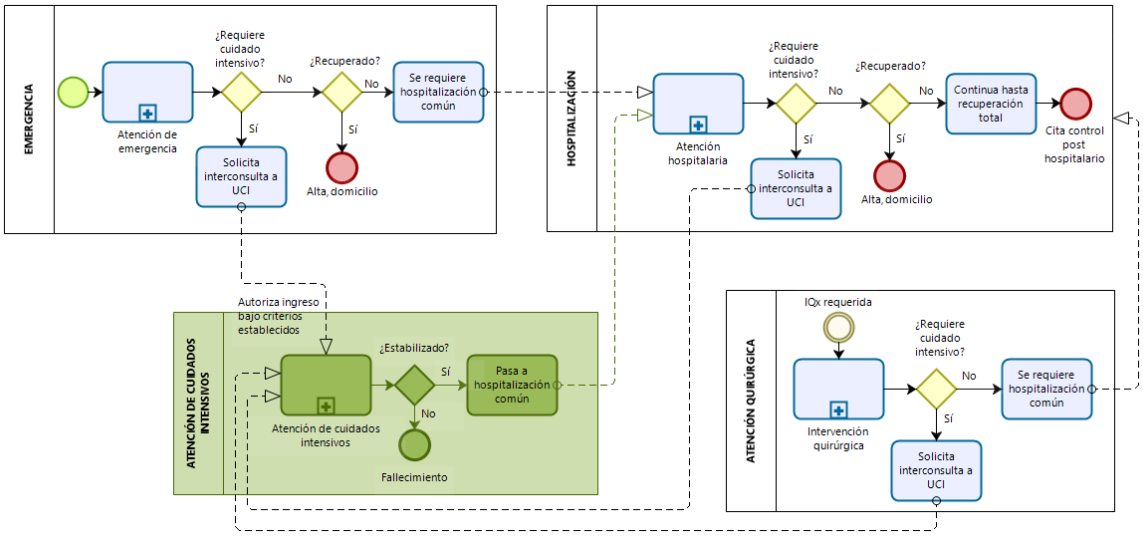
- **VENTILACIÓN MECÁNICA:** Es un procedimiento de respiración artificial que sustituye o ayuda temporalmente a la función ventilatoria de los músculos inspiratorios. No es una terapia, es una intervención de apoyo, una prótesis externa y temporal que ventila al paciente mientras se corrige el problema que provocó su instauración.

4. *Consideraciones*

- El presente Manual comprende las actividades que se encuentran enmarcadas en el macroproceso de Prestaciones de Salud, referida a la Atención de Salud, específicamente en lo que corresponde a la Atención de Cuidados Intensivos de pacientes neonatales.



- Las entradas para el inicio del proceso de Atención de Cuidados Intensivos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins pueden darse producto de una atención de emergencia, descompensaciones y/o complicaciones en la hospitalización u posterior a una atención quirúrgica; referencias y otras, tal como se esquematiza en el siguiente gráfico:



- Al respecto, es preciso indicar que el presente Manual aborda los procedimientos administrativos bajo un enfoque del flujo de atención de paciente, por lo que no aborda procedimientos asistenciales dado que estos últimos se encuentran vinculados a documentos tales como Protocolos asistenciales, Guías de Práctica Clínica o la mejor evidencia disponible.

- Del mismo modo, la descripción de los procesos y procedimientos establecidos para el presente Manual muestran la situación actual (versión As Is) de cómo se viene ejecutando la Atención de Salud; y se complementa con la identificación de posibles riesgos y la postulación de algunas oportunidades de mejora que podrían implementarse como parte de la mejora continua.

- El presente Manual de Procesos y Procedimientos se ha elaborado teniendo en cuenta la Metodología definida en la Directiva de Gerencia General N° 04-GCPP-ESSALUD-2019 v.01 "Directiva para la implementación de la Gestión por Procesos del Seguro Social – ESSALUD", aprobada mediante Resolución de Gerencia General N° 227-GG-ESSALUD-2019; la misma que se basa en la metodología aprobada por la Secretaría de Gestión Pública de la Presidencia de Consejo de Ministros.

5. *Base legal*

- Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social de Salud y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 009-1997-SA que aprueba el Reglamento de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social de Salud.
- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social (ESSALUD), y sus normas modificatorias.
- Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública y modificatorias.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, y su reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA del 02 de abril del 2010.
- Decreto Supremo Nº 002-99-TR que aprueba el Reglamento de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social, y sus normas modificatorias.
- Decreto Supremo Nº 043-2003-PCM que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley Nº 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública
- Decreto Supremo N° 072-2003-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, y sus normas modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 546-2011-MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 021-MINSA/DGSP-V.03 “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”.
- Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones de EsSalud, aprobado por Resolución de Presidencia ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015 y sus respectivas modificatorias
- Resolución de Gerencia General N° 0973-GG-ESSALUD-2019, que aprueba el documento técnico de gestión Mapa de Macroprocesos del Seguro Social de Salud – ESSALUD, del 24 de junio del 2016.
- Resolución de Gerencia General N° 227-GG-ESSALUD-2019, que aprueba la Directiva de Gerencia General N° 04-GCPP-ESSALUD-2019 v.01 “Directiva para la implementación de la Gestión por Procesos del Seguro Social – ESSALUD”, del 08 de febrero del 2019.

Vinculada al alcance del presente Manual:

- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°027-2015-SA.
- 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° 099-2014/MINSA Directiva Administrativa N° 197-MINSA/DGSP-V.01 “Directiva Administrativa que estable la Cartera de Servicios de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 489-2005/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud Nº 031-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios”
- Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud Nº042-MINSA/DGSP-V.01: “Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia”
- Resolución Ministerial N° 697-2006/MINSA, que aprueba la Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica en Cuidados Intensivos (4)”
- Resolución Ministerial N° 707-2010/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud “Atención del Recién Nacido Pre Término con riesgo de Retinopatía del prematuro”
- Resolución Ministerial N° 828-2013/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud para la Atención integral de salud neonatal: NTS Nº 106-MINSA/DGSP-V.01

- Resolución Ministerial Nº 862-2015/MINSA Norma Técnica de Salud Nº 119-MINSA/DGIEM-V.01 “Infraestructura y Equipamiento de los Establecimiento de Salud del Tercer Nivel de Atención”.
- Resolución Ministerial Nº 537-2017/MINSA Norma Técnica de Salud Nº 137-MINSA/2017/DGIESP “Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menores de Cinco Años”
- Resolución Ministerial Nº 558-2019/MINSA Norma Técnica de Salud Nº 154-MINSA/2019/DGIESP “Norma Técnica de Salud para el Tamizaje Neonatal de Hipotiroidismo congénito, Hiperplasia Suprarrenal Congénita, Fenilcetonuria, Fibrosis Quística, Hipoacusia Congénita y Catarata Congénita”.
- Resolución de Gerencia General N° 1739-GG-ESSALUD-2011, que aprueba la Directiva N° 28-GG-ESSALUD-2011 “Normas para las Prestaciones Asistenciales en los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios en las Redes Asistenciales y Órganos Desconcentrados del Seguro Social de Salud- EsSalud”
- Resolución de Gerencia General N° 1471-GG-ESSALUD-2013 Directiva N° 018-GG-ESSALUD-2013, “Definición, características y funciones generales de los establecimientos de salud del Seguro Social de Salud (EsSalud)”.
- Resolución de Gerencia General N° 487-GG-ESSALUD-2014 Directiva N° 005-GG-ESSALUD-2014 "Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente del Seguro Social de Salud (ESSALUD)"
- Resolución de Gerencia General N° 867-GG-ESSALUD-2014, que aprueba “Concepto y servicios de Áreas Críticas”
- Resolución de Gerencia General N° 1364 GG-ESSALUD-2014, que aprueba la Directiva N° 016-GG-ESSALUD-2014 “Gestión e implementación de las Unidades Neonatales en los Establecimientos de Salud del Seguro Social de Salud - ESSALUD"
- Resolución de Gerencia General Nº 1517-GG-ESSALUD-2015 Directiva Nº 14-GG-ESSALUD-2015, “Normas para el Proceso de Referencia y Contrarreferencia de ESSALUD”
- Resolución de Gerencia Central Prestaciones de Salud N° 0056-GCPS-ESSALUD-2016, que aprueba la Directiva N° 07-GCPS-ESSALUD-2016, "Normas para el tamizaje auditivo universal neonatal en el Seguro Social de Salud -ESSALUD".

6. *Matriz cliente – producto*

MATRIZ CLIENTE – PRODUCTO

Atención de Cuidados Intensivos

PROCESO / PRODUCTO / TIPO CLIENTE	INGRESO PACIENTE CRÍTICO		ATENCIÓN DE PACIENTE - MONITOREO DE EVOLUCIÓN								EGRESO ALTA / FALLECIMIENTO	
	Interconsulta realizada que determina ingreso a UCI	***Nota de ingreso / Libro de ingreso paciente***	***Historia Clínica (plan de cuidados individualizado)***	***Consentimiento informado***	***Orden médica (prescripción receta)***	***Orden médica (exámenes auxiliares)***	***Orden médica (interconsulta)***	***Orden médica (Indicaciones)***	***Notas de Enfermería***	***Informe médico verbal de evolución***	***Orden de Hospitalización (alta servicio)***	***Certificado de defunción***
CLIENTE INTERNO	Servicios / Departamentos según especialidad	Servicios / Departamentos según especialidad	Servicios / Departamentos según especialidad	Servicios / Departamentos según especialidad	Servicios de Gerencia de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento	Servicios de Gerencia de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento	Servicios / Departamentos según especialidad	Servicios / Departamentos según especialidad	Servicios / Departamentos según especialidad	Servicios / Departamentos según especialidad	Servicios / Departamentos según especialidad	Oficina de Admisión y Registros Médicos Mortuorio
CLIENTE EXTERNO	Paciente neonato (Derechohabiente) / Asegurado	Paciente neonato (Derechohabiente) / Asegurado	Asegurado/ Derechohabiente	Paciente neonato (Derechohabiente) / Asegurado	Paciente neonato (Derechohabiente) / Asegurado	Paciente neonato (Derechohabiente) / Asegurado	Paciente neonato (Derechohabiente) / Asegurado	Paciente neonato (Derechohabiente) / Asegurado	Paciente neonato (Derechohabiente) / Asegurado	Familiares	Paciente neonato (Derechohabiente) / Asegurado	Familiares MINSA SUSALUD

7. Matriz de responsabilidad

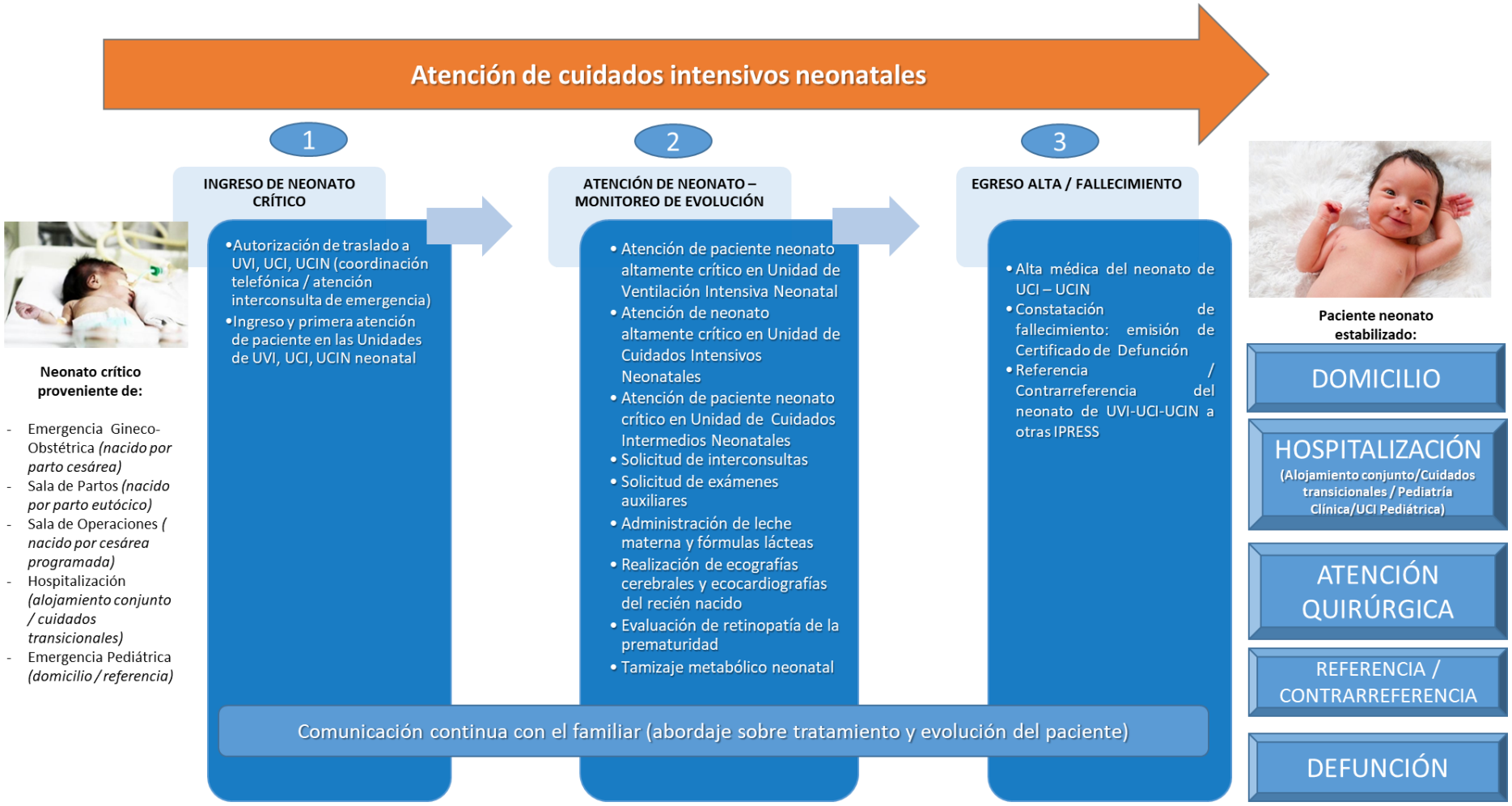
DEPARTAMENTOS/ SERVICIOS \ PROCESOS	PROCESOS PRINCIPALES		
	INGRESO DE PACIENTE CRÍTICO	ATENCIÓN DE NEONATO - MONITOREO DE EVOLUCIÓN	EGRESO ALTA / FALLECIMIENTO
GERENCIA CLÍNICA	R, I	R, I	R, I
DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA CLÍNICA (*)	R, C, I	R, C,I	R, C,I
SERVICIO DE NEONATOLOGÍA	A	A	A
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	C	R C	C I
SERVICIO DE ENFERMERÍA DE CUIDADOS CRÍTICOS NEONATALES	C	A	A

(*) OBSERVACIÓN: *A la fecha no se ha implementado lo establecido en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins aprobado mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 125-PE-2018; que indica que hay un "Servicios de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales" dependiente del "Departamento de Cuidados Intensivos". Por ello, dado que el presente documento recoge la situación actual de los procesos, se indica como responsable de la atención de cuidados intensivos neonatales al Servicio de Neonatología del Departamento de Pediatría Clínica.*

R: Responsible / Responsable. Es el que se encarga de hacer la tarea o actividad
A: Accountable / Persona a cargo. Es la persona que es responsable de que la tarea esté hecha. No es lo mismo que la R, ya que no tiene porqué ser quien realiza la tarea, puede delegarlo e n otros. Sin embargo, si es quien debe asegurarse de que la tarea sea haga, y se haga bien.
C: Consulted / Consultar. Los recursos con este rol son las personas con las que hay consultar datos o decisiones con respecto a la actividad o proceso que se define.
I: Informed / Informar. A estas personas se las informa de las decisiones que se toman, resultados que se producen, estados del servicio, grados de ejecución

8. *Inventario de procesos y diagrama de bloques*

DIAGRAMA DE BLOQUES: PROCESO DE ATENCIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL



INVENTARIO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL

PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS

Código Nivel 3	Denominación del Proceso Nivel 3	Código Nivel 4	Denominación del Proceso Nivel 4	Código Nivel 5	Denominación del Proceso Nivel 5
02.05.03.01	Atención de Cuidados Intensivos Neonatal	M02.05.03.01.01	Autorización de traslado a UVI, UCI, UCIN	M02.05.03.01.01.01	Autorización de traslado en caso RN provenga de Emergencia Gineco-Obstétrica (nacido por parto cesárea), Sala de Partos (nacido por parto eutócico), Sala de Operaciones (nacido por cesárea programada), Hospitalización (alojamiento conjunto / cuidados transicionales)
				M02.05.03.01.01.02	Autorización de traslado en caso de Interconsultas de Gineco obstétrica por potenciales nacimientos de RN de alto riesgo (previo al nacimiento)
				M02.05.03.01.01.03	Autorización de traslado en caso el RN provenga de la Emergencia pediátrica por referencia coordinada
				M02.05.03.01.01.04	Autorización de traslado en caso el RN provenga de la Emergencia pediátrica desde domicilio o referencia no coordinada
				M02.05.03.01.01.05	Autorización de traslado en caso de pacientes RN con intervención quirúrgica realizada de emergencia por el Servicio de Emergencia Pediátrica
		M02.05.03.01.02	Ingreso y primera atención de paciente en las UVI, UCI, UCIN neonatal		
		M02.05.03.01.03	Atención de paciente neonato altamente crítico en Unidad de Ventilación Intensiva Neonatal		
		M02.05.03.01.04	Atención de neonato crítico en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales		
		M02.05.03.01.05	Atención de paciente neonato en Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales		
		M02.05.03.01.06	Solicitud de interconsultas		
		M02.05.03.01.07	Solicitud de exámenes auxiliares		

Código Nivel 3	Denominación del Proceso Nivel 3	Código Nivel 4	Denominación del Proceso Nivel 4	Código Nivel 5	Denominación del Proceso Nivel 5
		M02.05.03.01.08	Administración de leche materna y fórmulas lácteas		
		M02.05.03.01.09	Realización de ecografías cerebrales y ecocardiografías del recién nacido		
		M02.05.03.01.10	Evaluación de retinopatía de la prematuridad		
		M02.05.03.01.11	Tamizaje metabólico neonatal		
		M02.05.03.01.12	Rondas de enfermería en UVI, UCI, UCIN		
		M02.05.03.01.13	Alta médica del neonato de UCI – UCIN		
		M02.05.03.01.14	Constatación de fallecimiento: emisión de Certificado de Defunción		
		M02.05.03.01.15	Referencia / Contrarreferencia del neonato de UVI-UCI-UCIN a otras IPRESS		
		M02.05.03.01.16	Comunicación continua con el familiar (abordaje sobre tratamiento y evolución del paciente)		

Resumen de códigos:

Macroproceso (Nivel 0)	M02	Prestaciones de Salud
Proceso (Nivel 1)	M02.05	Atención de Salud
Subproceso (Nivel 2)	M02.05.03	Atención de Cuidados Intensivos
Subproceso (Nivel 3)	M02.05.03.01	Atención de Cuidados Intensivos Neonatal

9. Ficha del proceso de Nivel 01,02 hasta el penúltimo Nivel

FICHA TÉCNICA: ATENCIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS

<table>
<tr><th colspan="5">FICHA TÉCNICA DEL PROCESO NIVEL 3</th></tr>
<tr><td>1) Nombre</td><td colspan="2">Atención de cuidados intensivos</td><td>4) Responsable</td><td>Gerencia Clínica, Gerencia Quirúrgica y Gerencia de Apoyo y Ayuda al Diagnóstico</td></tr>
<tr><td>2) Objetivo</td><td colspan="2">Recuperar y estabilizar las funciones vitales del paciente en estado crítico que, siendo susceptibles de recuperación, requieren el soporte de vida necesario garantizando las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas (soporte respiratorio junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas); así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico o la vigilancia intensiva ante el riesgo de desarrollar una enfermedad crítica.</td><td>5) Requisitos</td><td>Normativa definida en el ítem 5 del presente Manual.

