

NORMAS DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO UNIDADES DE PACIENTES CRÍTICOS PEDIÁTRICOS (UPCP)

Chile, 2017

Subsecretaría de Redes Asistenciales
División de Gestión de la Red Asistencial



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

ELABORACIÓN GUÍA 1996- 1998

MINSAL

Dr. Carlos Becerra Flores, Jefe Programa Salud del Niño, Minsal.

E.U. Lorena Reyes Alvarez, Departamento de Atención Primaria del Ministerio de Salud,

Profesionales de la Red Asistencial

Dr. Jaime Cordero Thompson, H. Luis Calvo Mackenna.

Dr. Eduardo Ferreiro Aceña, H. San Borja-Arriarán.

E.U. Eliana Meneses Rojas, H. Gustavo Fricke.

Dr. Tomas Montecinos Pinochet, H. Carlos Van Buren.

Dr. Gabriel Muñoz Ramírez, H. Sótero del Río.

E.U. Carmen Luz Nachar Hidalgo, H. Luis Calvo Mackenna

Dr. Gustavo Ríos Rodríguez, H. Gustavo Fricke.

Dr. Patricio Romero Pizarro, H. Exequiel González Cortés

Dra. Bettina Von Dessauer Grote, H. Roberto del Río.

Agradecimientos por su colaboración a las siguientes personas:

E.U Doris Abarzúa Quijada, Supervisora UCI Pediátrica, H. Van Buren

Dr. Mario Cerda, Médico jefe UCI Pediátrica, Clínica Alemana

E.U Beatriz Concha Rebolledo, Supervisora UCI Pediátrica, H. Exequiel González Cortés

E.U Claudia Ibarra Gutiérrez, Clínica Alemana

E.U Aliro Muñoz Yáñez, H. Roberto del Río.

E.U Arturo Rada Barriga, H. Félix Bulnes

E.U Luisa Rocco, Supervisora UCI Pediátrica, H. San Borja Arriarán.

Dra. Verónica Solís Pérez, Encargada Unidad Atención Hospitalaria, Depto. Atención Integrada, DI-PROG, Minsal

Sra. Marilú Soto Urbina, Estadística, Unidad Atención Hospitalaria, Depto. Atención Integrada, DI-PROG, Minsal.

E.U Laura Ulloa Ulloa, Supervisora UCI Pediátrica, H. Sótero del Río.

ACTUALIZACIÓN GUIA UPC PEDIÁTRICA 2005–2006:

MINSAL

Dra. Maria Irene Brito MINSAL. Subsecretaria de Redes
E.U. Angélica Villarroel MINSAL. Subsecretaria de Redes

Comisión MINSAL- Rama de Cuidados Intensivos Pediátricos, Sociedad Chilena de Pediatría

Dr. Roberto Dalmazzo
Dra. Michelle Drago
Dra. Gloria Toro
Dr. Cristian Valverde
Dra. Bettina Von Dessauer
Dr. Mauricio Yungue

ACTUALIZACIÓN GUIA UPC PEDIÁTRICA 2013

Grupo de Trabajo Asesor de la Subsecretaría de Redes Asistenciales en Materia de Medicina Intensiva Pediátrica

MINSAL

EU Cecilia Reyes, Coordinadora del Grupo de Trabajo

Sociedad Chilena de Pediatría, Rama de Cuidados Intensivos Pediátricos

Dr. Carlos Acuña Aguirre
Dr. Andrés Castillo Moya
Dra. Gloria Toro Vásquez
Dra. Adriana Wegner Araya
Dra. Leticia Yañez Palma

Enfermeras/os coordinadoras Unidades de Paciente Crítico Pediátricas

Marcela Ayala Rosales
Marcela Fredes
Olga Garrido Villablanca
Paulina Montero Reyes
Carmen Luz Nachar
Ana María Oyarzún Salinas
Arturo Rada Barriga
Alejandra Ramirez Ramírez
Ema Reyes Soto
Cecilia Sánchez Jaque

ACTUALIZACIÓN NORMA UPC PEDIÁTRICA 2017

Comisión Asesora de Medicina Intensiva Pediátrica de la Subsecretaría de Redes Asistenciales

MINSAL

Pamela Gallardo Camus, Coordinadora Redes de Neonatales y Pediátricas, División de Gestión de Redes Asistenciales DIGERA, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Sociedad Chilena de Pediatría, Rama de Cuidados Intensivos Pediátricos:

Dr. Carlos Acuña Aguirre

Dr. Andrés Castillo Moya

Dra. Adriana Diettes González

Dra. Gloria Toro Vásquez

Dra. Adriana Wegner Araya

Enfermeras/os coordinadoras Unidades de Paciente Crítico Pediátricas:

Enf. Olga Garrido Villablanca

Enf. Paulina Montero Reyes

Enf. Ema Reyes Soto

Enf. Arturo Rada Barriga

Enf. Alejandra Ramírez

Enf. Ana María Oyarzún Salinas

Enf. Cecilia Sánchez Jaque

ÍNDICE

I. Introducción	6
li. Objetivos y Ámbito de Aplicación	7
lii. Metodología de Trabajo	7
Iv. Marco Legal	8
V. Definiciones	9
VI. Organización de las UPCP	11
Vii. Dotación de Recurso Humano asociado a UPCP	13
VIII. Equipamiento	33
IX. Recomendación de insumos mínimos para carro de paro	36
X. Planta física	37
XI. Determinación de necesidades de camas de cuidados intensivos pediátricos	42
XII. Documentos fundamentales en UPCP	43
XIII. Funcionamiento básico de la UPCP	43
XIV. Indicadores	47
XV. Bibliografía	48

I. INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas se han observado importantes cambios en el perfil epidemiológico de la morbimortalidad infantil; lo que respondería a la disminución de las enfermedades infecciosas e inmunoprevenibles, la disminución sistemática de la desnutrición infantil y al surgimiento de otros problemas de salud pública como los accidentes, anomalías congénitas y enfermedades crónicas. A esta situación se ha agregado durante el último periodo, una importante inmigración desde distintos países latinoamericanos, lo que implica no sólo cambios en la epidemiología de este grupo de población, sino también en aspectos socioculturales relacionados con la atención de salud de los niños y niñas.

Estas enfermedades generan una demanda de atención sanitaria de alta complejidad, que implica exámenes y procedimientos diagnósticos, cuidados y terapias intensivas, intervenciones quirúrgicas y tratamientos farmacológicos, muchos de ellos de alto costo y duración en el tiempo, todo lo cual requiere de una adecuada disponibilidad y distribución de recursos humanos, equipos, insumos y medicamentos que garanticen una atención oportuna, continua, equitativa y de calidad.

Consecuente con lo anterior, el Ministerio de Salud desde 1990 ha realizado esfuerzos sostenidos en la modernización y recuperación del subsector público y en el perfeccionamiento de las líneas de trabajo integrado con el sector privado, iniciativas que se han estructurado en torno a un eje estratégico denominado Reforma del sector salud y que se ha traducido, entre otras cosas, en definiciones mediante cuerpos legales, la generación de las GES y la Ley de Derechos y Deberes del Usuario.

La Reforma reconoce como principios rectores la equidad, la descentralización y la participación. Comprende, por tanto, un conjunto de complejas y variadas iniciativas que incluyen entre otras, la normalización de la infraestructura física y su reordenamiento de acuerdo al nuevo modelo de atención y de redes de distinto nivel de complejidad, el desarrollo de mecanismos de asignación de recursos financieros más eficientes y equitativos y el fortalecimiento institucional de las entidades pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud.

Las primeras Guías de UPC Pediátricas se elaboraron en el año 1998 y se revisaron posteriormente en el 2000 y 2005. En consideración a los nuevos escenarios descritos, se estimó necesario realizar una actualización de este instrumento el año 2013 con el objeto de recoger en él los nuevos desafíos sin dejar de atender los ya vigentes. Este documento consideró definiciones y estándares de equipamiento y recursos humanos, con establecimiento de funciones y competencias requeridas para el desempeño de su rol, organización por niveles de complejidad relacionados con prestaciones a otorgar, así como indicadores que permitieran monitorear y evaluar su funcionamiento; publicándose la actualización de la Guía de Organización y funcionamiento de Unidades de Paciente Crítico Pediátrico el año 2014.

En razón de la importancia de estas Unidades para la Salud Infantil, la Subsecretaría de Redes Asistenciales consideró necesario contar con un documento de carácter Normativo de manera de asegurar el cumplimiento de los estándares definidos en él.

Este documento deberá ser sometido a revisión y actualización periódica al menos cada 5 años, con la participación activa de una comisión de profesionales médicos especialistas en Intensivo Pediátrico y otros profesionales con experiencia, reconocidos por sus pares en el contexto de sus organizaciones académicas y respectivas Ramas de Sociedades Científicas.

II. OBJETIVOS Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

GENERAL

Disponer de un instrumento normativo actualizado que estandarice el funcionamiento de las UPC Pediátricas en concordancia con los actuales requerimientos sanitarios, en los establecimientos de salud públicos, privados y de instituciones de Fuerzas Armadas, de Orden y Seguridad Pública.

ESPECÍFICOS

1. Consolidar el modelo de UPC en los Hospitales según niveles de complejidad definidos por el MINSAL.
2. Mejorar la eficiencia y eficacia de las unidades de paciente crítico pediátrico, a través del desarrollo de aplicaciones informáticas en Medicina Intensiva de modo que ayuden a mejorar los registros, además de contar con indicadores de gestión.
3. Promover investigaciones que definan el rol óptimo de los profesionales en el trabajo de las áreas críticas, evaluando el impacto de la aplicación de guías o protocolos e incentivando una adecuada utilización de insumos.
4. Promover la humanización del trabajo en las áreas críticas en cuanto al desarrollo de procesos de información al usuario y familiares, consentimientos informados y orientación en relación a los problemas bioéticos del paciente crítico.

III. METODOLOGÍA DE TRABAJO

Se estructuró una Comisión Asesora como equipo de trabajo que apoyara la Subsecretaría de Redes Asistenciales en materia de Medicina Intensiva Pediátrica, en el que participaron médicos y enfermeras con experiencia en cuidados críticos pediátricos tanto en el sector público como privado, de la academia y de sociedades científicas. Este equipo se reunió periódicamente en dependencias del Ministerio de Salud para revisar la Guía de Organización y Funcionamiento de Unidades de Pacientes Críticos Pediátricos existente, realizando los cambios que consideró necesarios y adecuados tanto a los requerimientos actuales y de un futuro cercano como para tener un carácter normativo.