Guías de Práctica Clínica y Protocolos de Atención</td></tr>
<tr><td>3) Alcance</td><td colspan="2">Inicio: Ingreso de paciente crítico a UCI / UCIN
Fin: Paciente estabilizado o fallecimiento paciente</td><td>6) Clasificación</td><td>Misional</td></tr>
<tr><td colspan="5">DESCRIPCIÓN DEL PROCESO</td></tr>
<tr><td>7) Proveedores</td><td>8) Entradas</td><td>9) Procesos nivel 1</td><td>10) Salidas</td><td>11) Ciudadano o destinatario de los bienes y servicios</td></tr>
<tr><td>• Emergencia Gineco-Obstétrica
• Sala de Partos
• Hospitalización
• Emergencia Pediátrica
• Sala de Operaciones</td><td>Interconsulta
Paciente referido
Orden de hospitalización
Historia Clínica</td><td>Cuidados Intensivos Neonatal</td><td>Neonato estabilizado/ Fallecimiento de paciente</td><td>• Domicilio
• Hospitalización
• Mortuorio
• IPRESS (referencia/ contrarreferencia)</td></tr>
<tr><td>• Emergencia Pediátrica
• Sala de Operaciones
• UCI Neonatal</td><td>Paciente pediátrico
Orden de hospitalización
Historia Clínica</td><td>Cuidados Intensivos Pediátrico</td><td>Paciente pediátrico estabilizado/ Fallecimiento de paciente</td><td>• Hospitalización
• Mortuorio</td></tr>
<tr><td>• Emergencia Adultos
• Sala de Operaciones
• UCI Pediátrico</td><td>Paciente
Orden de hospitalización
Historia Clínica</td><td>Cuidados Intensivos Adulto</td><td>Paciente estabilizado / Fallecimiento de paciente</td><td>• Hospitalización
• Mortuorio</td></tr>
<tr><td colspan="5">IDENTIFICACIÓN DE LOS RECURSOS CRÍTICOS PARA LA EJECUCIÓN Y CONTROL DEL PROCESO</td></tr>
<tr><td colspan="2">12) Controles e Inspecciones</td><td colspan="2">13) Recursos</td><td>14) Documentos y formatos</td></tr>
<tr><td colspan="2">Registro de atención

Auditorías médicas</td><td colspan="2">Profesionales de salud (Médico emergencista, intensivista, especialista, enfermera, técnico en enfermería, auxiliar administrativo)
Infraestructura
Equipamiento y mobiliario
Protocolos / Guías de Prácticas clínicas
Sistemas informáticos
Ambiente confortable</td><td>Orden de Hospitalización
Libro de ingreso a UCI
Consentimiento informado
Plan de cuidados por paciente – Historia Clínica</td></tr>
<tr><td colspan="5">EVIDENCIAS E INDICADORES DEL PROCESO</td></tr>
<tr><td colspan="3">15) Registros</td><td colspan="2">16) Indicadores</td></tr>
<tr><td colspan="3">Historia Clínica (Reportes de atenciones)
Formularios de referencias/contrarreferencias
Partes estadísticos</td><td colspan="2">Mortalidad dentro de las 48 horas
% paciente recuperados</td></tr>
</table>

FICHA TÉCNICA: ATENCIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL

M02.05.03.01 Atención de Cuidados Intensivos Neonatal

FICHA TÉCNICA DEL PROCESO NIVEL 4			
1) Nombre	Atención de Cuidados Intensivos Neonatal	**4) Responsable**	Servicio de Neonatología del Departamento de Pediatría Clínica
2) Objetivo	Brindar una atención óptima al neonato crítico a fin de realizar la vigilancia y tratamiento intensivo de manera diferenciada a la hospitalización convencional, durante el periodo neonatal (primero 28 días en pacientes a término o hasta el cumplimiento de edad corregida de 40 semanas en pacientes prematuros)	**5) Requisitos**	Guías de Práctica Clínica de la especialidad y relacionadas al procedimiento
3) Alcance	INICIO: Necesidad de atención de neonato crítico (nacimiento de RN alto riesgo / interconsulta de emergencia / postoperatorio / hospitalización/ referencia) FIN: Atención (atenciones) brindada(s)	**6) Clasificación**	Misional

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO				
7) Proveedores	**8) Entradas**	**9) Procesos nivel 5**	**10) Salidas**	**11) Ciudadano o destinatario de los bienes y servicios**
• Emergencia Gineco-Obstétrica *(nacido por parto cesárea)* • Sala de Partos *(nacido por parto eutócico)* • Sala de Operaciones *(nacido por cesárea programada)* • Hospitalización *(alojamiento conjunto / cuidados transicionales)* • Emergencia Pediátrica *(domicilio/ referencia)*	Interconsulta de emergencia Coordinación telefónica	Autorización de traslado a UVI, UCI, UCIN	• Historia clínica con nota de hospitalización • Orden de Hospitalización • Paciente que cumple criterios de ingreso	Paciente neonato Servicios / Departamentos IPRESS de destino Domicilio Mortuorio
	• Historia clínica con nota de hospitalización • Orden de Hospitalización • Neonato trasladado	Ingreso y primera atención de paciente en las UVI, UCI, UCIN neonatal	• Libros de ingresos de neonatos a UVI-UCI, UCIN • Nota de ingreso y Plan de cuidados de paciente en HC • Hoja de terapéutica	
Paciente neonato en las UVI neonatal	• Libros de ingresos de neonatos a UVI-UCI, UCIN • Nota de ingreso y Plan de cuidados de paciente en HC • Hoja de terapéutica	Atención de paciente neonato altamente crítico en Unidad de Ventilación Intensiva Neonatal	• Reportes de atención en HC • Procedimientos médicos realizados • Ordenes de exámenes auxiliares, interconsultas y otras indicaciones • Procedimientos y registros de enfermería	
Paciente neonato en las UCI neonatal		Atención de neonato crítico en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales		
Paciente neonato en las UCIN neonatal		Atención de paciente neonato en Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales		
Médico tratante	Necesidad de atención de otra especialidad	Solicitud de interconsultas	• Interconsulta registrada y atendida	
Médico tratante	Necesidad de diagnóstico	Solicitud de exámenes auxiliares	• Resultados de exámenes auxiliares	
Médico tratante	Necesidad de alimentación del neonato	Administración de leche materna y fórmulas lácteas	• Indicación y administración de leche materna y/o fórmula láctea	
Médico tratante	Necesidad de diagnóstico	Realización de ecografías cerebrales y ecocardiografías del recién nacido	• Procedimiento realizado y registro de resultados	
Médico tratante	Necesidad de diagnóstico según criterios establecidos	Evaluación de retinopatía de la prematuridad	• Procedimiento realizado y registro de resultados	
MINSA/ EsSalud Médico tratante	Normativa tamizaje neonatal	Tamizaje metabólico neonatal	• Procedimiento realizado y registro de resultados	

Paciente neonato	Libros de ingresos de neonatos a UVI-UCI, UCIN Turno	Ronda de enfermería en UVI, UCI, UCIN	• Notas de enfermería • Reporte por turno	
Médico tratante	Paciente con criterios de alta	Alta médica del neonato de UCI – UCIN	• Epicrisis • Indicaciones de alta • Cita primer control en consulta externa de RN alto riesgo • Citas por interconsulta a otras especialidades	
Paciente neonato	Paciente neonato fallecido	Constatación de fallecimiento: emisión de Certificado de Defunción	• Informe de defunción en la HC • Epicrisis • Certificado de Defunción • Solicitud de necropsia	
Médico tratante	Paciente con criterios de referencia / contrarreferencia	Referencia / Contrarreferencia del neonato de UVI-UCI-UCIN a otras IPRESS	• Formato de referencia/ Contrarreferencia en HC • Epicrisis • Coordinación con CRUEN/STAE	
Familiar/ Responsable legal	Necesidad de conocer estado/ evolución del paciente	Comunicación continua con el familiar (abordaje sobre tratamiento y evolución del paciente)	• Informe médico brindada • Consentimiento(s) informado(s) suscrito(s)	

IDENTIFICACIÓN DE LOS RECURSOS CRÍTICOS PARA LA EJECUCIÓN Y CONTROL DEL PROCESO		
12) Controles e Inspecciones	**13) Recursos**	**14) Documentos y formatos**
Auditorías médicas Auditorías de calidad	• Médico pediatra o neonatólogo • Enfermeras especialistas en UCI neonatal • Técnicos de Enfermería • Equipo multidisciplinario de seguimiento conformado por profesionales de la salud de diferentes especialidades • Profesionales • Medicamentes, dispositivos e insumos médicos • Equipos informáticos	Reporte de Atención Reportes de tamizaje Reportes de exámenes auxiliares Reportes de interconsulta

EVIDENCIAS E INDICADORES DEL PROCESO	
15) Registros	**16) Indicadores**
Reporte de Atención Interconsultas, indicaciones y órdenes médicas Sistema de Referencia y Contrarreferencia SINADEF	• Porcentaje de pacientes atendidos en la UVI neonatal • Porcentaje de pacientes atendidos en la UCI neonatal • Porcentaje de pacientes atendidos en la UCIN neonatal • Porcentaje de neonatos fallecidos en la UCI < 7 días (mortalidad temprana) • Mortalidad neonatal • Porcentaje de neonatos de alta • Porcentaje de reingresos • Estancia hospitalaria • Porcentaje Ocupación de Camas

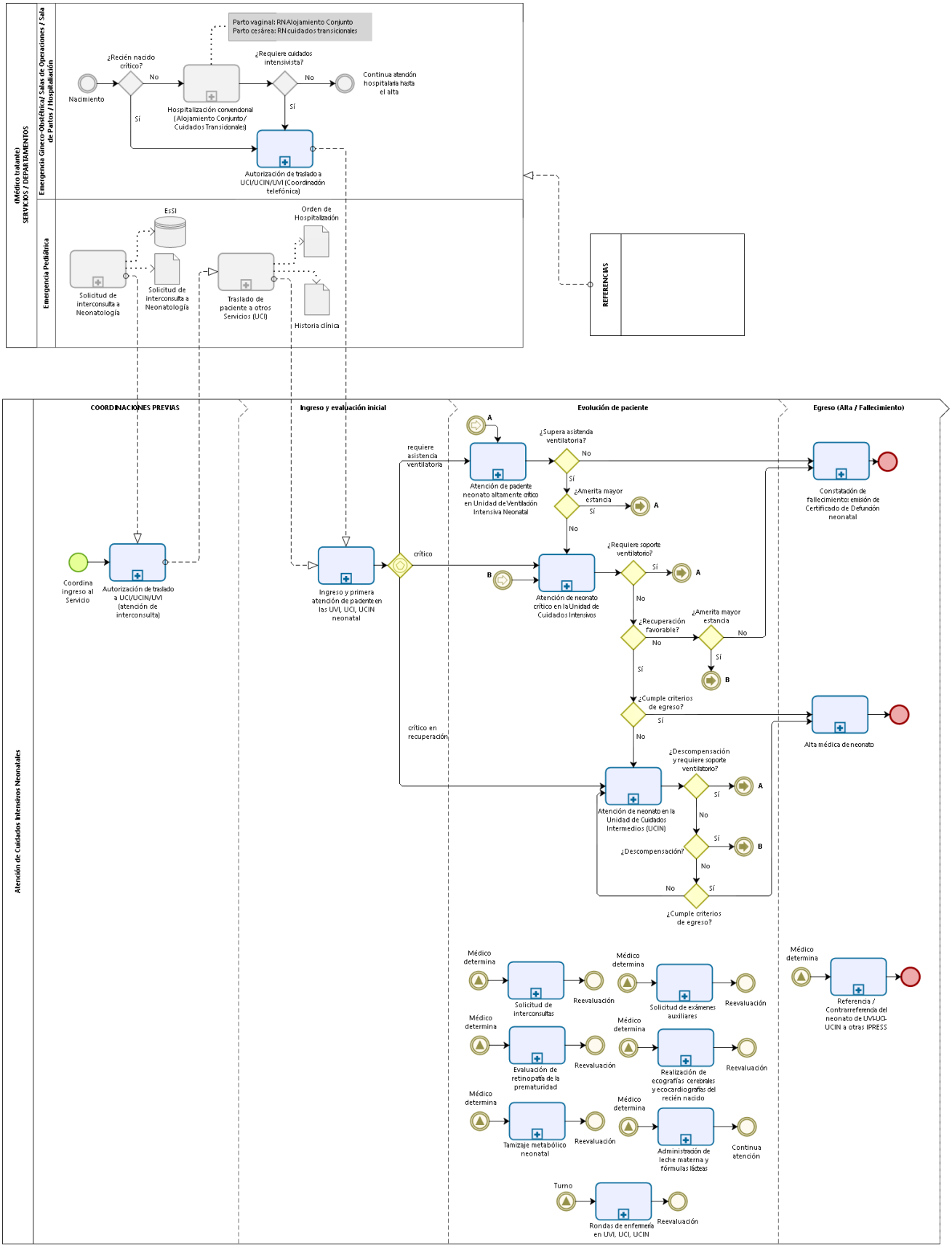
10. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

- Esquema General
- Ambiente atención cuidados intensivos neonatal

La descripción de cada Procedimiento contiene:

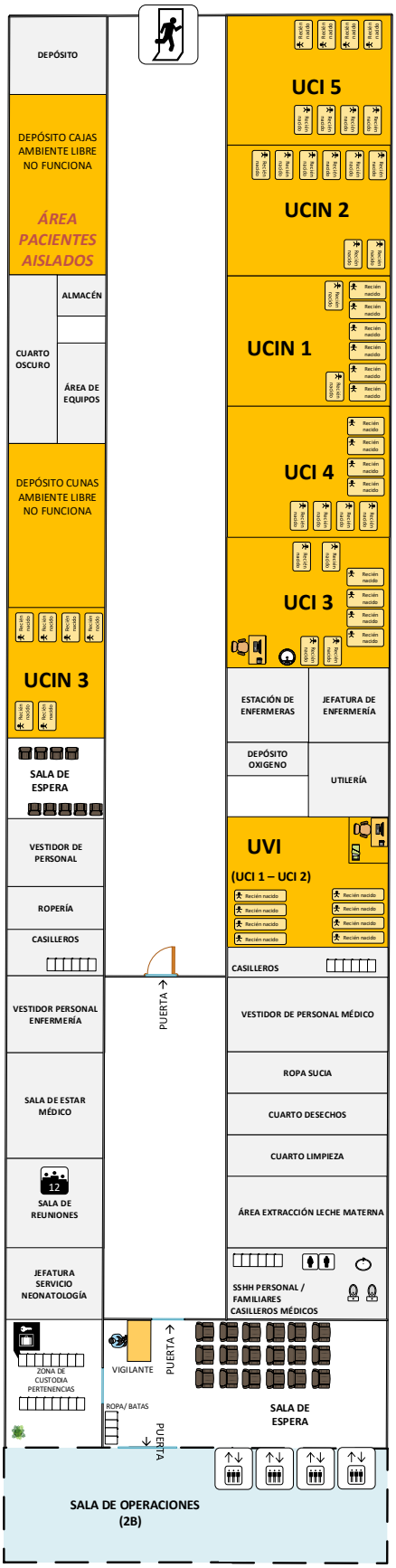
- ***Modelado de Procesos (Diagrama de Flujo)***
- ***Ficha de Proceso Nivel N (procedimiento)***
- ***Indicadores de Gestión***
- ***Ficha de riesgo***

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL (ESQUEMA GENERAL)



AMBIENTE DONDE SE REALIZA EL PROCESO ATENCIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL

UBICACIÓN EN EL **SEGUNDO PISO** DEL ÁREA A DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS



DESCRIPCIÓN DE CADA PROCEDIMIENTO

M02.05.03.01.01 Autorización de traslado a UVI, UCI, UCIN

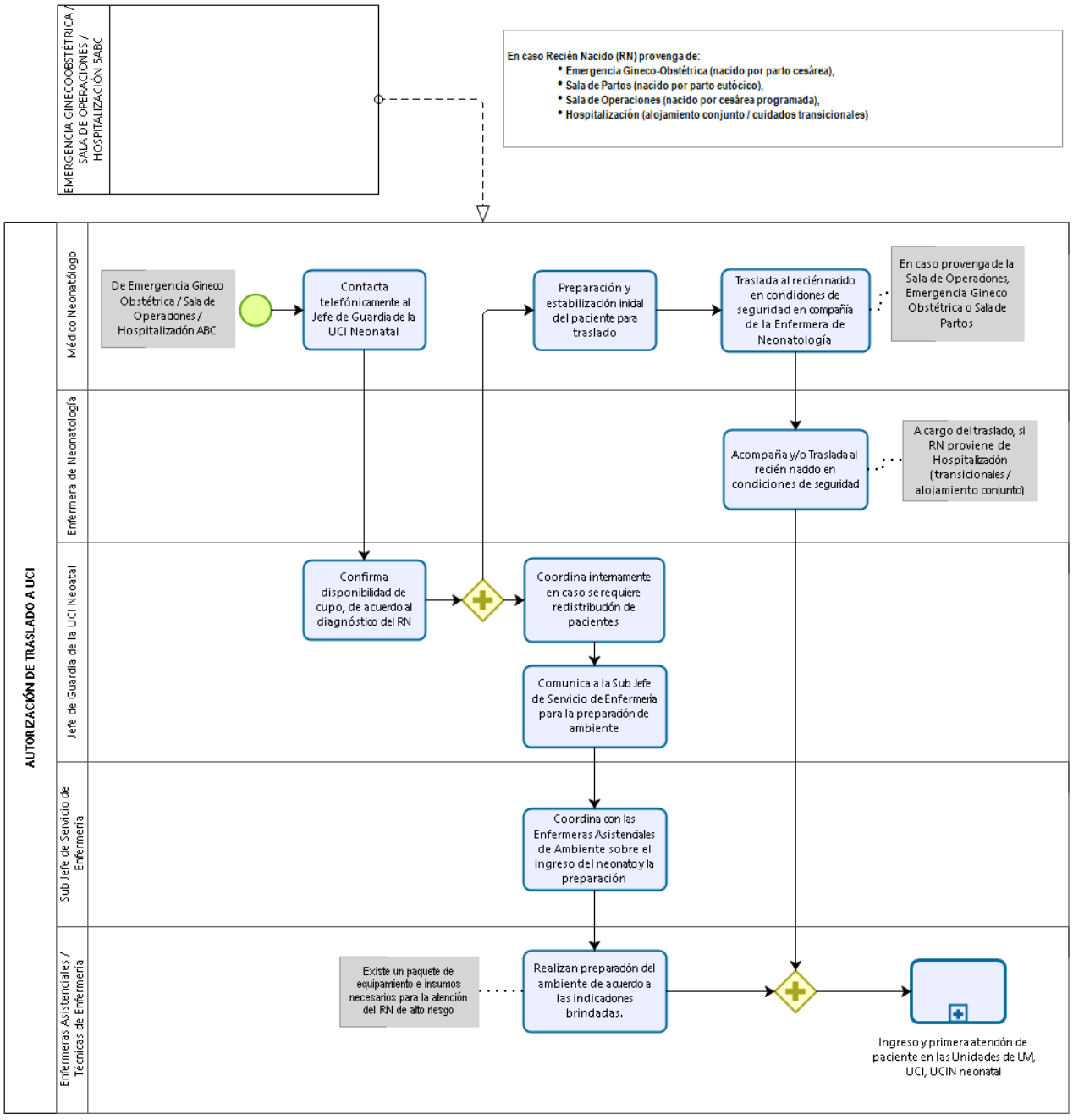
FICHA TÉCNICA DEL PROCESO NIVEL 5			
1) Nombre	Autorización de traslado a UVI, UCI, UCIN	**4) Responsable**	Servicio de Neonatología del Departamento de Pediatría Clínica
2) Objetivo	Determinar la necesidad de ingreso del neonato a la UCI Neonatal, evaluando los criterios de ingreso establecidos para su admisión.	**5) Requisitos**	Guías de Práctica Clínica de la especialidad y relacionadas al procedimiento
3) Alcance	INICIO: Necesidad de atención de paciente crítico (interconsulta de emergencia / postoperatorio / hospitalización) FIN: Atención de solicitudes brindada	**6) Clasificación**	Misional

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO				
7) Proveedores	**8) Entradas**	**9) Procesos nivel 5**	**10) Salidas**	**11) Ciudadano o destinatario de los bienes y servicios**
• Emergencia Gineco-Obstétrica • Sala de Partos; • Sala de Operaciones • Hospitalización	Contacto telefónico solicitando cupo	Autorización de traslado en caso RN provenga de Emergencia Gineco-Obstétrica (nacido por parto cesárea), Sala de Partos (nacido por parto eutócico), Sala de Operaciones (nacido por cesárea programada), Hospitalización (alojamiento conjunto / cuidados transicionales)	• Atención brindada • Reporte de atención SGSS	Paciente neonato Servicios / Departamentos
• Departamento Obstetricia y Ginecología	Interconsulta	Autorización de traslado en caso de Interconsultas de Gineco obstétrica por potenciales nacimientos de RN de alto riesgo (previo al nacimiento)	• Atención brindada • Reporte de atención SGSS	
• IPRESS • CRUEN/STAE	Referencia coordinada	Autorización de traslado en caso el RN provenga de la Emergencia pediátrica por referencia coordinada	• Atención brindada • Reporte de atención SGSS	
• Domicilio • IPRESS • Emergencia Pediátrica	Necesidad de atención	Autorización de traslado en caso el RN provenga de la Emergencia pediátrica desde domicilio o referencia no coordinada	• Atención brindada • Reporte de atención SGSS	
• Emergencia Pediátrica	Necesidad de soporte y continuidad atención	Autorización de traslado en caso de pacientes RN con intervención quirúrgica realizada de emergencia por el Servicio de Emergencia Pediátrica	• Atención brindada • Reporte de atención SGSS	

IDENTIFICACIÓN DE LOS RECURSOS CRÍTICOS PARA LA EJECUCIÓN Y CONTROL DEL PROCESO		
12) Controles e Inspecciones	**13) Recursos**	**14) Documentos y formatos**
Registros médicos	• Médico pediatra o neonatólogo • Enfermeras • Técnicos de Enfermería • Equipo multidisciplinario conformado por profesionales de la salud de diferentes especialidades • Profesionales • Equipos informáticos	Reporte de Atención SGSS

EVIDENCIAS E INDICADORES DEL PROCESO	
15) Registros	**16) Indicadores**
Reporte de Atención SGSS	**% de autorizaciones de admisión de pacientes a la UCI en relación a las solicitudes de ingreso**

M02.05.03.01.01.01 Autorización de traslado en caso RN provenga de Emergencia Gineco-Obstétrica (nacido por parto cesárea), Sala de Partos (nacido por parto eutócico), Sala de Operaciones (nacido por cesárea programada), Hospitalización (alojamiento conjunto / cuidados transicionales)



M02.05.03.01.01.01 Autorización de traslado en caso RN provenga de Emergencia Gineco-Obstétrica (nacido por parto cesárea), Sala de Partos (nacido por parto eutócico), Sala de Operaciones (nacido por cesárea programada), Hospitalización (alojamiento conjunto / cuidados transicionales)

<table>
<tr><th colspan="6">FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO</th></tr>
<tr><td>Nombre</td><td colspan="5">Autorización de traslado en caso RN provenga de Emergencia Gineco-Obstétrica (nacido por parto cesárea), Sala de Partos (nacido por parto eutócico), Sala de Operaciones (nacido por cesárea programada), Hospitalización (alojamiento conjunto / cuidados transicionales)</td></tr>
<tr><td>Objetivo</td><td colspan="5">Determinar la necesidad de ingreso del neonato a la UCI Neonatal, evaluando los criterios de ingreso establecidos para su admisión.</td></tr>
<tr><td>Alcance</td><td colspan="5">INICIO: Contacto telefónico
FIN: Autorización de traslado a UVI,UCI, UCIN neonatal</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Proveedor</td><td rowspan="2">Entrada</td><td colspan="2">Descripción de Actividades</td><td rowspan="2">Salidas</td><td rowspan="2">Destinatario de los bienes y servicios</td></tr>
<tr><td>Lista de Actividades</td><td>Ejecutor</td></tr>
<tr><td rowspan="10">• Emergencia Gineco-Obstétrica
• Sala de Partos;
• Sala de Operaciones
Hospitalización</td><td rowspan="10">Contacto telefónico solicitando cupo</td><td>1. Contactar telefónicamente al Jefe de Guardia de la UCI Neonatal

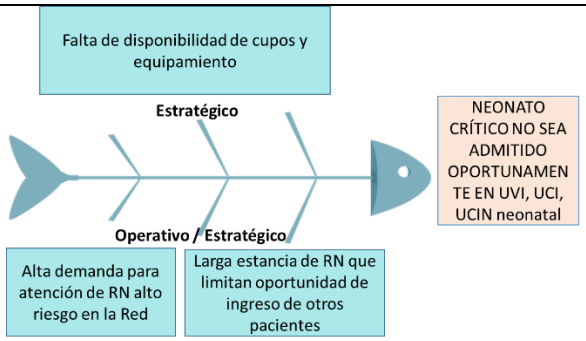
(*) De Emergencia Gineco Obstétrica / Sala de Operaciones/ Hospitalización ABC</td><td>Médico Neonatólogo(*)</td><td rowspan="10">• Historia clínica con nota de hospitalización
• Orden de Hospitalización
• Paciente que cumple criterios de ingreso</td><td rowspan="10">Servicios/ Departamentos</td></tr>
<tr><td>2. Confirma disponibilidad de cupo, de acuerdo al diagnóstico del RN</td><td>Jefe de Guardia de la UCI Neonatal</td></tr>
<tr><td>3.1. Preparación y estabilización inicial del paciente para traslado</td><td>Médico Neonatólogo</td></tr>
<tr><td>3.2. Coordina internamente en caso se requiere redistribución de pacientes</td><td>Jefe de Guardia de la UCI Neonatal</td></tr>
<tr><td>4. Comunica a la Sub Jefe de Servicio de Enfermería para la preparación de ambiente</td><td>Jefe de Guardia de la UCI Neonatal</td></tr>
<tr><td>5. Coordina con las Enfermeras Asistenciales de Ambiente sobre el ingreso del neonato y la preparación</td><td>Sub Jefe de Servicio de Enfermería</td></tr>
<tr><td>6. Realizan preparación del ambiente de acuerdo a las indicaciones brindadas.
Existe un paquete de equipamiento e insumos necesarios para la atención del recién nacido de alto riesgo, que incluye: incubadora en temperatura deseada, ventilador listo, equipos de cateterismo, monitores, bombas infusoras y otros de acuerdo a la necesidad del RN</td><td>Enfermeras Asistenciales</td></tr>
<tr><td>7. Traslada al recién nacido en condiciones de seguridad en compañía de la Enfermera de Neonatología
Sólo en caso provenga de la Sala de Operaciones, Emergencia Gineco Obstétrica o Sala de Partos</td><td>Médico Neonatólogo</td></tr>
<tr><td>8. Acompaña y/o Traslada al recién nacido en condiciones de seguridad
A cargo del traslado, si RN proviene de Hospitalización (transicionales / alojamiento conjunto) o sino acompaña al médico neonatólogo y paciente.</td><td>Enfermera de Neonatología</td></tr>
<tr><td>Indicadores</td><td colspan="5">% de autorizaciones de admisión de pacientes a la UCI en relación a las solicitudes de ingreso</td></tr>
<tr><td>Registros</td><td colspan="5">Historia Clínica</td></tr>
</table>

M02.05.03.01.01.01 Autorización de traslado en caso RN provenga de Emergencia Gineco-Obstétrica (nacido por parto cesárea), Sala de Partos (nacido por parto eutócico), Sala de Operaciones (nacido por cesárea programada), Hospitalización (alojamiento conjunto / cuidados transicionales)

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	**Autorización de traslado en caso RN provenga de Emergencia Gineco-Obstétrica (nacido por parto cesárea), Sala de Partos (nacido por parto eutócico), Sala de Operaciones (nacido por cesárea programada), Hospitalización (alojamiento conjunto / cuidados transicionales)**
Nombre Indicador	Porcentaje de autorizaciones de admisión de pacientes a la UVI, UCI, UCIN en relación a las solicitudes de ingreso recibidas telefónicamente inmediatamente después de un nacimiento o de un recién nacido en el HNERM que se encuentra hospitalizados
Descripción del Indicador	El indicador expresado en términos porcentuales se obtiene relacionando el número de autorizaciones de admisión a cualquiera de las Unidades (UVI, UCI, UCIN) entre el número total de solicitudes de ingreso recibidas Solicitudes de ingreso de pacientes nacidos o por nacer de alto riesgo
Objetivo del Indicador	Evalúa la demanda y capacidad de respuesta para la atención de neonatos en la UVI, UCI, UCIN neonatal
Forma de Cálculo	$\frac{N°\ de\ autorizaciones\ de\ admisión\ a\ UVI, UCI, UCIN}{N°\ total\ de\ solicitudes\ de\ ingreso\ recibidas\ en\ el\ HNERM}\ \%$
Fuentes de Información	• Historias clínicas • Libro de Ingreso
Periodicidad de Medición	Mensual
Responsable de Medición	Servicio de Neonatología de Departamento de Pediatría Clínica
Meta	Más del 60% que ameriten atención en UVI

M02.05.03.01.01.01 Autorización de traslado en caso RN provenga de Emergencia Gineco-Obstétrica (nacido por parto cesárea), Sala de Partos (nacido por parto eutócico), Sala de Operaciones (nacido por cesárea programada), Hospitalización (alojamiento conjunto / cuidados transicionales)

<table>
<tr><th colspan="6">FICHA DE RIESGOS</th></tr>
<tr><td rowspan="6">1</td><td colspan="3" rowspan="6">NOMBRE DEL PROCESO</td><td>Macroproceso (Nivel 0)</td><td>Prestaciones de Salud</td></tr>
<tr><td>Proceso (Nivel 1)</td><td>Atención de Salud</td></tr>
<tr><td>Subproceso (Nivel 2)</td><td>Atención de Cuidados Intensivos</td></tr>
<tr><td>Subproceso (Nivel 3)</td><td>Atención de Cuidados Intensivos Neonatal</td></tr>
<tr><td>Procedimiento</td><td>Autorización de traslado en caso RN provenga de Emergencia Gineco-Obstétrica (nacido por parto cesárea), Sala de Partos (nacido por parto eutócico), Sala de Operaciones (nacido por cesárea programada), Hospitalización (alojamiento conjunto / cuidados transicionales)</td></tr>
<tr><td>Actividad</td><td>Confirmar disponibilidad de cupo</td></tr>
<tr><td rowspan="2">2</td><td colspan="3" rowspan="2">OBJETIVO DEL PROCESO</td><td>Descripción</td><td>Determinar la necesidad de ingreso del neonato a la UCI Neonatal, evaluando los criterios de ingreso establecidos para su admisión</td></tr>
<tr><td>Ubicación
(Departamento, Ciudad, Distrito)</td><td>Lima, Lima, Jesús María</td></tr>
<tr><td rowspan="8">p</td><td colspan="5">IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS</td></tr>
<tr><td>3.1</td><td>TIPO DE RIESGO</td><td colspan="2">Operativo, estratégico</td></tr>
<tr><td>3.2</td><td>CODIFICACIÓN</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>3.3</td><td>DESCRIPCIÓN DEL RIESGO</td><td colspan="2">NEONATO CRÍTICO NO SEA ADMITIDO OPORTUNAMENTE EN UVI, UCI, UCIN neonatal</td></tr>
<tr><td rowspan="5">3.4</td><td rowspan="5">CAUSAS GENERADORAS

TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN</td><td>Causa N° 01</td><td>Falta de disponibilidad de cupos y equipamiento</td></tr>
<tr><td>Causa N° 02</td><td>Alta demanda para atención de RN alto riesgo en la Red</td></tr>
<tr><td>Causa N° 03</td><td>Larga estancia de RN que limitan oportunidad de ingreso de otros pacientes</td></tr>
<tr><td>Diagrama Causa Efecto</td><td></td></tr>
<tr><td>Diagrama de Flujo de Procesos</td><td> 
</td></tr>
</table>

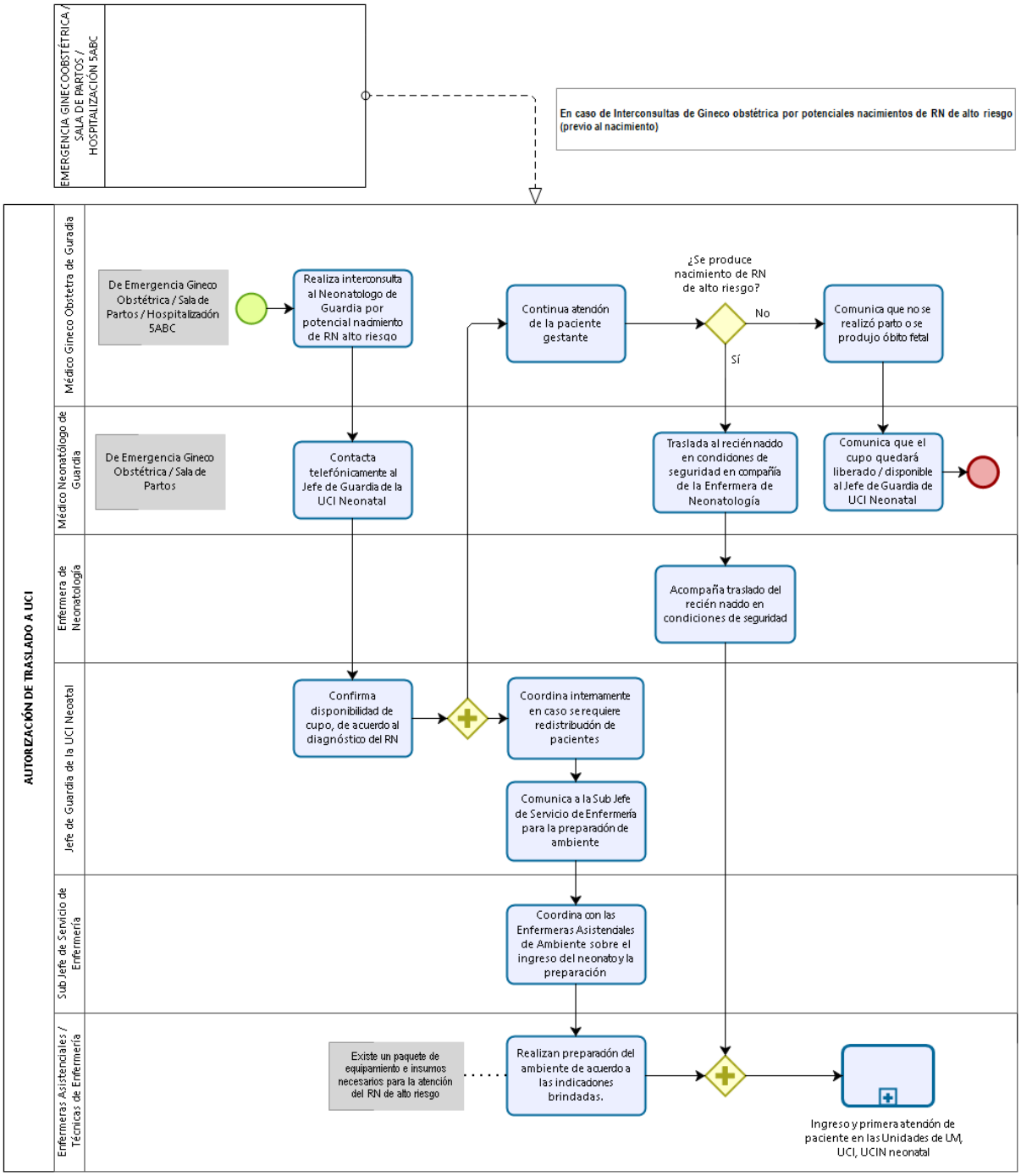
<table>
<tr><td rowspan="8">4</td><td colspan="8">VALORACIÓN DE RIESGO</td></tr>
<tr><td rowspan="7">4.1</td><td colspan="3">PROBABILIDAD DE OCURRENCIA</td><td></td><td colspan="3">IMPACTO</td></tr>
<tr><td>Análisis Cualitativo</td><td>Análisis Cuantitativo</td><td></td><td rowspan="6"></td><td>Análisis</td><td>Análisis Cualitativo</td><td></td></tr>
<tr><td>Muy Baja</td><td>0.1</td><td></td><td>Muy Bajo</td><td>0.05</td><td></td></tr>
<tr><td>Baja</td><td>0.3</td><td></td><td>Bajo</td><td>0.10</td><td></td></tr>
<tr><td>Moderada</td><td>0.5</td><td></td><td>Moderado</td><td>0.20</td><td></td></tr>
<tr><td>Alta</td><td>0.7</td><td>0.7</td><td>Alto</td><td>0.40</td><td></td></tr>
<tr><td>Muy Alta</td><td>0.9</td><td></td><td>Muy alto</td><td>0.80</td><td>0.8</td></tr>
<tr><td colspan="2">Alta</td><td>0.70</td><td colspan="2">Alto</td><td>0.80</td></tr>
</table>

	4.2	**PRIORIZACIÓN DEL RIESGO**				
		Puntuación del Riesgo = Probabilidad x impacto	0.560	Prioridad del Riesgo	Alta prioridad	
5	5.1	**RESPUESTA A LOS RIESGOS**				
		ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar riesgo	
			Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo	
	5.2	**RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado transferir el riesgo)**	Oficina / Dirección			
	5.3	**CAUSA(S) DEL RIESGO ASIGNADO**	NO APLICA			
	5.4	**ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)**	Solicitudes no atendidas Hacinamiento			
	5.5	**RESPUESTA AL RIESGO**	• Fomentar la ampliación del equipamiento y la contratación de recursos para atender la demanda de atenciones en UVI, UCI, UCIN. • Mejorar, redistribuir y/o ampliar los ambientes físicos para una mejor atención cercanos a los Servicios de Emergencia Pediátrica y de Gineco Obstetricia. • Fomentar mejores canales de comunicación para la solicitud de ingreso y autorización de traslado de pacientes neonatos. • Velar por una correcta atención integral del recién nacido, impulsando estrategias para la prevención de dificultades desde el embarazo.			