Una vez logrado consenso al interior del equipo de trabajo, se solicitó la revisión del documento a las Divisiones de Gestión de las Personas y de Inversiones de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, para recoger sus opiniones y sugerencias de mejora, antes de la edición definitiva del mismo.

Para la revisión de la Guía y elaboración de este documento Normativo, se tomó en consideración literatura tanto nacional como extranjera y el análisis de la conformación de la Red Nacional de UPC Pediátricas: número y distribución geográfica de las camas, aislamiento y/o difícil acceso geográfico de los establecimientos, tener la condición de centros de referencias para diferentes patologías complejas y/o polos de desarrollo definidos por la autoridad sanitaria, y otras condiciones que representen necesidades particulares para su funcionamiento en el país. Se consideró necesario también revisar los indicadores y estándares existentes, según las definiciones ministeriales con el fin que sean instrumentos útiles para su monitoreo y evaluación.

IV. MARCO LEGAL

Desde 1990 Chile ratificó la Convención de los derechos del niño, en donde se reconoce a un niño como todo ser humano menor de 18 años, expresando que *“el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita de protección y cuidados especiales”*. El Estado de esta manera se convierte en un garante del cumplimiento de esta convención, debiendo siempre tener en cuenta el interés superior del niño. Por esta razón, en su artículo 6 especifica que los Estados Partes reconocen que todo niño tiene derecho intrínseco a la vida, debiendo garantizar en la máxima medida posible la supervivencia y su desarrollo. En la misma convención y profundizando más en el artículo 24, se define que los Estados reconocen el derecho del niño de disfrutar del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de salud.

Por otra parte, en 1995 a través de la Resolución Exenta N° 1186, que aprueba la Norma General Administrativa N° 4, sobre los Derechos del niño Hospitalizado, se establecieron las normas generales de su atención, ratificándose la consideración de niño a todo menor de 18 años de edad.

En esta resolución, se hace referencia a los derechos del niño mientras se encuentra hospitalizado, destacando que todo menor hospitalizado tiene derecho a una hospitalización oportuna, a recibir la atención de salud que su patología requiere, tanto en forma directa como a través de la interconsulta a un especialista o traslado a un centro de nivel superior si fuese necesario.

A este respecto, la misma resolución refiere que los niños tienen el derecho a que los médicos y el personal de apoyo le brinden todas las atenciones y cuidados que la medicina recomiende según su patología o situación. Destaca además en esta resolución, que para el cumplimiento de estos derechos, los establecimientos deben capacitar y brindar apoyo al personal que atiende a los niños hospitalizados, mejorando su nivel de información y validando su aporte.

Es importante mencionar, que tanto la Resolución Exenta N° 1186, como la Convención de los Derechos del Niño, hacen alusión explícita en sus artículos, a que los niños tienen el derecho de ser acompañados por su padre o madre o un adulto designado, cumpliendo así con el artículo noveno de la convención que define que se debe velar porque el niño no sea separado de sus padres contra la voluntad de estos. De la misma manera se desprende de la Convención, que los niños tienen el derecho establecido de ser tratados por su nombre, ser informados de su condición y tratamiento en la medida de lo posible y tienen el derecho de expresar su opinión, según lo permita su condición, respecto a todos los asuntos que lo afecten, lo que incluye alternativas de tratamiento.

En síntesis, el desarrollo y cuidados proporcionados por la medicina moderna respecto a los pacientes pediátricos críticos, no solo está respaldado por el sentido común, la ética y moral que rodean a estas situaciones, sino también está garantizado por las Convenciones, Leyes y Normativas que se refieren al respecto. Por esta razón, tenemos la obligación ética y legal de proporcionar no solo la mejor atención, sino también la más alta calidad de cuidado a los pacientes críticamente enfermos, cuidado que debe ser entregado a través de la tecnología adecuada y proporcionada a las situaciones de salud en particular y con profesionales altamente capacitados en la atención especial que requieren estos pacientes, los cuales deben recibir la preparación adecuada y deben contar con un número adecuado de personal, de acuerdo a la gravedad y necesidad de atención de nuestros pacientes.

V. DEFINICIONES

Atención progresiva del paciente

Esta modalidad de atención consiste en la organización de los servicios hospitalarios, según la complejidad de los pacientes, cuyas necesidades se satisfacen o se controlan con la atención en el sitio más adecuado, en el momento más oportuno y en las condiciones más apropiadas para ello. Esto sirve de base para organizar la red en el SNSS para el país.

Paciente crítico

Es aquel paciente cuya condición patológica afecta uno o más sistemas, que pone en serio riesgo actual o potencial su vida y que presenta condiciones de reversibilidad que hacen necesaria la aplicación impostergable de técnicas de vigilancia, monitorización, manejo y, eventualmente, soporte vital avanzado. De acuerdo al nivel de requerimientos de cuidados (NC), los pacientes críticos se dividen en:

- **NC I:** pacientes con signos de disfunción de órganos que requieren monitoreo continuo y apoyo farmacológico o de dispositivos de baja complejidad. Estos pacientes están en riesgo de desarrollar falla de uno o más órganos vitales. Se incluyen los pacientes que se recuperan de la falla aguda de uno o más órganos vitales cuya condición es inestable y/o los que impliquen una carga de trabajo de enfermería demasiado alta/compleja para ser manejado en una sala básica.
- **NC II:** pacientes con sólo un órgano vital comprometido y que requieren monitorización y apoyo farmacológico y/o de dispositivos complejos para soportarlo (por ejemplo, soporte hemodinámico, asistencia respiratoria, terapia de reemplazo renal).
- **NC III:** pacientes con falla aguda de dos o más órganos y riesgo vital inmediato. Estos pacientes dependen de apoyo farmacológico, así como de equipos que soporten a los órganos (soporte hemodinámico, asistencia respiratoria y/o terapia de reemplazo renal).