Matriz de probabilidad e impacto

1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO			Baja		Moderada		Alta

M02.05.03.01.01.02 Autorización de traslado en caso de Interconsultas de Gineco obstétrica por potenciales nacimientos de RN de alto riesgo (previo al nacimiento)



M02.05.03.01.01.02 Autorización de traslado en caso de Interconsultas de Gineco obstétrica por potenciales nacimientos de RN de alto riesgo (previo al nacimiento)

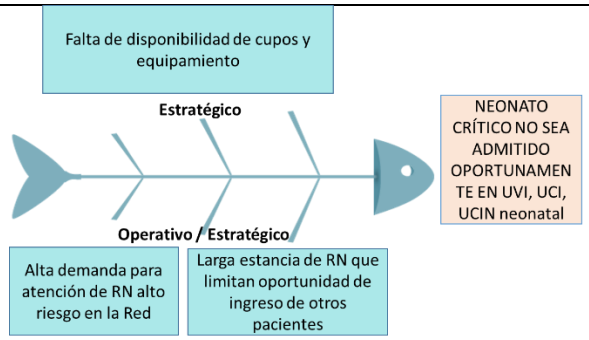
FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Autorización de traslado en caso de Interconsultas de Gineco obstétrica por potenciales nacimientos de RN de alto riesgo (previo al nacimiento)				
Objetivo	Determinar la necesidad de ingreso del neonato a la UCI Neonatal, evaluando los criterios de ingreso establecidos para su admisión.				
Alcance	**INICIO:** Interconsulta **FIN:** Autorización de traslado a UVI,UCI, UCIN neonatal				
Proveedor	**Entrada**	**Descripción de Actividades**		**Salidas**	**Destinatario de los bienes y servicios**
		Lista de Actividades	**Ejecutor**		
Departamento Obstetricia y Ginecología	Interconsulta	**1. Realiza interconsulta al Neonatólogo de Guardia por potencial nacimiento de RN alto riesgo** *(*)De Emergencia Gineco Obstétrica / Sala de Partos / Hospitalización 5ABC*	Médico Gineco Obstetra de Guardia (*)	• Historia clínica con nota de hospitalización • Orden de Hospitalización • Paciente que cumple criterios de ingreso	Servicios/ Departamentos
		2. Contacta telefónicamente al Jefe de Guardia de la UCI Neonatal *(**)De Emergencia Gineco Obstétrica / Sala de Partos*	Médico Neonatólogo de Guardia (**)		
		3. Confirma disponibilidad de cupo, de acuerdo al diagnóstico del RN	Jefe de Guardia de la UCI Neonatal		
		4.1 Continua atención de la paciente gestante **¿Se produjo el nacimiento del recién nacido de alto riesgo?** **SI:** Ir al paso 8 y 9 **NO:** Ir al paso 10 y11	Médico Gineco Obstetra de Guardia (*)		
		4.2 Coordina internamente en caso se requiere redistribución de pacientes	Jefe de Guardia de la UCI Neonatal		
		5. Comunica a la Sub Jefe de Servicio de Enfermería para la preparación de ambiente	Jefe de Guardia de la UCI Neonatal		
		6. Coordina con las Enfermeras Asistenciales de Ambiente sobre el ingreso del neonato y la preparación	Sub Jefe de Servicio de Enfermería		
		7. Realizan preparación del ambiente de acuerdo a las indicaciones brindadas. *Existe un paquete de equipamiento e insumos necesarios para la atención del recién nacido de alto riesgo, que incluye: incubadora en temperatura deseada, ventilador listo, equipos de cateterismo, monitores, bombas infusoras y otros de acuerdo a la necesidad del RN*	Enfermeras Asistenciales		

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
		8. Traslada al recién nacido en condiciones de seguridad en compañía de la Enfermera de Neonatología	Médico Neonatólogo		
		9. Acompaña traslado del recién nacido en condiciones de seguridad **Ir al procedimiento *"Ingreso y primera atención de paciente en las Unidades de UVI, UCI, UCIN neonatal"***	Enfermera de Neonatología		
		10. Comunica que no se realizó parto o se produjo óbito fetal	Médico Gineco Obstetra de Guardia (*)		
		11. Comunica que el cupo quedará liberado / disponible al Jefe de Guardia de UCI Neonatal	Médico Neonatólogo		
Indicadores	**% de autorizaciones de admisión de pacientes a la UCI en relación a las solicitudes de ingreso**				
Registros	Historia Clínica				

M02.05.03.01.01.02 Autorización de traslado en caso de Interconsultas de Gineco obstétrica por potenciales nacimientos de RN de alto riesgo (previo al nacimiento)

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	**Autorización de traslado en caso de Interconsultas de Gineco obstétrica por potenciales nacimientos de RN de alto riesgo (previo al nacimiento)**
Nombre Indicador	Porcentaje de autorizaciones de admisión de pacientes a la UCI en relación a las solicitudes de ingreso recibidas mediante interconsulta previa a un nacimiento de neonato de alto riesgo
Descripción del Indicador	El indicador expresado en términos porcentuales se obtiene relacionando el número de autorizaciones de admisión a cualquiera de las Unidades (UVI, UCI, UCIN) previa al nacimiento entre el número total de solicitudes de ingreso mediante interconsulta Solicitudes de ingreso de pacientes por nacer de alto riesgo
Objetivo del Indicador	Evalúa la demanda y capacidad de respuesta para la atención de neonatos en la UVI, UCI, UCIN neonatal
Forma de Cálculo	$\frac{N°\ de\ autorizaciones\ de\ admisión\ a\ UVI, UCI, UCIN\ previa\ al\ nacimiento}{N°\ total\ de\ solicitudes\ de\ ingreso\ mediante\ interconsulta\ en\ el\ HNERM}\%$
Fuentes de Información	• Historias clínicas • Sistema de interconsultas (ESSI/ Rebanet/ Interconsultas manuales) • Libro de Ingreso
Periodicidad de Medición	Mensual
Responsable de Medición	Servicio de Neonatología de Departamento de Pediatría Clínica
Meta	Más del 80% de autorizaciones previa al nacimiento

M02.05.03.01.01.02 Autorización de traslado en caso de Interconsultas de Gineco obstétrica por potenciales nacimientos de RN de alto riesgo (previo al nacimiento)

	FICHA DE RIESGOS			
1	NOMBRE DEL PROCESO		Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud
			Proceso (Nivel 1)	Atención de Salud
			Subproceso (Nivel 2)	Atención de Cuidados Intensivos
			Subproceso (Nivel 3)	Atención de Cuidados Intensivos Neonatal
			Procedimiento	**Autorización de traslado en caso de Interconsultas de Gineco obstétrica por potenciales nacimientos de RN de alto riesgo (previo al nacimiento)**
			Actividad	Confirmar disponibilidad de cupo
2	OBJETIVO DEL PROCESO		Descripción	Determinar la necesidad de ingreso del neonato a la UCI Neonatal, evaluando los criterios de ingreso establecidos para su admisión
			Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María
p	**IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS**			
	3.1	TIPO DE RIESGO	Operativo, estratégico	
	3.2	CODIFICACIÓN		
	3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	NEONATO CRÍTICO NO SEA ADMITIDO OPORTUNAMENTE EN UVI, UCI, UCIN neonatal	
	3.4	CAUSAS GENERADORAS	Causa Nº 01	Falta de disponibilidad de cupos y equipamiento
			Causa Nº 02	Alta demanda para atención de RN alto riesgo en la Red
			Causa N° 03	Larga estancia de RN que limitan oportunidad de ingreso de otros pacientes
		TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto	
			Diagrama de Flujo de Procesos	

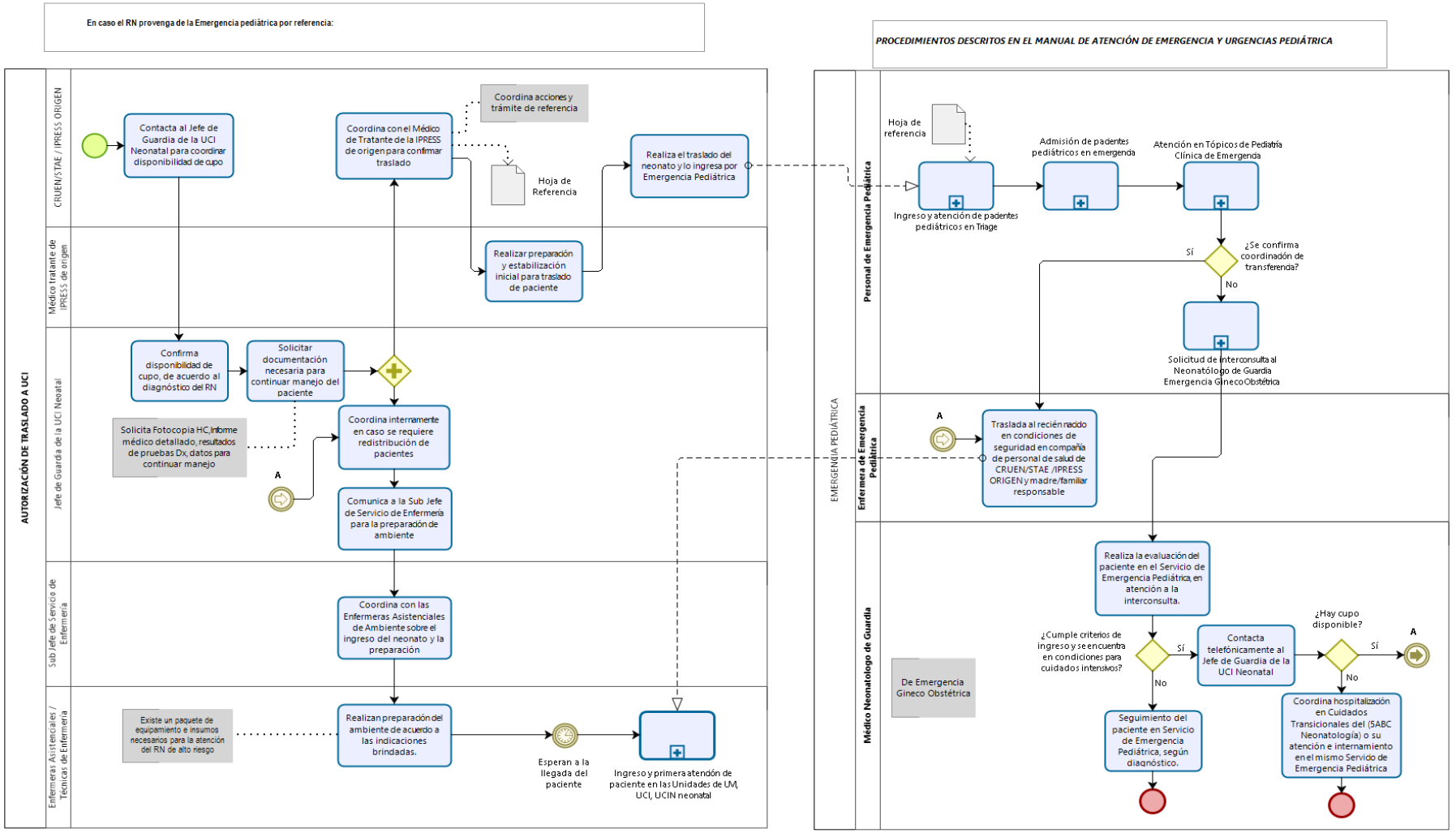
4		**VALORACIÓN DE RIESGO**					
	4.1	**PROBABILIDAD DE OCURRENCIA**				**IMPACTO**	
		Análisis Cualitativo	**Análisis Cuantitativo**			**Análisis**	**Análisis Cualitativo**	
		Muy Baja	0.1			Muy Bajo	0.05	
		Baja	0.3			Bajo	0.10	
		Moderada	0.5			Moderado	0.20	
		Alta	0.7	0.7		Alto	0.40	
		Muy Alta	0.9			Muy alto	0.80	0.8
		Alta		0.70		Alto		0.80

	4.2	**PRIORIZACIÓN DEL RIESGO**				
		Puntuación del Riesgo = Probabilidad x impacto	0.560	Prioridad del Riesgo	Alta prioridad	
5	5.1	**RESPUESTA A LOS RIESGOS**				
		ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar riesgo	
			Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo	
	5.2	**RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado transferir el riesgo)**	Oficina / Dirección			
	5.3	**CAUSA(S) DEL RIESGO ASIGNADO**	NO APLICA			
	5.4	**ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)**	Solicitudes no atendidas Hacinamiento			
	5.5	**RESPUESTA AL RIESGO**	• Manejo de cupos de reserva a fin de evitar óbitos fetales (“la muerte fetal que ocurre en un embarazo tardío”) • Estrategias de manejo de atenci • Fomentar la ampliación del equipamiento y la contratación de recursos para atender la demanda de atenciones en UVI, UCI, UCIN. • Fomentar mejores canales de comunicación para la solicitud de ingreso y autorización de traslado de pacientes neonatos. • Velar por una correcta atención integral del recién nacido, impulsando estrategias para la prevención de dificultades desde el embarazo.			

Matriz de probabilidad e impacto

1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO			Baja		Moderada		Alta

M02.05.03.01.01.03 Autorización de traslado en caso el RN provenga de la Emergencia pediátrica por referencia coordinada



M02.05.03.01.01.03 Autorización de traslado en caso el RN provenga de la Emergencia pediátrica por referencia coordinada

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO	
Nombre	Autorización de traslado en caso el RN provenga de la Emergencia pediátrica por referencia coordinada
Objetivo	Determinar la necesidad de ingreso del neonato a la UCI Neonatal, evaluando los criterios de ingreso establecidos para su admisión.
Alcance	**INICIO:** CRUEN/IPRESS origen contacta telefónicamente **FIN:** Autorización de traslado a UVI,UCI, UCIN neonatal

Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
• IPRESS CRUEN/STAE	Referencia coordinada	**1. Contacta al Jefe de Guardia de la UCI Neonatal para coordinar disponibilidad de cupo**	CRUEN/ STAE/ IPRESS ORIGEN	• Historia clínica con nota de hospitalización • Orden de Hospitalización • Paciente que cumple criterios de ingreso	Servicios/ Departamentos
		2. Confirma disponibilidad de cupo, de acuerdo al diagnóstico del RN	Jefe de Guardia de la UCI Neonatal		
		3. Solicitar documentación necesaria para continuar manejo del paciente *Solicita Fotocopia Historia Clínica, Informe médico detallado, resultados de pruebas diagnósticas, datos para continuar manejo*	Jefe de Guardia de la UCI Neonatal		
		4.1 Coordina internamente en caso se requiere redistribución de pacientes Continuar con el paso 5,6,7	Jefe de Guardia de la UCI Neonatal		
		4.2 Coordina con el Médico de Tratante de la IPRESS de origen para confirmar traslado Coordina acciones y trámite de referencia Continuar con el paso 8	CRUEN/ STAE/ IPRESS ORIGEN		
		5. Comunica a la Sub Jefe de Servicio de Enfermería para la preparación de ambiente	Jefe de Guardia de la UCI Neonatal		
		6. Coordina con las Enfermeras Asistenciales de Ambiente sobre el ingreso del neonato y la preparación	Sub Jefe de Servicio de Enfermería		
		7. Realizan preparación del ambiente de acuerdo a las indicaciones brindadas. *Existe un paquete de equipamiento e insumos necesarios para la atención del recién nacido de alto riesgo, que incluye: incubadora en temperatura deseada, ventilador listo, equipos de cateterismo, monitores, bombas infusoras y otros de acuerdo a la necesidad del RN*	Enfermeras Asistenciales		
		8. Realizar preparación y estabilización inicial para traslado de paciente *Adoptar las medidas para poder asegurar la seguridad y estabilización del paciente durante el traslado.*	Médico tratante de IPRESS de origen		
		9. Realiza el traslado del neonato y lo ingresa por Emergencia Pediátrica	CRUEN/ STAE/ IPRESS ORIGEN		

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
		INGRESA EL NEONATO A TRAVÉS DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA, SIGUIENDO LOS PROCEDIMIENTOS DESCRITOS EN EL MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y URGENCIAS PEDIÁTRICAS			
		10. Realiza triaje y verifica Hoja de Referencia *Según "Procedimiento "Ingreso y atención de pacientes pediátricos en Triage" del Manual de Procesos y Procedimientos de Atención de emergencias y urgencias pediátricas"* **¿Se confirma coordinación de transferencia?** **SI:** **NO:**	Médico pediatra del Servicio Emergencia Pediátrica		
		11. **12. Admisión de pacientes pediátricos en emergencia**			
		13. Atención en Tópicos de Pediatría Clínica de Emergencia			
		Traslada al recién nacido en condiciones de seguridad en compañía de personal de salud de CRUEN/STAE /IPRESS ORIGEN y madre/familiar responsable			
		Solicitud de interconsulta al Neonatólogo de Guardia Emergencia GinecoObstétrica			
		Realiza la evaluación del paciente en el Servicio de Emergencia Pediátrica, en atención a la interconsulta. ¿Cumple criterios de ingreso y se encuentra en condiciones para cuidados intensivos?			
		Contacta telefónicamente al Jefe de Guardia de la UCI Neonatal ¿Hay cupo disponible?			
		Coordina hospitalización en Cuidados Transicionales del (5ABC Neonatología) o su atención e internamiento en el mismo Servicio de Emergencia Pediátrica			
		Seguimiento del paciente en Servicio de Emergencia Pediátrica, según diagnóstico.			
Indicadores					
Registros					