Así, se considera paciente crítico estable a aquél con NC I y paciente crítico inestable a aquel con NC II y III.

Paciente terminal

Paciente en el cual se ha determinado médicamente que sufre un proceso patológico sin posibilidades de recuperación y a quien este proceso ha inducido cambios en su organismo que hacen que la muerte sea inevitable en un plazo de tiempo previsible (≤ 6 meses). Para que un paciente pueda ser clasificado como terminal se deben cumplir las siguientes condiciones:

- a. Ser portador de una enfermedad o condición patológica grave, que haya sido diagnosticada en forma precisa por un(os) médico(s) experto(s).
- b. La enfermedad o condición diagnosticada debe ser de carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en un plazo relativamente breve (≤ 6 meses)
- c. En el momento del diagnóstico, la enfermedad o condición patológica no es susceptible de un tratamiento conocido y de eficacia comprobada que permita modificar el pronóstico de muerte próxima; o bien, los recursos terapéuticos utilizados han dejado de ser eficaces.

Este tipo de pacientes requiere de cuidados paliativos proporcionado por un equipo de salud capacitado en su manejo.

Paciente incurable o irreversible

Paciente en el cual se ha determinado médicamente que sufre un proceso patológico incurable o irreversible que puede o no ser la causa de su muerte, en un plazo de tiempo **no previsible**. Este tipo de paciente requiere de tratamiento y cuidados proporcionales a su condición otorgado por un equipo capacitado y que considera la educación, acompañamiento y asesoría a la familia.

Paciente con Limitación Terapéutica

Paciente en quien se ha determinado deliberada y medítadamente en base a la evidencia científica disponible y considerando aspectos bioéticos, la decisión de restringir o retirar algún tipo de medida(s) terapéutica(s) con el objetivo de evitar la obstinación o encarnizamiento terapéutico.

Unidad de Paciente Crítico (UPC)

Estructura que reúne a la Unidad de Cuidados Intensivos y Unidad de Cuidados Intermedios de un establecimiento bajo una organización y dependencia común para la atención de los pacientes críticos.

Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Es aquella dependencia hospitalaria destinada a proporcionar cuidados médicos, de enfermería, kinesiología y demás profesionales necesarios a pacientes críticos inestables, pero con posibilidades de recuperación, de manera eficaz, oportuna y permanente las 24 horas del día y los 365 días del año. Esta unidad se caracteriza por concentrar personal altamente capacitado, con residencia médica permanente, así como tecnología adecuada a su complejidad.

Unidad de Cuidados Intermedios (UTI)

Es aquella dependencia del hospital destinada al manejo de pacientes críticos estables. Puede existir en forma exclusiva en aquellos hospitales que no requieran de una UCI debiendo en este caso contar con una red preestablecida de traslado y una cama de estabilización o reanimación pre traslado. Donde coexista con una UCI será parte integrante de la UPC constituyendo una sola unidad clínica y administrativa.

Unidad de Cuidados Especiales o Cuidados Medios

Son aquellas unidades que tienen por objeto disminuir la brecha tecnológica y asistencial entre la UPC y la sala de cuidados básicos. Están destinadas a brindar atención de salud a pacientes crónicos con requerimientos especiales mayores al paciente de cuidados mínimos; requieren monitorización y cuidados continuos de enfermería y de otros profesionales según su condición fisiopatológica. No constituyen parte de la UPC.

VI. ORGANIZACION DE LAS UPCP

Desde el punto de vista de la complejidad, las UPCP se clasificarán en 3 niveles: Baja, Mediana y Alta complejidad.

BAJA COMPLEJIDAD

Corresponde a una Unidad de Cuidados Intermedios (UTI). Estas unidades recibirán a todos los pacientes críticos estables (NC I) que requieran de monitorización continua, vigilancia médica y de enfermería las 24 horas del día que no puedan entregarse en salas de cuidados básicos.

Deberá contar con personal calificado e implementación tecnológica acorde a las necesidades y recomendación de estas guías. Contarán con un cupo de reanimación y un sistema de traslado seguro, oportuno y adecuado a una UPCP.

La existencia de una UTI en hospitales será definida por el MINSAL acorde a las redes asistenciales de cada Servicio de Salud.

MEDIANA COMPLEJIDAD

Corresponde a Unidades capaces de ofrecer cuidados intensivos a pacientes críticos inestables (NC II y III), pero que no disponen de todas las especialidades pediátricas y/o unidades de apoyo por lo que contarán con una red y un sistema adecuado de transporte a unidades de alta complejidad.

En relación con la dotación de camas y salvo razones geográficas u otras de finidas a nivel central, estas unidades deben tener al menos 4 camas de cuidados intensivos y proporcionalmente una relación de 1:2 de camas de tratamiento intermedio.

Las UPCP de mediana complejidad se establecerán en hospitales de acuerdo a ubicación geográfica, población asignada y capacidad de resolución del hospital.