M02.05.03.01.01.03 Autorización de traslado en caso el RN provenga de la Emergencia pediátrica por referencia coordinada

M02.05.03.01.01.03 Autorización de traslado en caso el RN provenga de la Emergencia pediátrica por referencia coordinada

M02.05.03.01.01.04 Autorización de traslado en caso el RN provenga de la Emergencia pediátrica desde domicilio o referencia no coordinada

M02.05.03.01.01.04 Autorización de traslado en caso el RN provenga de la Emergencia pediátrica desde domicilio o referencia no coordinada

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Autorización de traslado en caso el RN provenga de la Emergencia pediátrica desde domicilio o referencia no coordinada				
Objetivo	Determinar la necesidad de ingreso del neonato a la UCI Neonatal, evaluando los criterios de ingreso establecidos para su admisión.				
Alcance	**INICIO:** Interconsulta **FIN:** Autorización de traslado a UVI,UCI, UCIN neonatal				
Proveedor	**Entrada**	**Descripción de Actividades**		**Salidas**	**Destinatario de los bienes y servicios**
		Lista de Actividades	**Ejecutor**		
Departamento Obstetricia y Ginecología	Interconsulta	1. Médico pediatra realiza triaje. 2. Admisionista Registro de admisión de emergencia. 3. Médico pediatra Evaluación médico pediátra. Realiza interconsulta al neonatólogo de guardia de Emergencia GO. 4. Médico neonatólogo realiza la evaluación del paciente en el Servicio de Emergencia Pediátrica, en atención a la interconsulta. ***¿Neonato cumple criterios de ingreso Y se encuentra en condiciones para cuidados intensivos?*** 5. SI: Médico neonatólogo contacta telefónicamente al Jefe de Guardia de la UCI Neonatal 2ª ¿Disponibilidad de cupo? 6. SI: Jefe de Guardia confirma disponibilidad de cupo, de acuerdo al diagnóstico del RN y coordina internamente en caso se requiere redistribución de pacientes Jefe de Guardia comunica a la Sub Jefe de Servicio de Enfermería para la preparación de ambiente Enfermera de Emergencia pediátrica con la madre trasladan al recién nacido en condiciones de seguridad al UCI 2A. 7. Enfermeras Asistenciales y Técnicas de Enfermería realizan preparación del ambiente de acuerdo a las indicaciones brindadas. *(ya se cuenta con un paquete de equipamiento e insumos necesarios para la atención del recién nacido de alto riesgo, que incluye: incubadora en temperatura deseada, ventilador listo, equipos de cateterismo, monitoreos,bombas infusoras y otros de acuerdo a la necesidad del RN)* 1. NO: Coordina hospitalización en Cuidados Transicionales del (5ABC Neonatología) o su atención e internamiento en el mismo Servicio de Emergencia Pediátrica. 8. NO: Seguimiento del paciente en Servicio de Emergencia Pediátrica, según diagnóstico.		• Historia clínica con nota de hospitalización • Orden de Hospitalización Paciente que cumple criterios de ingreso	Servicios/ Departamentos
Indicadores					
Registros					

M02.05.03.01.01.04 Autorización de traslado en caso el RN provenga de la Emergencia pediátrica desde domicilio o referencia no coordinada
M02.05.03.01.01.04 Autorización de traslado en caso el RN provenga de la Emergencia pediátrica desde domicilio o referencia no coordinada

M02.05.03.01.01.05 Autorización de traslado en caso de pacientes RN con intervención quirúrgica realizada de emergencia por el Servicio de Emergencia Pediátrica

M02.05.03.01.01.05 Autorización de traslado en caso de pacientes RN con intervención quirúrgica realizada de emergencia por el Servicio de Emergencia Pediátrica

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Autorización de traslado en caso de pacientes RN con intervención quirúrgica realizada de emergencia por el Servicio de Emergencia Pediátrica				
Objetivo	Determinar la necesidad de ingreso del neonato a la UCI Neonatal, evaluando los criterios de ingreso establecidos para su admisión.				
Alcance	**INICIO:** Interconsulta **FIN:** Autorización de traslado a UVI,UCI, UCIN neonatal				
Proveedor	**Entrada**	**Descripción de Actividades**		**Salidas**	**Destinatario de los bienes y servicios**
		Lista de Actividades	**Ejecutor**		
Departamento Obstetricia y Ginecología	Interconsulta	1. Médicos Pediatra de Emergencia Pediátrica realiza interconsulta al Neonatologo de Guardia de Emergencia GO debido a que se realizará una intervención quirúrgica a un RN admitido por dicho Servicio. 2. Neonatologo de Emergencia GO contacta telefónicamente al Jefe de Guardia de la UCI Neonatal 2ª 3. Jefe de Guardia confirma disponibilidad de cupo para post operatorio y coordina internamente en caso se requiere redistribución de pacientes 4. Sub Jefe de Enfermería coordina con las Enfermeras Asistenciales de Ambiente sobre el ingreso del neonato y la preparación del ambiente 5. Enfermeras Asistenciales y Técnicas de Enfermería realizan preparación del ambiente de acuerdo a las indicaciones brindadas. *(ya se cuenta con un paquete de equipamiento e insumos necesarios para la atención del recién nacido de alto riesgo, que incluye: incubadora en temperatura deseada, ventilador listo, equipos de cateterismo, monitores,bombas infusoras y otros de acuerdo a la necesidad del RN)* *POSTERIOR A LA IQX* 6. Anestesiólogo con la Enfermera de SOP y los Cirujanos Pediátricos que realizaron la intervención quirúrgica trasladan al recién nacido en condiciones de seguridad.		• Historia clínica con nota de hospitalización • Orden de Hospitalización Paciente que cumple criterios de ingreso	Servicios/ Departamentos
Indicadores					
Registros					

M02.05.03.01.01.05 Autorización de traslado en caso de pacientes RN con intervención quirúrgica realizada de emergencia por el Servicio de Emergencia Pediátrica

M02.05.03.01.01.05 Autorización de traslado en caso de pacientes RN con intervención quirúrgica realizada de emergencia por el Servicio de Emergencia Pediátrica

M02.05.03.01.02 Ingreso y primera atención de paciente en las UVI, UCI, UCIN neonatal

M02.05.03.01.02 Ingreso y primera atención de paciente en las UVI, UCI, UCIN neonatal

1. 1.Enfermera que traslada al neonato pediátrica/ enfermera neonatal del servicio de origen entrega Historia Clínica completa del neonato a la Sub Jefe de Servicio de Enfermería.
2. Sub Jefe de Servicio de Enfermería comunica ambiente donde se recibirá al neonato y número de incubadora asignada .
3. (***) Enfermera asistencial de UVI, UCI o UCIN recibe al paciente, lo pesa, canaliza la vía (de corresponder) y brinda atenciones inmediatas de recién nacido de alto riesgo según protocolos, GPC u otros (oxigenación, calor, …)
4. (***) Sub Jefe de Servicio de Enfermería registra en el Cuaderno de ingresos de UVI-UCI o UCIN los datos de #incubadora, piso de origen, tipo de parto (c: Cesárea /PN: parto normal; ambiente asignado para el paciente, apellidos, sexo, fecha de ingreso, fecha de transferencia interna entre ambientes, fecha de transferencia a piso, alta y fallecido)
5. Desde Enero, llevan un registro adicional más completo
6. (***) Sub Jefe de Servicio de Enfermería coloca la HC en el Porta Historia adjuntando los formatos de: “Seguimiento de curva de peso, Diagnósticos y Procedimientos”, “Exámenes Auxiliares”, “Consentimientos Informado para uso de hemoderivados, “Lista de verificación para administración de sangre y hemocomponentes”, “Formato de Sistema de Vigilancia Perinatal”.
7. (***) Sub Jefe de Servicio de Enfermería entrega al médico neonatólogo la HC organizada.
8. (***) Médico neonatólogo tratante realiza la lectura de la HC, evalúa al neonato y determina procedimientos de atención mediante el registro de la Nota de ingreso y Plan de cuidados de paciente en HC y la Hoja de terapéutica (que indica la hidratación; soporte nutricional; si requiere o no soporte hemodinámico, soporte respiratorio; dosis y frecuencia de administración de medicamentos; uso de hemoderivados y otros cuidados según condición del paciente)
9. Médico neonatólogo tratante elabora las recetas. Entrega recetas a la Técnica de Enfermería
10. Técnica de enfermería recoge los medicamentos, dispositivos médicos y/o insumos prescritos por el médico tratante
11. Enfermera asistencial de UVI, UCI o UCIN registra la tarjeta de identificación colocándola en la incubadora. Asimismo, realiza las anotaciones de enfermería de los cuidados brindados al neonato y determina el grado de dependencia para los cuidados.

INDICADORES:

% de RN ingresados a UVI- UCI- UCIN que cuentan con CNV en las 6 primeras horas de edad
% de RN ingresados a UVI- UCI- UCIN que se encuentran registrados en el Sistema de Salud en las primeras 16 horas

Descripción: Solicitudes de ingreso de pacientes nacidos o por nacer de alto riesgo

RIESGO:
Demora en la continuidad de atención del RN por temas administrativos

- Demora de emisión del CNV
- Demora en el registro del recién nacido en el Sistema de Salud para atención interconsultas, medicamentos, entre otros
- Falta de disponibilidad de cupos y equipamiento
- Alta demanda para atención de RN alto riesgo en la Red
- Larga estancia de RN que limitan oportunidad de ingreso de otros pacientes
- Historia Clínica neonatal en formato físico

Respuesta al riesgo:

Fomentar que la emisión del CNV se realice de manera oportuna en las 6 primeras horas de edad

Fomentar estrategias para velar por la continuidad del Registro de Rn en el Sistema de Salud. Actualmente, se encuentra limitado a un horario de 8 a 5pm L-V y sábado hasta las 11a.m., sin atención domingos y feriados.

Sinceramiento de la demanda y oferta de las UVI, UCI, UCIN a fin de evitar hacinamiento de cunas

Velar por la disponibilidad y el buen estado del equipamiento e insumos requeridos para la atención en UVI, UCI, UCIN.

M02.05.03.01.02 Ingreso y primera atención de paciente en las UVI, UCI, UCIN neonatal

M02.05.03.01.02 Ingreso y primera atención de paciente en las UVI, UCI, UCIN neonatal

M02.05.03.01.03 Atención de paciente neonato altamente crítico en Unidad de Ventilación Intensiva Neonatal

Su ingreso inicial fue a UVI

1. Enfermera asistencial que procede a la ejecución del tratamiento establecido por Médico neonatólogo en el Plan de cuidados de paciente en HC y la Hoja de terapéutica.
2. Médico Neonatólogo de Guardia la UVI procede, en los casos que corresponda con los procedimientos médicos tales como: Intubación; administración de surfactante; cateterismo umbilical, arterial y/o venoso; toracocentesis; drenaje torácico; pericardiocentesis; paracentesis; u otras)
3. Enfermera asistencial Monitorea continuamente funciones vitales del neonato y, en caso suceda, reporta alteraciones al Médico Neonatólogo de Guardia la UVI

   ¿Se logra estabilizar al paciente?
   SI: Continua atención en UVI
   NO: Ir al procedimiento de Constatación de fallecimiento

4. Médico neonatólogo de guardia de la UVI Adopta acciones para estabilización de paciente.
5. Enfermera asistencial realiza las pruebas de hemoglucotest, en caso haya sido indicado.
6. Enfermera asistencial realiza la toma de muestra de sangre para las pruebas de laboratorio indicadas por el médico.
   Técnica de enfermería traslada la muestra y la orden de solicitud al Laboratorio Madre Niño.
   Ir al procedimiento de Solicitud de exámenes auxiliares.
7. Enfermera asistencial verifica solicitud de exámenes auxiliares de imagenología. Coordina su atención.
   Técnica de Enfermería traslada las ordenes de exámenes auxiliares.
   Ir al procedimiento de Solicitud de exámenes auxiliares.
8. Administra medicación según Hoja terapéutica, previamente recogida por la Técnica de enfermería.
9. Enfermera asistencial Monitoreo el soporte respiratorio brindado.
10. Enfermera asistencial registra y actualiza las Notas de Enfermería
11. Enfermera asistencial registra y actualiza el Balance Hídrico
12. Médico Neonatólogo de Guardia la UVI actualiza la evolución del paciente, revisa los resultados de exámenes auxiliares, actualiza el tratamiento y registra atenciones en la Historia Clínica neonatal. (Turno mañana, tarde y noche)
    ¿Neonato continua con soporte respiratorio invasivo?
    SI: Continua atención en UVI
    ¿Paciente requiere intervención quirúrgica?
    SI: Solicitud interconsultas a Cirugía Pediátrica
    Cirugía Pediátrica atiende interconsulta y determina que el paciente requiere intervención quirúrgica, comunicándole al médico tratante y registrando atención en la HC:
    Médico neonatólogo realiza la solicitud de exámenes auxiliares preoperatorios.
    Enfermera de UVI toma las muestras de sangre para exámenes preoperatorios y coordina la atención de exámenes auxiliares de imagenología preoperatorios.
    Ir a procedimiento de Solicitud de Exámenes auxiliares
    UNA VEZ QUE TIENEN RESULTADOS
    Médico neonatólogo de guardia elabora el Riesgo Quirúrgico y solicita al Cirujano Pediatra de Guardia la programación quirúrgica del paciente, mediante interconsulta.
    Cirujano Pediatra de Guardia coordina la disponibilidad de turno operatorio y Sala de Operaciones
    UNA VEZ QUE SE TIENE DISPONIBILIDAD DE SALA
    Medico neonatólogo de guardia traslada al neonato a la Sala de Operaciones, acompañado de Enfermera Asistencial
    POSTERIOR A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA
    Anestesiólogo con la Enfermera de SOP y los Cirujanos Pediátricos que realizaron la intervención quirúrgica trasladan al recién nacido en condiciones de seguridad.
    Médico neonatólogo continua atención en UVI

    NO ¿Paciente requiere evaluación por otras especialidades?
    SI: Solicitud de interconsultas a Pediatría Clínica
    Médico especialista Evalúa al neonato. Registra la evaluación y sugerencias para el manejo del paciente en la HC

Médico neonatólogo recibe recomendaciones y actualiza plan de trabajo
Continua con atención en UVI
NO: Continua atención en UVI
NO: **¿Evolución favorable?**
SI: Médico neonatólogo indica transferencia a UCI o UCIN
Enfermera asistencial coordina con la Sub Jefa de Enfermería sobre el traslado del paciente
Sub Jefe de Enfermería coordina con las Enfermeras Asistenciales de Ambiente sobre el ingreso del neonato y la preparación del ambiente
Enfermeras Asistenciales y Técnicas de Enfermería realizan preparación del ambiente de acuerdo a las indicaciones brindadas.
(ya se cuenta con un paquete de equipamiento e insumos necesarios para la atención del recién nacido de alto riesgo, que incluye: incubadora en temperatura deseada, ventilador listo, equipos de cateterismo, monitores,bombas infusoras y otros de acuerdo a la necesidad del RN)
Sub Jefe de Enfermería actualiza el registro en el Cuaderno de ingresos de UVI-UCI o UCIN los datos de #incubadora, *fecha de transferencia interna entre ambientes,*
Sub Jefe de Enfermería modifica la numeración del Porta Historia

NO: Continua atención de neonato con soporte CPAP en UVI

Paciente proviene de UCI/UCIN

1. Médico neonatólogo de UCI/UCIN comunica a Médico neonatólogo de UVI que el paciente requiere soporte respiratorio invasivo debido a una evolución clínica desfavorable (descompensación). O se comunica al Médico neonatólogo de UVI que el paciente requiere soporte respiratorio invasivo posterior a una intervención quirúrgica.
2. Médico neonatólogo de UCI/UCIN comunica a la Enfermera Asistencial a cargo del paciente sobre la transferencia a UVI.
3. Enfermera asistencial coordina con la Sub Jefa de Enfermería sobre el traslado del paciente
4. Sub Jefe de Enfermería coordina con las Enfermeras Asistenciales de Ambiente sobre el ingreso del neonato y la preparación del ambiente
5. Enfermeras Asistenciales y Técnicas de Enfermería realizan preparación del ambiente de acuerdo a las indicaciones brindadas.
   (ya se cuenta con un paquete de equipamiento e insumos necesarios para la atención del recién nacido de alto riesgo, que incluye: incubadora en temperatura deseada, ventilador listo, equipos de cateterismo, monitores, bombas infusoras y otros de acuerdo a la necesidad del RN)
6. Sub Jefe de Enfermería actualiza el registro en el Cuaderno de ingresos de UVI-UCI o UCIN los datos de #incubadora, *fecha de transferencia interna entre ambientes,*
7. Sub Jefe de Enfermería modifica la numeración del Porta Historia
8. Continua con atención en UVI

Ir al paso 1 de la Atención inicial de UVI

INDICADORES:

% de pacientes transferidos a UCI, UCIN
% de pacientes fallecidos en UVI
Descripción: Determinar el nivel de evolución favorable de los pacientes ingresados a UVI

RIESGO:

Dificultades en la atención adecuadadel pacientes por temas administrativos

- Demora de emisión del CNV
- Demora en el registro del recién nacido en el Sistema de Salud para atención interconsultas, medicamentos, entre otros
- Falta de disponibilidad de cupos y equipamiento
- Alta demanda para atención de RN alto riesgo en la Red
- Limitaciones de cupo para transferencia de pacientes a UCI Pediátrica o **Cuidados Especialidades Pediátricos**
- Larga estancia de RN que limitan oportunidad de ingreso de otros pacientes
- Historia Clínica neonatal en formato físico

Respuesta al riesgo:

Fomentar que la emisión del CNV se realice de manera oportuna en las 6 primeras horas de edad
Fomentar estrategias para velar por la continuidad del Registro de Rn en el Sistema de Salud. Actualmente, se encuentra limitado a un horario de 8 a 5pm L-V y sábado hasta las 11a.m., sin atención domingos y feriados.
Fomentar estrategias para la correcta transferencia de pacientes pediátricos que requieran continuar su atención en otros servicios.
Sinceramiento de la demanda y oferta de las UVI a fin de evitar hacinamiento
Velar por la disponibilidad y el buen estado del equipamiento e insumos requeridos para la atención en UVI

M02.05.03.01.04 Atención de neonato crítico en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

M02.05.03.01.04 Atención de neonato crítico en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

Su ingreso inicial fue a UCI

1. Enfermera asistencial procede a la ejecución del tratamiento establecido por Médico neonatólogo en el Plan de cuidados de paciente en la HC y la Hoja de terapéutica.