ALTA COMPLEJIDAD

Corresponde a Unidades capaces de ofrecer cuidados intensivos a pacientes críticos inestables (NC II y III) y que disponen de acceso a la especialidades y subespecialidades pediátricas acorde a su cartera de servicios, unidades de apoyo y recursos de la terapia intensiva pediátrica, la que puede estar disponible en el mismo lugar o en un lugar cercano de referencia que realice una técnica específica en forma oportuna.

En relación con la dotación de camas, estas unidades deben tener al menos 6 camas de cuidados intensivos y proporcionalmente una relación de 1:2-3 de camas de tratamiento intermedio.

Tanto las UPCP de Mediana como las de Alta complejidad deben tener una configuración física básica que permita una eventual conversión de camas UTI a UCI en situaciones de mayor demanda, siempre que se provean los recursos humanos y físicos necesarios para ello.

Clasificación de Complejidad

La manera de clasificar la complejidad de las diferentes unidades se realizará de acuerdo a la evaluación de los siguientes factores:

- a. **Nº de camas:** camas reconocidas según normativa y autoridad sanitaria.
- b. **Nº de Médicos con Formación en CIP Acreditada:** certificación de especialidad acreditada en la Superintendencia de Salud.
- c. **Acceso a Subespecialidades:** se definen como requisito mínimo acceso las 24 horas a Neurocirugía, Traumatología, Cirugía Infantil y Cardiología.
- d. **Unidades de Apoyo:** se define como requisito mínimo acceso a Banco de Sangre, Laboratorio, Imagenología las 24 horas, Pabellón quirúrgico, Procedimientos Invasivos.
- e. **Nº de egresos por año:** Nº de egresos de UPCP por año.
- f. **Centro de derivación:** si UPCP se reconoce como centro de derivación de otros SS.
- g. **Factor GRD hospitalario (Grupo Relacionado a Diagnóstico):** según clasificación MINSAL.

TABLA DE PONDERACIÓN DE COMPLEJIDAD

Factor	Puntaje	Porcentaje	Ponderación
Nº de camas	>15 = 7 puntos 15- 6 = 5 puntos < 6 = 3 puntos	10%	7
Nº de médicos con Formación en CIP Acreditada	≥ 6 = 7 puntos 4-5 = 5 puntos 1-3 = 3 puntos 0 = 0 puntos	17.5%	7
Acceso a Subespecialidades	≥ 4 = 7 puntos 3 = 5 puntos 2 = 3 puntos 0 = 0 puntos	17.5%	7
Acceso a Unidades de Apoyo	≥ 5 = 7 puntos 3-4 = 5 puntos 1-2 = 3 puntos 0 = 0 puntos	17.5%	7
Nº de Egresos por año	≥1.000 = 7 puntos 500-999= 5 puntos 250- 499 = 3 puntos < 250 = 0 puntos	10%	7
Centro de Derivación	Sí = 7 puntos No = 0 puntos	17.5%	7
Factor GRD hospitalario	> 2.5 = 7 puntos 2.5-1.0 = 5 puntos < 1.0 = 3 puntos Sin GRD = NA	10%	7
Puntaje Total			

SCORE DE COMPLEJIDAD

6.0 – 7.0 puntos	UPCP de Alta complejidad
4.0 – 5.9 puntos	UPCP de Mediana Complejidad
≤ 4.0 puntos	UPCP de Baja complejidad

VII. DOTACIÓN DE RECURSO HUMANO ASOCIADO A UPCP**1. UPCP Alta Y MEDIANA complejidad****MÉDICOS**

La Unidad de Paciente Crítico contará con un médico jefe, un médico subrogante y un equipo de médicos residentes y de continuidad, cuyo número y distribución horaria dependerá del tamaño y carga de trabajo.

Médico Jefe Unidad**Dependencia:**

Dependencia administrativa del Subdirector Médico del Hospital.

Definición del cargo:

La Unidad de Paciente Crítico estará a cargo de un médico jefe, intensivista pediatra acreditado por CONACEM u organismo pertinente, en un cargo de 33 o 44 horas, quien será responsable de la gestión de la unidad, de la coordinación del trabajo interno y relaciones externas, además de realizar las actividades evaluativas y de supervisión técnica y administrativa.

El cargo de jefe será electo por concurso en el sector público y se sugiere metodología similar para la selección en el sector privado. Tendrá funciones de carácter directivo, asistencial, administrativo y docente.

En caso que el concurso se declare desierto, el cargo podrá desempeñarse por un médico contratado con jornada 22 horas, regido por la Ley N° 19.664, destinadas exclusivamente a funciones de jefatura, y jornada 28 horas regido por la Ley N° 15.076 destinadas a turnos clínicos en la UPC Pediátrica.

Responsabilidad del cargo:

Responsable ante la Dirección del Hospital de la eficiente organización y funcionamiento de la Unidad de Pacientes Críticos.

Descripción de funciones:

- Responsable junto con la Enfermera Coordinadora de la vigilancia del cumplimiento de las normas, guías y protocolos terapéuticos relacionados con la calidad y seguridad de la atención y cuidados del paciente.
- Participar de las actividades de mejoramiento continuo de los procesos de la Unidad, identificando los problemas y proponiendo las soluciones acorde a ellos, manteniendo un registro y monitoreo de los estándares de calidad definidos en la unidad y MINSAL.
- Velar por el cumplimiento de toda la normativa que rige la operación y funcionamiento de la Unidad.

- Formar parte de los Comités Técnicos, o delegar la participación en estos, como el Comité de Coordinación de paciente crítico, Comité de Ética, Comité de farmacia, Comité de IAAS y de los Comités Docente Asistenciales.
- Difundir oportunamente las políticas, normas e instrucciones que impartan las autoridades correspondientes.
- Participar de las actividades de mejoramiento continuo de los procesos de la Unidad, identificando los problemas y proponiendo las soluciones acorde a ellos, manteniendo un registro y monitoreo de los estándares de calidad definidos en la unidad y MINSAL.
- Promover y aplicar un sistema de coordinación permanente con los demás servicios clínicos, unidades, secciones y otras dependencias del establecimiento.
- Responsable de establecer los horarios de trabajo médico que permitan el mejor aprovechamiento de las horas médicas en la Unidad.
- Encargado, junto con la Enfermera Coordinadora, de la planificación, organización, evaluación y coordinación de las actividades docentes y de investigación que se generen dentro de la Unidad.
- Planificar los turnos y vacaciones del personal médico a su cargo.
- Responsable de calificar el desempeño del personal médico a su cargo en la Unidad y definir los criterios de capacitación necesarios para el mismo.
- Promover y supervisar, en conjunto con la Enfermera Coordinadora, un adecuado sistema de mantención de infraestructura y equipamiento de la Unidad, proponiendo, asesorando y decidiendo junto a la Dirección del Establecimiento la adquisición de equipamiento e instrumental necesario.
- Promover la educación continua de acuerdo a las necesidades detectadas del personal profesional a su cargo.
- Colaborar con los programas de estudio de post grado de las carreras de salud, según corresponda, de acuerdo a los convenios docentes asistenciales vigentes.
- Coordinar y promover la investigación en la unidad.
- Promover entre su personal la educación y mejoramiento continuo para mantener la acreditación del centro.
- Participar en la entrega de turno.

Médico Jefe Subrogante

La subrogación al cargo de jefatura de la UPCP debe estar predefinida y oficializada. Debe ser ejercida por un médico de continuidad perteneciente a la unidad y cuando esta sea mayor o igual a 15 días, debe ser remunerada como tal.

Médicos de continuidad diurna

Dependencia:

Dependencia directa de la jefatura médica de la Unidad.

Definición del cargo:

- Es requisito tener una formación acreditada en cuidados intensivos pediátricos. Puede ser ejercido por residentes de la misma unidad. De no existir el número suficiente de especialistas

el cargo será ocupado por pediatras con la supervisión adecuada de los que tienen la subespecialidad.

- **En la UPC de mediana complejidad**, las horas médicas serán distribuidas en 22 horas semanales por cada 4 camas intensivas y 22 horas semanales por cada 6 camas de intermedio.
- **En la UPC de alta complejidad**, la jornada laboral del médico de continuidad será de 22 horas semanales por cada 3 camas intensivas y 22 horas semanales por cada 4 camas intermedias.
- El incremento de horas médicas será proporcional al aumento de las camas disponibles.

Descripción de funciones:

- Encargados de asegurar la continuidad diaria en el tratamiento de los pacientes actuando como médicos tratantes.
- Participar activamente en las visitas y entrega de turno, controlando y supervisando el cumplimiento del plan de tratamiento y los procedimientos correspondientes.
- Coordinación y participación activa en reuniones clínicas, y seminarios docente asistenciales programados e involucrados en la actividad diaria de la unidad.
- En lo posible, participar en trabajos de investigación, en presentaciones en congresos o seminarios y actividades docentes correspondientes.
- Responsabilidad en actividades específicas designadas por el jefe de la unidad, como por ejemplo: registro estadístico computacional, programa de IIH, rol de turnos.
- Colaboración en la formación de los médicos en práctica de intensivo y pediatría que estén realizando su estadía en la unidad.
- Mantener sus conocimientos al día a través de la asistencia a cursos de Capacitación y actualización de la especialidad de Pediatría y de Cuidados intensivos pediátricos.

Médicos Residentes UPC

Dependencia:

Dependencia directa de la jefatura médica de la Unidad.

Definición del cargo:

- Los residentes deben ser médicos pediatras, con experiencia en medicina intensiva infantil sujeta a acreditación, de preferencia médicos intensivistas pediátricos acreditados.
- De no existir el número suficiente de subespecialistas, el cargo podrá ser ocupado por pediatras supervisados por un intensivista pediátrico de la unidad, con la posibilidad de apoyo presencial frente a un paciente inestable, como consultor de llamada.
- Deben realizar turnos para la cobertura permanente de la Unidad, rigiendo su jornada contractual de acuerdo a la Ley N° 15.076.
- En la **UPC de alta complejidad** la dotación recomendada es de 1 residente por cada 6 camas de intensivo y 1 residente por cada 8-10 camas de intermedio según complejidad. Se recomienda reforzar con 1 residente adicional en períodos de mayor demanda asistencial.
- En la **UPC de mediana complejidad** la dotación recomendada es de 1 residente por cada 6 camas de intensivo y 1 residente por cada 12 camas de intermedio.
- La dotación médica está sujeta a modificaciones según complejidad o demandas particulares.