Médico Neonatólogo de Guardia la UCI procede, en los casos que corresponda con los procedimientos médicos tales como: INSURE; cateterismo umbilical, arterial y/o venoso; toracocentesis; exanguineotransfusión, la Oxigenoterapia con cánula binasal o casco cefálico, Soporte hemodinámico / Administración de inotrópicos, Transfusión de hemoderivados u otras)

2. Enfermera asistencial realiza las pruebas de hemoglucotest, en caso haya sido indicado por el médico.
3. Enfermera asistencial realiza la toma de muestra de sangre para las pruebas de laboratorio indicadas por el médico.
   Técnica de enfermería traslada la muestra y la orden de solicitud al Laboratorio Madre Niño.
   Ir al procedimiento de Solicitud de exámenes auxiliares.
4. Enfermera asistencial verifica solicitud de exámenes auxiliares de imagenología. Coordina su atención.
   Técnica de Enfermería traslada las órdenes de exámenes auxiliares.
   Ir al procedimiento de Solicitud de exámenes auxiliares.
5. Químico Farmacéutico Recoge Copia de Hoja Terapéutica ***(dosis, frecuencia de administración y vía de administración, se hace al ingreso o visita médica matutina del médico)*** para la entrega de medicamentos e insumos prescritos por el médico. (*) Internos de Farmacia, durante su horario de atención, recoge copia y retornaba al Servicio con los medicamentos e insumos. **En ausencia del interno de farmacia, el médico debe emitir las Recetas correspondientes para que la Técnica de enfermería recopila las Recetas y recoja los medicamentos e insumos requeridos.**
6. Enfermera asistencial recibía los medicamentos e insumos y Administra medicación según Hoja terapéutica.
7. Enfermera asistencial Monitoreo del soporte respiratorio brindado.
8. Enfermera asistencial Registra y actualiza las Notas de Enfermería
9. Enfermera asistencial Registra y actualiza el Balance Hídrico
10. Médico Neonatólogo de Guardia la UCI Actualiza la evolución del paciente, revisa los resultados de exámenes auxiliares, actualiza el tratamiento y registra atenciones en la Historia Clínica neonatal. (Visitas médicas; en el turno matutino se realiza visita a todos los pacientes ingresados en la UCI; luego, la evaluación del paciente se realiza según su evolución – Turno tarde y noche)

SIGNOS DE ALARMA

11. Enfermera asistencial Monitorea continuamente funciones vitales del neonato y, en caso suceda, reporta alteraciones al Médico Neonatólogo de Guardia de la UCI

¿Paciente presenta alteraciones o signos de alarma?

SI: Médico neonatólogo de guardia de la UCI Adopta acciones para estabilización de paciente.

¿Requiere reanimación avanzada?
SI: Proceder con los procedimientos médicos de reanimación avanzada según protocolos.
(Incluye: intubación, masaje cardiaco, administración de adrenalina u otras estrategias médicas

¿Responde reanimación?
SI: Determinar permanencia en UCI o transferencia a UVI
¿Requiere soporte respiratorio invasivo?
SI: ¿Hay cupo disponible en UVI?
SI: Traslada neonato a UVI
NO: Administrar soporte respiratorio invasivo en UCI a la espera de cupo, de acuerdo a protocolos establecidos.
NO: Determina continuar atención y monitoreo en UCI
NO: Ir al procedimiento de Constatación de fallecimiento
NO: Continuar con atención y monitoreo en UCI

NO: Continuar con atención y monitoreo en UCI

INTERCONSULTAS - INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

¿Sospecha que paciente requiere intervención quirúrgica?

SI: Medico Neonatólogo realiza la solicitud de interconsultas a Cirugía Pediátrica o **Cirugía de Especialidades Pediátricas**

Médico Cirugía Pediátrica/ Cirugía Especialidades Pediátrica **revisan la historia clínica neonatal, coordina con el médico tratante sobre el motivo de interconsulta, examina al paciente. Determina y realiza, en caso corresponda, los procedimientos médicos de su especialidad (drenaje peritoneal, tubo de drenaje torácico, punciones, entre otros). Registra atención en la Historia Clínica. Confirma aquellos casos que requieran intervención quirúrgica para su programación.**

Médico neonatólogo convoca al padre, madre o apoderado para comunica resultados de interconsulta. Solicitar la firma de Consentimiento Informado de Intervención Quirúrgica.

Médico neonatólogo realiza la solicitud de exámenes auxiliares preoperatorios, en caso estos no se encuentren disponibles o actualizados.
Enfermera de UCI toma las muestras de sangre para exámenes preoperatorios y coordina la atención de exámenes auxiliares de imagenología preoperatorios.
Ir a procedimiento de Solicitud de Exámenes auxiliares

UNA VEZ QUE TIENEN RESULTADOS
Médico neonatólogo de guardia elabora el Riesgo Quirúrgico y comunica al Cirujano Pediatra de Guardia para verificar la programación quirúrgica del paciente.

¿Ya tiene programación quirúrgica?

SI: Cirujano Pediatra de Guardia comunica la disponibilidad de turno operatorio y Sala de Operaciones

NO: Cirujano Pediatra de Guardia coordina y programa el turno operatorio y Sala de Operaciones

UNA VEZ QUE SE TIENE DISPONIBILIDAD DE SALA
Medico neonatólogo de guardia traslada al neonato a la Sala de Operaciones, acompañado de Enfermera Asistencial y familiar/ apoderado

Anestesiólogo Solicita la firma de Consentimiento Informado de Anestesia
Médico Cirujano Procede con la intervención quirúrgica

POSTERIOR A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA
Anestesiólogo con la Enfermera de SOP y los Cirujanos Pediátricos que realizaron la intervención quirúrgica trasladan al recién nacido en condiciones de seguridad al SERVICIO DE NEONATOLOGÍA.

Médico neonatólogo continúa atención, determinando lugar de permanencia según la condición del paciente: puede continuar en UCI donde era tratado o ser trasladado a la UVI por necesidad de soporte respiratorio invasivo o la UCIN 1 para monitoreo.

NO Continuar con atención y monitoreo en UCI

¿Paciente requiere evaluación por otras especialidades?

SI: Médico Neonatólogo realiza Solicitud de interconsultas a Pediatría Clínica o Pediatría de Especialidades Clínica

Médico especialista **revisa la historia clínica neonatal, coordina con el médico tratante sobre el motivo de interconsulta, examina al paciente. Determina y realiza, en caso corresponda, los procedimientos médicos de su especialidad. Registra la atención, evaluación y sugerencias en la Historia Clínica** para el manejo del paciente.
Médico neonatólogo recibe recomendaciones y actualiza plan de trabajo
Continua con atención en UCI

NO: Continua atención en UCI

EVALUACIÓN DEL PACIENTE

SI: Médico neonatólogo monitorea evolución del paciente
¿Evolución favorable?
SI: Médico neonatólogo indica transferencia a UCIN, Alojamiento Conjunto, Cuidados Transicionales o determina alta de paciente
¿Determina alta de paciente?
SI: **¿Madre se encuentra hospitalizada?**
SI: ¿Madre hospitalizada en Piso 5 ABC?
SI: RN se transfiere a Alojamiento Conjunto para continuar su atención junto a la madre
NO ¿ Madre hospitalizada en UCI/UCIN u otro Servicio?
SI: RN se transfiere a Cuidados Transicionales para continuar su atención sin contacto de la madre
NO: ¿ Médico determina alta médica inmediata?
SI: : Ir al procedimiento Alta médica del neonato de UCI – UCIN

NO: RN se trasnfiere a UCIN para continuar su atención previa al alta médica

Enfermera asistencial coordina con la Sub Jefa de Enfermería sobre el traslado del paciente
Sub Jefe de Enfermería coordina con las Enfermeras Asistenciales de Ambiente sobre el ingreso del neonato y la preparación del ambiente
Enfermeras Asistenciales y Técnicas de Enfermería realizan preparación del ambiente de acuerdo a las indicaciones brindadas.
Sub Jefe de Enfermería actualiza el registro en el Cuaderno de ingresos de UVI-UCI o UCIN los datos de #incubadora, *fecha de transferencia interna entre ambientes,*
Sub Jefe de Enfermería modifica la numeración del Porta Historia

El traslado del RN cuando pasa de UCI a UCIN (Enfermera a cada
Si el RN va Aljamiento Sub Jefa / Coordinadora coordina con la Enfermera de la 5A 5B 5C; Enfermera viene a recogerlo.

NO: Continua atención de neonato en UCI

INDICADORES:

% de pacientes dados de alta desde UCI
% de pacientes transferidos a UCIN, Alojamiento Conjunto o Cuidados Transicionales
% de pacientes fallecidos en UCI
% pacientes contrarreferidos
Descripción: Determinar el nivel de evolución favorable de los pacientes ingresados a UCI

RIESGO:
Dificultades en la atención adecuada del paciente por temas administrativos

- Demora de emisión del CNV
- Demora en el registro del recién nacido en el Sistema de Salud para atención interconsultas, medicamentos, entre otros
- Falta de disponibilidad de cupos y equipamiento
- Alta demanda para atención de RN alto riesgo en la Red
- Limitaciones de cupo para transferencia de pacientes pediátricos a los Servicios de Pediátrica clínica y Pediátria de Especialidades Clínica, UCI Pediátrica o **Cuidados Especialidades Pediátricos**
- Larga estancia de RN que limitan oportunidad de ingreso de otros pacientes
- Historia Clínica neonatal en formato físico

Respuesta al riesgo:
Fomentar que la emisión del CNV se realice de manera oportuna en las 6 primeras horas de edad
Fomentar estrategias para velar por la continuidad del Registro de Rn en el Sistema de Salud. Actualmente, se encuentra limitado a un horario de 8 a 5pm L-V y sábado hasta las 11a.m., sin atención domingos y feriados.
Fomentar estrategias para la correcta transferencia de pacientes pediátricos que requieran continuar su atención en otros servicios.
Sinceramiento de la demanda y oferta de las UCI a fin de evitar hacinamiento
Velar por la disponibilidad y el buen estado del equipamiento e insumos requeridos para la atención en UCI

M02.05.03.01.04 Atención de neonato crítico en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

M02.05.03.01.04 Atención de neonato crítico en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

M02.05.03.01.05 Atención de paciente neonato en Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales

Brindar la atención al paciente neonato que requiere una intervención quirúrgica o recuperación posteriormente a ella sin soporte respiratorio invasivo; neonatos que requieren soporte nutricional (Nutrición parenteral); neonatos que requieren antibióticoterapia, fototerapia intensiva, soporte respiratorio no invasivo (cánula binasal, caso cefálico); prematuros extremos estables en recuperación nutricional; neonatos estables con patologías en estudio.

UCI quirúrgico

UCIN1: Quirúrgicos, preparando para IQX, o que fueron sometidos a IQX y que no requieren soporte respiratorio, pacientes IQX soporte nutricional NPT

UCIN 2 y 4: Estudios por patología

UCIN 3: Con antecedentes prematuridad con recuperación nutricional

Su ingreso inicial fue a UCIN

UVI → UCIN

UCI→UCIN

Referido hospital

Emergencia pediátrica

Alojamiento Conjunto / Cuidados Transicionales

1. Enfermera asistencial procede a la ejecución del tratamiento establecido por Médico neonatólogo en el Plan de cuidados de paciente en la HC y la Hoja de terapéutica.
2. Médico Neonatólogo de Guardia la UCIN procede, en los casos que corresponda, con los procedimientos médicos tales como: punción lumbar, oxigenoterapia con cánula binasal, casco cefálico, Transfusión de hemoderivados u otras)
3. Enfermera asistencial realiza las pruebas de hemoglucotest, en caso haya sido indicado por el médico.
4. Enfermera asistencial realiza la toma de muestra de sangre para las pruebas de laboratorio indicadas por el médico.
   Técnica de enfermería traslada la muestra y la orden de solicitud al Laboratorio Madre Niño.
   Ir al procedimiento de Solicitud de exámenes auxiliares.
5. Enfermera asistencial verifica solicitud de exámenes auxiliares de imagenología. Coordina su atención.
   Técnica de Enfermería traslada las órdenes de exámenes auxiliares.
   Ir al procedimiento de Solicitud de exámenes auxiliares.
6. Químico Farmacéutico Recoge Copia de Hoja Terapéutica ***(dosis, frecuencia de administración y vía de administración, se hace al ingreso o visita médica matutina del médico)*** para la entrega de medicamentos e insumos prescritos por el médico. (*) Internos de Farmacia, durante su horario de atención, recoge copia y retornaba al Servicio con los medicamentos e insumos. **En ausencia del interno de farmacia y/o química farmaceútico, el médico debe emitir las Recetas correspondientes para que la Técnica de enfermería recopila las Recetas y recoja los medicamentos e insumos requeridos.**
7. Enfermera asistencial recibía los medicamentos e insumos y Administra medicación según Hoja terapéutica.
8. Enfermera asistencial Monitoreo del soporte respiratorio brindado, en los casos que cuente con ello.
9. Enfermera asistencial Registra y actualiza las Notas de Enfermería
10. Enfermera asistencial Registra y actualiza el Balance Hídrico
11. Médico Neonatólogo de Guardia la UCIN Actualiza la evolución del paciente, revisa los resultados de exámenes auxiliares, actualiza el tratamiento y registra atenciones en la Historia Clínica neonatal. (Visitas médicas; en el turno matutino se realiza visita a todos los pacientes ingresados en la UCNI; luego, la evaluación del paciente se realiza según su evolución – Turno tarde y noche)

SIGNOS DE ALARMA

12. Enfermera asistencial Monitorea continuamente funciones vitales del neonato y, en caso suceda, reporta alteraciones al Médico Neonatólogo de Guardia de la UCIN

¿Paciente presenta alteraciones o signos de alarma?

SI: Médico neonatólogo de guardia de la UCIN Adopta acciones para estabilización de paciente.

¿Requiere reanimación avanzada?
SI: Proceder con los procedimientos médicos de reanimación avanzada según protocolos.
(Incluye: intubación, masaje cardiaco, administración de adrenalina u otras estrategias médicas

¿Responde reanimación?
SI: Determinar permanencia en UCIN o transferencia a UCI o UVI
¿Requiere soporte respiratorio invasivo?
SI: ¿Hay cupo disponible en UVI?
SI: Traslada neonato a UVI
NO: Traslada neonato a UCI
NO: ¿Requiere atención en UCI?
SI: Traslada neonato a UCI
NO: Determina continuar atención y monitoreo en UCIN
NO: Ir al procedimiento de Constatación de fallecimiento

NO: Determina permanencia en UCIN o transferencia a UCI
Requiere atención en UCI?
SI: Traslada neonato a UCI
NO: Determina continuar atención y monitoreo en UCIN

NO: Continuar con atención y monitoreo en UCIN

INTERCONSULTAS - INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

¿Sospecha que paciente requiere intervención quirúrgica?

SI: Medico Neonatólogo realiza la solicitud de interconsultas a Cirugía Pediátrica o **Cirugía de Especialidades Pediátricas**

Médico Cirugía Pediátrica/ Cirugía Especialidades Pediátrica **revisan la historia clínica neonatal, coordina con el médico tratante sobre el motivo de interconsulta, examina al paciente. Determina y realiza, en caso corresponda, los procedimientos médicos de su especialidad (drenaje peritoneal, tubo de drenaje torácico, punción transfontanelar, entre otros). Registra atención en la Historia Clínica. Confirma aquellos casos que requieran intervención quirúrgica para su programación.**

Médico neonatólogo convoca al padre, madre o apoderado para comunica resultados de interconsulta. Solicitar la firma de Consentimiento Informado de Intervención Quirúrgica.

Médico neonatólogo realiza la solicitud de exámenes auxiliares preoperatorios, en caso estos no se encuentren disponibles o actualizados.
Enfermera de UCIN toma las muestras de sangre para exámenes preoperatorios y coordina la atención de exámenes auxiliares de imagenología preoperatorios.
Ir a procedimiento de Solicitud de Exámenes auxiliares

UNA VEZ QUE TIENEN RESULTADOS
Médico neonatólogo de guardia de UCIN elabora el Riesgo Quirúrgico y comunica al Cirujano Pediatra de Guardia para verificar la programación quirúrgica del paciente.
¿Ya tiene programación quirúrgica?
SI: Cirujano Pediatra de Guardia comunica la disponibilidad de turno operatorio y Sala de Operaciones

NO: Cirujano Pediatra de Guardia coordina y programa el turno operatorio y Sala de Operaciones

UNA VEZ QUE SE TIENE DISPONIBILIDAD DE SALA
Medico neonatólogo de guardia traslada al neonato a la Sala de Operaciones, acompañado de Enfermera Asistencial y familiar/ apoderado

Anestesiólogo Solicita la firma de Consentimiento Informado de Anestesia
Médico Cirujano Procede con la intervención quirúrgica

POSTERIOR A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA
Anestesiólogo con la Enfermera de SOP y los Cirujanos Pediátricos que realizaron la intervención quirúrgica trasladan al recién nacido en condiciones de seguridad al SERVICIO DE NEONATOLOGÍA.

Médico neonatólogo de UCIN continúa atención, determinando lugar de permanencia según la condición del paciente: puede continuar en UCIN en caso no requiere soporte ventilatorio invasivo o ser trasladado a la UVI por necesidad de soporte respiratorio invasivo o la UCI.

NO Continuar con atención y monitoreo en UCI

¿Paciente requiere evaluación por otras especialidades?

SI: Médico Neonatólogo realiza Solicitud de interconsultas a Pediatría Clínica o Pediatría de Especialidades Clínica

Médico especialista **revisa la historia clínica neonatal, coordina con el médico tratante sobre el motivo de interconsulta, examina al paciente. Determina y realiza, en caso corresponda, los procedimientos médicos de su especialidad. Registra la atención, evaluación y sugerencias en la Historia Clínica** para el manejo del paciente.
Médico neonatólogo recibe recomendaciones y actualiza plan de trabajo
Continua con atención en UCIN

NO: Continua atención en UCIN

EVALUACIÓN DEL PACIENTE

SI: Médico neonatólogo monitorea evolución del paciente

¿Evolución favorable?

SI: Médico neonatólogo indica transferencia a Alojamiento Conjunto, Cuidados Transicionales o determina alta de paciente

¿Determina alta de paciente?

SI: **¿Madre se encuentra hospitalizada?**
SI: ¿Madre hospitalizada en Piso 5 ABC?
SI: RN se transfiere a Alojamiento Conjunto para continuar su atención junto a la madre
NO ¿ Madre hospitalizada en UCI/UCIN u otro Servicio?
SI: RN se transfiere a Cuidados Transicionales para continuar su atención sin contacto de la madre
NO: Ir al procedimiento Alta médica del neonato de UCI – UCIN

NO: Continua atención en UCIN

Enfermera asistencial coordina con la Sub Jefa de Enfermería sobre el traslado del paciente

Sub Jefe de Enfermería coordina con las Enfermeras Asistenciales de Ambiente sobre el ingreso del neonato y la preparación del ambiente
Enfermeras Asistenciales y Técnicas de Enfermería realizan preparación del ambiente de acuerdo a las indicaciones brindadas.
Sub Jefe de Enfermería actualiza el registro en el Cuaderno de ingresos de UVI-UCI o UCIN los datos de #incubadora, *fecha de transferencia interna entre ambientes,*
Sub Jefe de Enfermería modifica la numeración del Porta Historia

El traslado del RN cuando pasa de UCI a UCIN (Enfermera a cada
Si el RN va Aljamiento Sub Jefa / Coordinadora coordina con la Enfermera de la 5A 5B 5C; Enfermera viene a recogerlo.

INDICADORES:

% de pacientes dados de alta desde UCIN
% de pacientes transferidos a Alojamiento Conjunto o Cuidados Transicionales
% de pacientes fallecidos en UCIN
% pacientes contrarreferidos
% pacientes transferidos a Pediátrica clínica y Pediátria de Especialidades Clínica

Descripción: Determinar el nivel de evolución favorable de los pacientes ingresados a UCI

RIESGO:
Dificultades en la atención adecuada del paciente por temas administrativos

- Demora de emisión del CNV
- Demora en el registro del recién nacido en el Sistema de Salud para atención interconsultas, medicamentos, entre otros
- Falta de disponibilidad de cupos y equipamiento
- Alta demanda para atención de RN alto riesgo en la Red
- Limitaciones de cupo para transferencia de pacientes pediátricos a los Servicios de Pediátrica clínica y Pediátria de Especialidades Clínica, UCI Pediátrica o **Cuidados Especialidades Pediátricos**
- Larga estancia de RN que limitan oportunidad de ingreso de otros pacientes
- Historia Clínica neonatal en formato físico

Respuesta al riesgo:
Fomentar que la emisión del CNV se realice de manera oportuna en las 6 primeras horas de edad
Fomentar estrategias para velar por la continuidad del Registro de Rn en el Sistema de Salud. Actualmente, se encuentra limitado a un horario de 8 a 5pm L-V y sábado hasta las 11a.m., sin atención domingos y feriados.
Fomentar estrategias para la correcta transferencia de pacientes pediátricos que requieran continuar su atención en otros servicios.
Sinceramiento de la demanda y oferta de las UCIN a fin de evitar hacinamiento
Velar por la disponibilidad y el buen estado del equipamiento e insumos requeridos para la atención en UCIN

M02.05.03.01.06 Solicitud de interconsultas

M02.05.03.01.06 Solicitud de interconsultas

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Solicitud de interconsultas				
Objetivo	Notificar la necesidad de opinión médica y procedimientos médicos de otras especialidades a fin de continuar con el soporte y tratamiento del paciente en el Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos.				
Alcance	**INICIO:** Identificación de la necesidad de paciente **FIN:** Interconsulta atendida por la especialidad interconsultada				
Proveedor	**Entrada**	**Descripción de Actividades**		**Salidas**	**Destinatario de los bienes y servicios**
		Lista de Actividades	**Ejecutor**		
		1. Determina especialidad En base a la evaluación médica y la necesidad del paciente, se determina a qué especialidad y/o especialidades se realizará interconsulta y elaborará el formato de interconsulta (electrónico o manual) **¿Está disponible la elaboración y el registro en el Rebanet?** **SI:** Genera solicitud de interconsulta a través del sistema Rebanet Ir al paso 3 **NO:** Genera orden de interconsulta manual Ir al paso 2	Médico		
		2. Lleva Orden de Interconsulta manual a Servicio para atención de interconsulta El formato manual de interconsulta debidamente llenado es recibido por la enfermera durante la visita/ revisita médica, se registra en el Kardex y se entrega a la Téc. de enfermería para su traslado al servicio de la especialidad solicitada..	Téc. Enfermería		
		3. Envió de la interconsulta electrónica elaborada en el sistema SGSS. Una vez generada la Interconsulta en el sistema SGSS, se graba y se envía on-line, se comprueba su salida y envío al servicio de la especialidad solicitada. Se hace el seguimiento de su estado (pendiente o contestada).en el sistema	Medico / Jefe de Guardia		
		4. Respuesta a la interconsulta con permanencia del paciente en el servicio de emergencia pediátrica. El médico de la especialidad interconsultada procede a evaluar al paciente y deja las indicaciones, sugerencias y recomendaciones de la especialidad, registradas expresamente en la Historia clínica electrónica (si está disponible el sistema) o en forma escrita manualmente en la Historia clínica, con firma y sello.	Médico Especialista ejecuta interconsulta		
		5. Comunicación de la interconsulta realizada. Enfermería comunica al médico tratante del servicio de UCI Pediátrica que la interconsulta ya fue contestada y solicita evaluación del paciente para implementación de las sugerencias del médico especialista interconsultado.	Enfermera		
		6. Implementación de las indicaciones/sugerencias y recomendaciones del médico interconsultado. El médico tratante del servicio UCI Neonatal examina/analiza la respuesta del médico interconsultado e implementa según sea pertinente las acciones a tomar:	Medico/Enfermera y/o Téc. de Enfermería		

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
		- En caso el paciente requiera de una intervención quirúrgica: El médico interconsultado solicita la Sala de Operaciones, comunica al médico tratante de UCI (intensivista pediátrico). Una vez preparada la sala, el equipo de UCI procede con el traslado del paciente a la Sala de Operaciones. Luego, de la intervención quirúrgica, el médico anestesiólogo a cargo de la intervención con apoyo de su equipo, procede con el retorno del paciente a UCI. - En caso recomendé modificaciones a la terapéutica: El médico tratante evalúa sugerencias e indicaciones dadas por el médico interconsultado e informa a la Licenciada de enfermería sobre los cambios y nuevo plan de manejo del paciente			
		7. Actualiza el Kardex y administra el tratamiento del paciente indicado posterior a la evaluación de la interconsulta por el médico tratante.	Enfermera		
Indicadores					
Registros					

Traslado con médicos cirujanos

M02.05.03.01.06 Solicitud de interconsultas

M02.05.03.01.06 Solicitud de interconsultas

M02.05.03.01.07 Solicitud de exámenes auxiliares

M02.05.03.01.07 Solicitud de exámenes auxiliares

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	**Solicitud de exámenes auxiliares**				
Objetivo	Notificar la necesidad de realizar pruebas diagnósticas a fin de continuar con el soporte y tratamiento del paciente en el Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos.				
Alcance	**INICIO:** Identificación de la necesidad de paciente **FIN:** Ordenes de exámenes auxiliares atendidas y resultados entregados				
Proveedor	**Entrada**	**Descripción de Actividades**		**Salidas**	**Destinatario de los bienes y servicios**
		Lista de Actividades	**Ejecutor**		
		1. Indicación de Exámenes auxiliares. Posterior a la evaluación/ o reevaluación del paciente se determina la necesidad de solicitar exámenes auxiliares (incluye Exámenes de laboratorio, imágenes u otros) necesarios para el diagnóstico y/o tratamiento del paciente.	Médico tratante		
		2. Elaboración de órdenes de formatos de exámenes auxiliares Se registran las pruebas requeridas en los formatos manuales debidamente llenados, firmados y sellados.	Médico / Jefe de Guardia		
		3. Comunica y entrega las órdenes de exámenes auxiliares a la enfermera para su efectivizarían	Médico / Jefe de Guardia		
		4. Toma de muestra, de corresponder y/o entrega de órdenes para su traslado En caso de pruebas de laboratorio: La Licenciada de enfermería procede con la toma de muestras, la técnica de enfermería apoya con el traslado de las muestras para que sean procesadas por el Tecnólogo de laboratorio. En el caso de exámenes de imágenes **(ECO, RX, TAC. RMS) y otros (Ej. gammagrafía)**, la Técnica de enfermería procede con el traslado de las ordenes manuales para coordinar su atención por el Tecnólogo médico encargado.	Enfermera/ Técnico de enfermería		
		5. Realización de exámenes auxiliares. **¿El equipo biomédico para prueba se puede llevar al servicio?** **SI:** Se procede a tomar la prueba al pie de cama del paciente. En pacientes en situación muy crítica que no puedan ser trasladados con seguridad. **NO: ¿Prueba requiere ser fuera del Hospital?** **SI:** (Ir al paso 6) **NO:** Enfermera alista al paciente para que sea trasportado en forma segura al lugar donde se tomará el examen auxiliar.	Tecnólogo del departamento de Imágenes. Enfermera		
		6. Coordinación con medios de transporte (STAE) Cuando el examen auxiliar deba realizarse fuera del hospital, el jefe o coordinadoras de enfermería realizan las coordinaciones para solicitar la ambulancia apropiada al estado del paciente para el trasporte de forma segura al lugar donde se tomará el examen auxiliar solicitado.	Enfermera		

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
		Enfermera alista al paciente para que sea trasportado en forma segura al lugar donde se tomará el examen auxiliar. Sub Jefe Coordinar con STAE			
Indicadores					
Registros					

M02.05.03.01.07 Solicitud de exámenes auxiliares

M02.05.03.01.07 Solicitud de exámenes auxiliares

M02.05.03.01.08 Administración de leche materna y fórmulas lácteas

M02.05.03.01.08 Administración de leche materna y fórmulas lácteas

ELECCIÓN DE TIPO DE ALIMENTACIÓN ENTERAL
Médico neonatólogo Determina el tipo y vía de alimentación que deberá administrarse al neonato, de acuerdo al diagnóstico y condiciones maternas.

¿Médico indica leche materna exclusiva?

SI: ¿Madre se encuentra en condiciones para extracción y el volumen extraído es suficiente?
SI: Nutrición Se encarga de coordinar la extracción de leche materna, en los casos que corresponda
NO: ¿RN en condición de soporte nutricional con leche humana pasteurizada?
SI: Médico neonatólogo indica administración de leche humana pasteurizada en la HC, previo consentimiento informado.
Nutrición revisa la HC y Hoja Terapéutica para la distribución de la alimentación enteral.

NO: Médico neonatólogo prescribe la alimentación por medio de leche maternizada (fórmula láctea) , y verifica si cuenta con el consentimiento informado para su administración.
Nutrición revisa la HC y Hoja Terapéutica para la distribución de la alimentación enteral.

NO: Médico neonatólogo prescribe alimentación mixta (leche materna complementada con la administración de fórmula láctea) y/o alimentación con fórmula de manera exclusiva.
y verifica si cuenta con el consentimiento informado para su administración.
Nutrición revisa la HC y Hoja Terapéutica para la distribución de la alimentación enteral.

POSTERIOR A LA DETERMINACIÓN DE NUTRICIÓN POR LECHE MATERNA

EXTRACCIÓN DE LECHE MATERNA – CONTACTO CON NEONATO
Para pacientes de ~~UCI5~~ , UCIN
Turnos: 8a.m , 11 a.m., 2 p.m y 5 p.m
PARA PECHO, O LECHE POR SONDA, CAMBIO PAÑAL,

Enfermera neonatal Realiza el llamado de la madres
Madre Registra su asistencia en Vigilancia
Madre Coloca sus pertenencias en el Área de Guardarropa
Madre Procede con el lavado de manos
Madre Procede con la administración de la dieta, cuando corresponda y participación de los cuidados del neonato.

Para pacientes de UVI, UCI 3 y UCI 4
Turno: 11 a.m.
11-12 INFORME MÉDICO, EXTRAER SEGÚN HORARIO DE LACTARIO

Indicador:
% RN que reciben alimentación con leche materna exclusiva de la propia madre
% RN que reciben alimentación con de leche humana pausterizada
% RN que reciben alimentación mixta
% RN que reciben alimentación con fórmula de manera exclusiva

Riesgo

Discontinuidad de la alimentación enteral del RN
Falta de insumos y equipos para la extracción, conservación y administración de leche materna (sondas de alimentación)
No se cuenta con Banco de Pasteurización de Leche Humana (es del San Bartolomé)

No se encuentra implementado el Banco de Leche Humana para aprovechar la donación de leche materna de madres productoras
Desabastecimiento de fórmulas de leche maternizada
Falta de suministro de fórmulas especiales en caso de neonatos con patologías específicas (enfermedades raras)

Respuesta al riesgo:
Fomentar alianzas para la implementación el Banco de Leche Humana
Ampliación del ambiente de extracción de leche materna, velando por la disponibilidad de los equipos e insumos requeridos para dicho fin.
Asegurar la extracción de leche materna precoz en las madres puérperas, brindando apoyo por parte de Nutrición en caso dichas madres se encuentren imposibilitadas de acudir al lactario.
Fomentar la disponibilidad de insumos y equipos (sondas de alimentación)
Garantizar la disponibilidad de fórmulas lácteas y fórmulas especialidades como parte de la alimentación enteral.

M02.05.03.01.08 Administración de leche materna y fórmulas lácteas

M02.05.03.01.08 Administración de leche materna y fórmulas lácteas

M02.05.03.01.09 Realización de ecografías cerebrales y ecocardiografías del recién nacido

Realización de ecografías cerebrales y ecocardiografías del recién nacido

Realizar una ecovisión cerebral y cardiológica en primera instancia para el manejo inmediato del paciente; siendo posteriormente contrastado con las ecografías realizadas por los especialistas correspondientes.

1. Médico neonatólogo Determina realización de procedimientos portátiles, registrándolos en la HC
2. Médico neonatólogo prepara el equipo portátil del Servicio para el desarrollo de las pruebas
3. Médico neonatólogo Visualiza las imágenes, las imprimía y adjunta a la HC con comentarios presuntivos de diagnóstico

Médico neonatólogo **¿Requiere confirmar y ampliar diagnóstico presuntivo?**
SI: ¿Requiere ecografía cerebral?
SI: Médico neonatólogo Emite la orden para el examen auxiliar
Enfermera Coordina con la Sub Jefa / Coordinadora para el trámite de ordenes
Técnica de Enfermería lleva orden para el Servicio de Ecografía

NO: Médico neonatólogo Emite la interconsulta vía web para solicitar la atención de Cardiología Pediátrica
Médico de cardiología Evalúa al paciente y realiza ecocardiograma con ecógrafo portátil del Servicio de Neonatología. Cuando corresponda, determina si se requiere ampliar el estudio, trasladando al paciente al Servicio de Pediatría de Especialidades para realizar el ecocardiograma con el equipo de dicho servicio, en caso la condición del paciente lo permita.

4. Médico Radiólogo / Médico Cardiólogo Pediátrico Elabora su Informe de Resultados

5. Médico neonatólogo contrasta los resultados obtenidos para la actualización de la terapéutica

INDICADORES:

% de ecovisiones cerebrales y cardiológicas realizadas por personal del Servicio de Neonatología
% de ecovisiones cerebrales y cardiológicas contrastadas con resultados del Servicio de Ecografía / Servicio Pediatría de Especialidades (Cardiología Pediátrica)

Descripción: Determinar la oportunidad de atención de los Servicios para desarrollo de las pruebas de ecografías cerebrales y ecocardiografías

RIESGO:
Falta de validez del diagnóstico presuntivo de ecografías cerebrales y ecocardiografías realizadas por el Servicio de Neonatología

- Pruebas de neonatólogo no tienen valor legal
- Demora de atención oportuna a solicitudes de exámenes auxiliares
- No Cardiólogo Pediátrico de las 24 h
- Falla de equipos de ecografía portátil del Servicio, del Servicio de Ecografía y del Servicio de Pediatria de Especialidades (Cardiología Pediátrica)
- Demora de la emisión del CNV.
- Demora en el registro del recién nacido en el Sistema de Salud para atención interconsultas, medicamentos, entre otros
- Falta de disponibilidad de cupos y equipamiento
- Alta demanda para atención de RN alto riesgo en la Red
- Larga estancia de RN que limitan oportunidad de ingreso de otros pacientes
- Historia Clínica neonatal en formato físico

Respuesta al riesgo:
Fomentar la oportuna atención de solicitudes de exámenes auxiliares.
Impulsar que la UVI, UCI, UCIn sean consideradas áreas críticas para la atención inmediata de exámenes.
Impulsar los mantenimientos preventivos y correctios de los equipos de ecografía
Fomentar la emisión oportuna del CNV se realice de manera oportuna en las 6 primeras horas de edad
Fomentar estrategias para velar por la continuidad del Registro de Rn en el Sistema de Salud. Actualmente, se encuentra limitado a un horario de 8 a 5pm L-V y sábado hasta las 11a.m., sin atención domingos y feriados.

M02.05.03.01.10 Evaluación de retinopatía de la prematuridad

Evaluación de retinopatía de la prematuridad

Garantizar el derecho a la salud de los niños que nacieron de forma prematura previniendo la ceguera por retinopatía de la prematuridad, a través de controles oftalmológicos oportunos.

1. Médico neonatólogo determina que el paciente requiere una evaluación oftalmológica para descartar retinopatía de la prematuridad
2. Elabora la interconsulta a Oftalmología Pediátrica manualmente
3. Enfermera Asistencial recibe orden y entrega a Personal de Computo de Neonatología
4. Personal de Computo programa atención de interconsulta según cupo
5. Médico Oftalmólogo Realiza la prueba en el Cuarto Oscuro o en el ambiente donde se encuentra el paciente, según condición
6. Médico Oftalmólogo Escribe resultados en la HC, firma y sella. Registra sugerencias para la atención del paciente y posibles controles posteriores.
7. Médico neonatólogo Revisa la evaluación, actualiza la terapéutica de corresponder y adopta las acciones según las sugerencias del médico interconsultado

INDICADORES:

% de pruebas realizadas oportunamente para evitar retinopatía en prematuros

Descripción: Identificar el cumplimiento del control oftalmológico en pacientes prematuros para evitar la ceguera por retinopatía de la prematuridad.

RIESGO:
Diferimiento en la ejecución de la prueba y/o controles de retinopatía

- Cupos limitados para atención
- Inconvenientes para el acondicionamiento del ambiente donde se ejecutará la evaluación del paciente.
- Falta de recursos humanos, insumos y medicamentos para la evaluación del paciente

Respuesta al riesgo:
Establecer una estrategia en conjunto para asegurar disponibilidad de cupos para pacientes prematuros.
Asegurar el acondicionamiento del ambiente de evaluación en caso el paciente no pueda ser desplazado al Cuarto Oscuro

Epicrisis / Sistema de Vigilancia Perinatal: al dar alta, transferido, fallece

M02.05.03.01.11 Tamizaje metabólico neonatal

Tamizaje metabólico neonatal

Realizar una prueba preventiva que se realiza a todos los recién nacidos para detectar enfermedades graves (hipotiroidismo congénito, hiperplasia suprarrenal, congénita, fenilcetonuria y galactosemia, etc) en su etapa presintomática para evitar la muerte y secuelas
Al tercer día de edad o antes, dependiendo de su condición médica

Médico neonatólogo Determina el momento en el que el recién nacido debe ser tamizado
Llena y entrega enfermería el Formato de Tamizaje.
Enfermera asistencial Ejecuta toma de muestra sanguínea del talón, acorde a los protocolos establecidos
Enfermera Coordinadora Recopila las muestras y la envía las muestras al **Laboratorio para el procesamiento de las muestras (Madre Niño). Registra datos del bebé, madre y/o apoderado.**
Resultados demoran 7-14 días
Digitadora Revisa Sistema informático, Imprime resultados y entrega resultados al Médico neonatólogo de guardia.
Médico neonatólogo Recibe y revisa los resultados. Adjunta en la Historia Clínica

¿Se evidencia alteraciones en el tamizaje?
SI: Médico neonatólogo Procede a solicitar interconsulta al médico de Endocrinología Pediátrica
NO: Continuar con la atención en UVI, UCI, UCIN

INDICADORES:

% de tamizajes realizados previo al alta
% de tamizajes realizados y revisados previo al alta
% de resultados de tamizajes que se encuentren completos

Descripción: Identificar el cumplimiento de la ejecución del tamizaje del recién nacido Al tercer día de edad o antes, dependiendo de su condición médica.