Responsabilidad del cargo:

Los médicos residentes son los responsables de la actividad asistencial y de aplicar integralmente las políticas y normativas de la Unidad para su adecuado funcionamiento. Asumen las funciones de jefe de la UPC en horario no hábil.

Descripción de funciones:

- Proporcionar atención directa a los pacientes de la Unidad y atender los requerimientos como concurrentes y consultantes, con fines de evaluar y decidir la admisión de pacientes a la UCI.
- Coordinar el trabajo entre el equipo de salud.
- Informar en forma clara y veraz acerca del estado clínico de los pacientes a sus familiares o responsables directos.
- Mantener conocimientos actualizados a través de la asistencia a cursos de Capacitación y actualización de la especialidad de Pediatría y de Cuidados intensivos pediátricos.

ENFERMERAS

El personal de enfermería de la UPC debe tener condiciones físicas y psicológicas que sean compatibles con la tarea a realizar y debe estar capacitado para otorgar a los pacientes cuidados continuos y del más alto nivel técnico requerido por su condición crítica de salud.

El conocimiento y experiencia de las enfermeras en el manejo de pacientes en estado crítico de salud, y su capacitación para utilizar los equipos diagnósticos y terapéuticos, constituyen competencias fundamentales en la selección de este tipo de profesionales. La formación de la enfermera en cuidado intensivo debe ser acreditada idealmente con estudios de postítulo o postgrado en la especialidad.

El equipo de enfermería de la UPC estará compuesto por una Enfermera Supervisora y las enfermeras clínicas o tratantes entre las que se incluye una Enfermera de Continuidad en las Unidades definidas como requerida.

[Enfermera Supervisora](#)**Dependencia:**

Dependencia técnica y administrativa de la Subdirección de Gestión del Cuidado.

Definición del cargo:

Es un cargo ejercido por una enfermera con al menos 5 años de experiencia en unidades de cuidados intensivos pediátricos, idealmente con formación acreditada en el área, con estudios de postítulo o postgrado en la especialidad, y con formación en gestión administrativa, en jornada de 44 horas semanales.

Responsabilidad del cargo:

Responsable de la programación, coordinación, supervisión y evaluación del equipo de enfermería en la atención integral de los pacientes de la Unidad. Ejerce funciones de carácter asistencial, administrativo, docente y de investigación, sin perjuicio de aquello que le solicite la jefatura y/o que le asignen otras autoridades.

Descripción de funciones:

- Organizar, dirigir, programar, controlar y evaluar la atención de enfermería de la Unidad de Pacientes Críticos, en conformidad con los programas ministeriales y normas establecidas por la Unidad.
- Coordinar las acciones de enfermería con otros servicios clínicos, unidades de apoyo, secciones y servicios generales del establecimiento.
- Delegar funciones técnicas y/o administrativas necesarias para el buen funcionamiento de la UPC en la enfermera de continuidad diurna o una enfermera tratante.
- Definir y asignar las funciones específicas y las actividades de cada uno de los integrantes del equipo de enfermería.
- Supervisar, evaluar y monitorear las actividades del personal a su cargo.
- Determinar en conjunto con el médico jefe las necesidades de recursos humanos, materiales, equipos e insumos que faciliten las actividades de enfermería para lograr una atención eficaz de los pacientes.
- La enfermera que ha sido designada supervisora deberá evaluar periódicamente los registros de las atenciones en las que participe a fin de cautelar el cumplimiento de las normas establecidas sobre la materia, particularmente sobre la calidad de atención que se está brindando.
- Mantener actualizados los manuales de organización, procedimientos y normas de enfermería y de IAAS, velando por el cumplimiento de las normas pertinentes.
- Supervisar la programación y cumplimiento del plan diario de atención de enfermería.
- Proporcionar atención asistencial de enfermería en caso de que sea requerida dentro de la Unidad.
- Coordinar los programas de orientación y perfeccionamiento tanto de nivel profesional como técnico que se impartan en el servicio.
- Mantener actualizada las necesidades de capacitación del Personal de Enfermería para coordinar, planificar y evaluar los programas efectuados en el servicio.
- En lo posible, participar en trabajos de perfeccionamiento e investigación de enfermería que se programen en la UPC y/o en el Hospital.
- Estimular una atmósfera favorable al entrenamiento de enfermeras, pediatras, farmacólogos, kinesiólogos, y personal en general.
- Se mantendrá al día en los avances en intensivo pediátrico.
- Mantención de los turnos de 24 horas de enfermería profesional y técnico mediante confección de rotativa de turnos.
- Elaborar y/o revisar las Planillas de Horas Extraordinarias de todos los funcionarios a su cargo que trabajan en sistema de turnos.
- Confeccionar calendario de vacaciones de los funcionarios a su cargo.
- Asesorar a los directivos del Establecimiento en temas de su competencia.
- Velar por mantener un ambiente de trabajo que permita que tanto el personal como los pacientes y familiares cumplan sus expectativas relacionadas con la atención de salud.
- Participar en reuniones de Enfermeras Supervisoras y en otras requeridas por la Subdirección de Gestión del Cuidado o Dirección del Hospital.

- Realizar periódicamente reuniones técnicas con el Equipo de Enfermería a fin de entregar información relevante a los intereses de la Unidad y de coordinar las actividades que el Equipo realiza a los pacientes.

Enfermera de continuidad diurna

Dependencia

Dependencia directa de la enfermera supervisora.