RIESGO:
Demora en la detección de enfermedades graves pre-sintomáticas

- No se realice el tamizaje metabólico
- No se evalúe el resultado del tamizaje realizado
- No se realicen controles posteriores en casos de resultados alterados
- Laboratorio realiza el procesamiento de muestras de toda la Red Rebagliati
- Falta de reactivos para el desarrollo de las pruebas completas del tamizaje que produzcan resultados incompletos

Respuesta al riesgo:
Establecer que previa al Alta se cumpla con la verificación de la toma de tamizaje y/o disponibilidad de resultados.
Fomentar que los Médicos Neonatólogo que realizan el primer control post hospitalario realicen la evaluación de resultados del tamizaje metabólico.
Asegurar la disponibilidad de reactivos

M02.05.03.01.12 Rondas de enfermería en UVI, UCI, UCIN

M02.05.03.01.12 Rondas de enfermería en UVI, UCI, UCIN

Ronda de Enfermería:

Turnos: 7 a.m.-1:20 p.m. / 1: 7:20 / 7: 7:20a.m.

Mañana: Ronda a cargo de la Jefa de Servicio

Tarde: Ronda a cargo de la Sub Jefa de Servicio

Noche: Ronda a cargo de la Coordinadora del Servicio

Por turno:

1. Enfermera realiza visitas por ambiente de cada paciente a fin de conocer su estado de salud.
2. Enfermera registra con fines estadísticos en el Cuaderno de Ronda de Enfermería el número de pacientes que tienen procedimientos asistenciales específicos (tales como:sonda SOG, cateter PICC (nutrición parenteral), catéter venoso umbical, colostomía, iliostomía, *ventilación mecánica, CPAP(monitor nasal), canula binasal*, endovenosos, entre otros)
3. Enfermera transcribe los datos registrados en la Hoja de Reporte Diario, enviando en el Turno mañana una copia al Dpto. de Enfermería
4. Médico neonatólogo consulta datos para su Informes Diarios y reportes de cambio de turno.

NTP: nutrición parenteral

Lípidos: Leche

M02.05.03.01.12 Rondas de enfermería en UVI, UCI, UCIN

M02.05.03.01.12 Rondas de enfermería en UVI, UCI, UCIN

M02.05.03.01.13 Alta médica del neonato de UCI – UCIN

Alta médica del neonato de UCI – UCIN
Determinar el egreso hospitalario del paciente brindando las indicaciones médicas correspondientes

Médico neonatólogo Determina la condición del alta del paciente.
Elaboración los Formatos de: Sistema de Vigilancia Perinatal, Duplicado Papeleta de Alta, Triplicado de Epicrisis, Indicaciones al Alta Médica (alimentación, cuidados, controles, aseo, administración de medicamentos, cumplimiento de vacunación, las instrucciones para observar signos de alarma, entre otros) y cuando corresponda, Formato de Verificación de Entrenamiento Materno en colocación de bolsa de colostomía, sonda hologastrica u otros, de acuerdo a la condición del paciente.
En caso de pacientes de estancia prolongada, se entrega Cartilla de Vacunación.
Médico neonatólogo Verifica las recomendaciones para las indicaciones de nutrición enteral.
Médico neonatólogo: Comunica a la Digitadora las especialidades a las que se debe gestionar cita de control post hospitalario
Digitadora Registra las Citas para el control post hospitalario, según disponibilidad y entrega al médico.

Comunica a los padres/ apoderando de recién nacido y coordina recojo. Brinda indicaciones de Alta
Entrega Papeleta de Alta, Epicrisis, citas de control post hospitalario y cuando corresponda, Formato de Contrarreferencia.
Médico Verifica disponibilidad de resultados de tamizaje metabólico. De no estar disponible, comunica al familiar / apoderado que debe solicitar los resultados en el primer control
Enfermera Alista al paciente para el egreso hospitalario, útiles de aseo y otros para entrega del apoderado/
Enfermera Asistencial Gestiona Firma de Cuaderno de Alta
Enfermería Brinda educación sanitaria para cuidados del paciente pediátrico
Enfermera Jefa Actualiza el Nota de Enfermería al Alta Registro de Cuaderno de Ingresos – Censo diario
Enfermera Jefa Retiran del Porta Historia y lo remiten al Archivo de Historia Clínicas.

NO DAN RECETAS, SON PREPARADOS

INDICADORES:
% mensual de neonatos dados de alta
% registros médicos y formatos completos al alta
% de reingresos dentro de la primera semana del alta

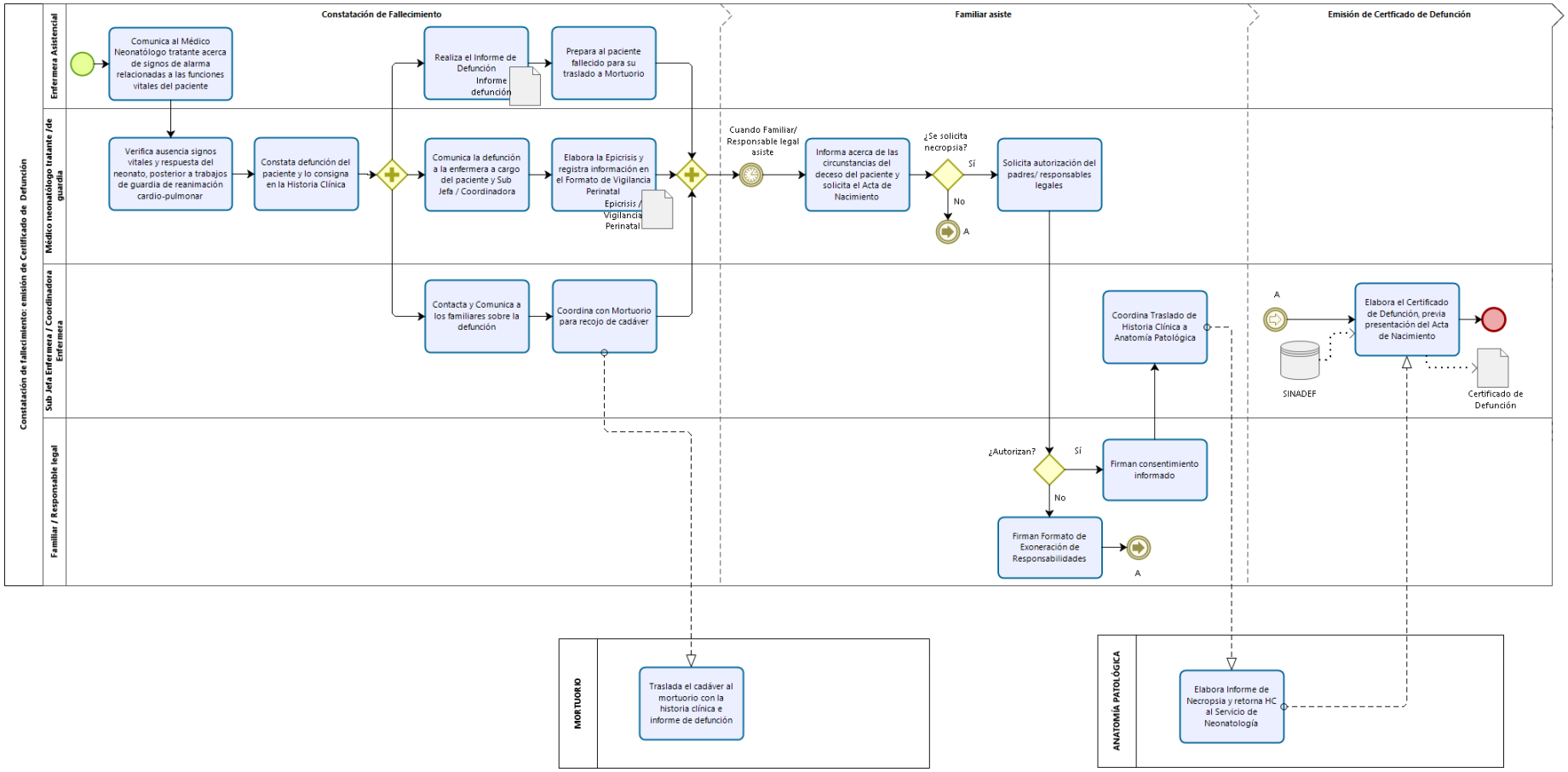
Descripción: Identificar el cumplimiento de la orientación al familiar/ apoderado para continuar con las atenciones del recién nacido.

RIESGO:
Demora en el egreso del paciente dado de alta

- Demora de padres / apoderado para indicación de informe médico
- Registros médicos y formatos incompletos

Respuesta al riesgo:
Implementar Formato que incluya la verificación de indicaciones al Alta
Implementar una Encuesta de Satisfacción de atención al alta del paciente
Implementar un Formato de Verificación de Entrenamiento Materno

M02.05.03.01.14 Constatación de fallecimiento: emisión de Certificado de Defunción



M02.05.03.01.14 Constatación de fallecimiento: emisión de Certificado de Defunción

Constatación de fallecimiento: emisión de Certificado de Defunción
Constatar el fallecimiento de un paciente ubicado en la UVI, UCI, UCIN y registrar la documentación correspondiente.

1. Médico neonatólogo tratante /de guardia Verifica ausencia signos vitales y respuesta del neonato, posterior a maniobras de reanimación cardio-pulmonar
2. Médico neonatólogo tratante /de guardia constata defunción del paciente y lo consigna en la Historia Clínica
3. Médico neonatólogo tratante /de guardia comunica la defunción a la enfermera a cargo del paciente y Sub Jefa / Coordinadora
4. Sub Jefa / Coordinadora Comunica a los familiares solicita a los padres/ apoderado que acudan al Servicio de Neonatología.
   SUB JEFA ENFERMERA/COORDINADORA (en las noches o fines de semana)
5. Enfermera a cargo del paciente realiza el Informe de Defunción
6. Médico neonatólogo tratante /de guardia elabora la Epicrisis por triplicado y registra información en el Formato de Vigilancia Perinatal
7. Enfermera a cargo Prepara al paciente fallecido para su traslado a Mortuorio
8. Sub Jefa / Coordinadora Coordina con Mortuorio para recojo de cadáver
9. Técnico de Mortuorio Traslada el cadáver al mortuorio con el informe de defunción

Cuando el familiar asiste al Servicio para conversar con el Médico de Guardia

10. Médico Neonatólogo tratante /de guardia informa acerca de las circunstancias del deceso del paciente y solicita el Acta de Nacimiento o DNI para la emisión del Certificado de Defunción.

    ¿Se sugiere necropsia?
    SI: Médico neonatólogo solicita autorización del padres/ responsables legales
    ¿Autorizan necropsia?
    SI: Firman consentimiento informado
    Sub Jefa /Coordinadora Coordina Traslado de Historia Clínica a Anatomía Patológica
    Anatomía Patológica Elabora Informe de Necropsia y retorna HC al Servicio de Neonatología
    Médico de guardia/ Jefe de Servicio elabore el Certificado de Defunción, previa presentación del Acta de Nacimiento o DNI

    NO: Firman Formato de Exoneración de Responsabilidad
    Médico de guardia/ Jefe de Servicio elabore el Certificado de Defunción, previa presentación del Acta de Nacimiento o DNI

NO: Médico Neonatólogo tratante /de guardia elabora el Certificado de Defunción en el SINADEF, previa presentación del Acta de Nacimiento o DNI.
En caso familiar no presenten Acta de Nacimiento o DNI, la Historia Clínica queda en custodia de enfermería en espera de su presentación.

INDICADORES:
% de fallecimientos anual
% mortalidad en UVI, UCI, UCIN
% necropsias realizadas

Descripción: Evaluar la proporción de fallecimientos en el UVI, UCI, UCIN

RIESGO:
No se registren todos los formatos posterior a la defunción

- Médico no registrado en el SINADEF
- Fallo de acceso al SINADEF
- Familiar no presente Acta de Nacimiento o DNI para emisión de Certificado
- Demora en la tramitación del Acta de Nacimiento

Respuesta al riesgo:
Mantener comunicación con Mortuorio para una gestión adecuada y oportuna.
Fomentar que se cuente con el CNV de manera oportuna para que los padres/ apoderados gestionen el Acta de Nacimiento y DNI del paciente.
Implementar un check list de la documentación en caso de fallecimiento del paciente

M02.05.03.01.15 Referencia / Contrarreferencia del neonato de UVI-UCI-UCIN a otras IPRESS

Referencia del neonato de UVI-UCI-UCIN a otras IPRESS

Trasladar al paciente de UVI-UCI-UCIN a otros establecimientos de salud de igual o mayor complejidad para continuar con la prestación del servicio de salud.

1. Médico neonatólogo Determina la necesidad de Referencia del paciente
   ¿Paciente requiere atención en establecimiento de Essalud de complejidad mayor?
   SI: Médico neonatólogo Elabora el Formato de Referencia al INCOR
   Coordina telefónicamente con el Jefe del Área de la IPRESS de destino para el traslado del paciente
   ¿Confirma disponibilidad de cupo?
   SI: Comunica a la Enfermera Asistencial para la preparación del paciente
   Elabora la Epicrisis por triplicado, Formato de Vigilancia Perinatal
   Sub Jefa / Coordinador Solicita el apoyo de STAE para el traslado
   NO: Continua atención en UVI, UCI, UCIN hasta contar disponibilidad de cupo en INCOR.
   Gestionando el apoyo de Cardiología de Especialidades Pediátricas.

   UNA VEZ QUE LLEGA LA UNIDAD DE TRASLADO
   STAE Procede a trasladar el paciente en compañía del Médico Residente para la comunicación del estado y tratamiento administrado al paciente.
   Entrega Epicrisis y Copia de Hoja de Referencia al Médico tratante del INCOR
   Enfermera Adjunta Formato de Referencia a la HC. Actualización del Censo de Servicio. Remite HC para Archivo de Historias Clínicas

   NO: Médico neonatólogo Elabora el Formato de Referencia para un establecimiento de salud del MINSA sea de igual o mayor complejidad.
   Coordina telefónicamente con el Jefe del Área de la IPRESS de destino para el traslado del paciente
   ¿Confirma disponibilidad de cupo?
   SI: Comunica a la Enfermera Asistencial para la preparación del paciente
   Elabora la Epicrisis por triplicado, Formato de Vigilancia Perinatal
   Sub Jefa / Coordinador Solicita el apoyo de STAE para el traslado
   NO: Continua atención en UVI, UCI, UCIN hasta contar disponibilidad de cupo. Solicita apoyo de Trabajadora Social para la verificación del aseguramiento.

   UNA VEZ QUE LLEGA LA UNIDAD DE TRASLADO
   STAE Procede a trasladar el paciente en compañía del Médico Residente para la comunicación del estado y tratamiento administrado al paciente.
   Entrega Epicrisis y Copia de Hoja de Referencia al Médico tratante de la IPRESS Enfermera Adjunta Formato de Referencia a la HC. Actualización del Censo de Servicio. Remite HC para Archivo de Historias Clínicas

% referencias efectivas al INCOR
% referencias oportunas al MINSA de madres adolescentes

Demora en la referencia
Falta de cupos en la IPRESS de destino
Demora en trámite administrativo de aseguramiento
No disponibilidad de ambulancia – Demora de respuesta del STAE

Respuesta:
Implementar un Formato de Informe Médico para notificar atenciones y tratamiento brindado al neonato y asegurar
Realizar oportunamente la interconsulta a Servicio Social para que se gestione el aseguramiento del recién nacido de madre adolescente.
Verifica

11. Procesos críticos

- **Comunicación efectiva**

  a comunicación en el momento del traspaso está relacionada con el proceso de pasar la información específica del paciente de un prestador de atención a otro, o del prestador de atención al paciente / familia a efectos de asegurar la continuidad y la seguridad de la atención. Aumentar la efectividad de la comunicación entre profesionales implicados en la atención al paciente durante el traspaso, es un objetivo de seguridad prioritario para grupos líderes en seguridad como la OMS102, la Joint Commission103 y el Nacional Quality Forum100.

- Se recomienda estandarizar la comunicación entre profesionales en el momento del traspaso, los cambios de turno y entre distintas unidades de atención en el transcurso de la transferencia de un paciente a otra unidad o ámbito asistencial.

- Seguimiento continuo del plan de cuidados individualizado

- Fomentar que se cumplan las estrategias para la vigilancia y prevención de infecciones nosocomial tales como: higiene de manos, selección óptima de localización de catéter y cuidado aséptico, cambio continuo de vías, entre otros

- Fomentar la continuidad de la atención de salud tanto en la trasferencia a UCI (ingreso al servicio) como al traslado a hospitalización (egreso del servicio), con la finalidad de realizar un traspaso seguro y brindando la comunicación sobre su estado, tratamiento y medidas de seguimiento necesarios.

- La UCI es habitualmente una unidad intermedia, que interviene en el proceso asistencial, siendo los servicios clínicos finales los que habitualmente reciben al paciente procedente de la UCI y le dan el alta. Pero, podría resumen del plan de cuidados aplicado al paciente durante su estancia en la UCI y la situación del paciente en el momento del alta

- La UCI necesita una relación directa con urgencias, bloque quirúrgico, radiodiagnóstico y gabinetes de exploraciones funcionales centrales.

12. Mejora continua de los procesos

Entre las oportunidades de mejora identificadas en relación al proceso de Atención ambulatoria de neonatología, se encuentran:

-Sinceramiento de producción
-Ampliación de personal y turnos de administrativos
- Sistematización de información
- Mejora de la oportunidad de atención y entrega de CNV

13. Aprobación de Manual de Procesos y Procedimientos

14. Aspectos finales

CONCLUSIONES

- El presente documento ha sido elaborado tomando en cuenta la normativa en materia de procesos establecida por la Secretaría de Gestión Pública de la Presidencia de Consejo de Ministros y la normativa institucional aprobada mediante la Directiva de Gerencia General N° 04-GCPP-ESSALUD-2019 v.01 "Directiva para la implementación de la Gestión por Procesos del Seguro Social – ESSALUD", aprobada mediante Resolución de Gerencia General N° 227-GG-ESSALUD-2019. En base a dicho alcance metodológico, se ha contado con el apoyo continuo del Servicio de Neonatología a través de reuniones y entrevistas.

RECOMENDACIONES

- Tomar como referencia el presente Manual a fin de impulsar acciones de mejora continua.
- Realizar una evaluación periódica (anual) de los procesos y procedimientos del Atención de cuidados intensivos pediátricos, a fin de incorporar las mejoras de los procesos de aspectos operativos, tecnológicos y afines.