Definición del cargo:

Las enfermeras deben tener experiencia en el manejo del paciente crítico de al menos 3 años, y una capacitación previa en el área acreditada con Diplomado en cuidados críticos del Niño, e idealmente con formación en gestión de calidad.

Dotación:

En ambos niveles de complejidad con mínimo 8 y hasta 18 camas de UPCP, la dotación será de 1 cargo con jornada laboral de 44 horas semanales.

Descripción de funciones:

- Prestar apoyo administrativo y técnico permanente a la enfermera supervisora y en su ausencia, por delegación de ésta, ejercerá como enfermera supervisora subrogante.
- Participar de Lunes a Viernes en la entrega médica de turno con el fin de programar y gestionar los cuidados del paciente junto al equipo de enfermeras clínicas.
- Colaborar con la atención directa del paciente cuando sea necesario.
- Mantener sus competencias a través de la asistencia a cursos y congresos de la especialidad.

Enfermeras Clínicas

Dependencia:

Dependencia directa de la enfermera supervisora.

Definición del cargo:

Las enfermeras deben tener una capacitación previa en el área, experiencia en el manejo del paciente crítico, de al menos 1 año. Estarán sujetas a sistema de 4º Turno.

Dotación:

- En la **UPC de mediana complejidad** la dotación de enfermeras será una enfermera por cada 3 camas de intensivo y 1 enfermera por cada 6 camas intermedias.
- En la **UPC de alta complejidad** la dotación será de 1 enfermera por cada 2 camas de intensivo y una enfermera por cada 4 camas de intermedio.
- Se recomienda la implementación de un equipo de enfermeras de refuerzo de llamada para situaciones específicas con un rol de turno debidamente remunerado.

Descripción de funciones:

- Responsables de la atención directa del paciente correspondiéndoles formular, ejecutar y supervisar el plan de atención de enfermería de los niños a su cargo de acuerdo a las particularidades del paciente y las indicaciones médicas.

- Funciones específicas que competen al cargo según definiciones establecidas por la enfermera supervisora de la Unidad, velando para que la atención del paciente sea oportuna, segura y de calidad.
- Realizar actividades de enfermería respaldadas por el proceso de atención de enfermería.
- Mantener su competencia a través de la asistencia a cursos y congresos de la especialidad.
- Contar con capacitación en manejo de terapias y monitorización complejas, como: renal, neurológica, hemodinámica.
- Recepción de turno a Enfermera.
- Recepción de turno paciente por paciente en conjunto con personal técnico paramédico.
- Como primera actividad en el ingreso de paciente, determina camas disponibles y ocupadas. Ingresa al paciente en sistema UGCC.
- Realizar categorización de los pacientes a su cargo.
- Supervisar en forma directa el cumplimiento de la planificación de enfermería de los funcionarios Técnicos a su cargo.
- Instruir y/o educar a los padres, familiares o encargados de los menores sobre aspectos relacionados con la patología y cuidados durante el ingreso, hospitalización y alta.
- Capacitar al personal técnico de enfermería, en forma incidental o programada, tanto por iniciativa propia como delegada por la Enfermera Supervisora
- Manejar y/o supervisar equipos médicos como monitores, ventiladores mecánicos, entre otros.
- Realizar entrega de turno por escrito y oral de todos los pacientes de cuidado, y presentar pacientes nuevos a enfermera que recibe turno.
- Colaborar en procedimientos médicos.
- Planificar la atención de enfermería a cada paciente, diariamente y realizar modificaciones cada vez que sea necesario.
- Participar en las reuniones clínicas y administrativas de la Unidad y del equipo de Enfermería.
- Colaborar a la jefatura de la Unidad en la recepción, orientación y capacitación del personal nuevo.
- Supervisar la puntualidad, asistencia y el cumplimiento de las tareas asistenciales programadas al personal de la Unidad.
- Supervisar la calidad de los registros de enfermería.
- Colaborar con los registros estadísticos.
- Colaborar en cautelar el edificio, bienes inventariables, equipos, ropa e insumos y denunciar oportunamente toda trasgresión a la normativa establecida.
- Entregar oportunamente estado de paciente, ingresos, traslados y altas en forma escrita, y digitar los cambios efectuados en los registros informáticos existentes.
- Mantener coordinación permanente con voluntariado que asiste a la Unidad.

KINESIÓLOGOS

Dependencia:

Dependencia técnica y administrativa de la jefatura médica de la Unidad.

Definición del cargo:

Profesional con capacitación o formación en kinesiología en cuidados intensivos pediátricos y terapia respiratoria. Uno de los profesionales de la dotación de la unidad actuará como coordinador de ese estamento profesional.

Dotación:

La Unidad debe contar con al menos un kinesiólogo especializado en terapia respiratoria en turno las 24 horas del día hasta 18 camas UPCP, en rol de cuarto turno, salvo en períodos de mayor demanda en que podrá reforzarse con otro profesional kinesiólogo de ser necesario. El número de horas disponibles dependerá de la carga de trabajo y funciones asignadas en la dinámica de trabajo de la UPC.

Descripción de funciones asistenciales:

- Entregar cuidados respiratorios y neuromusculares, con colaboración activa en ventilación mecánica y terapia respiratoria.
- Participar activamente en programas de capacitación y formación continua.
- Entregar atención de rehabilitación a todo paciente que así lo requiera por indicación médica y características de su patología.
- Cumplir con las normas de IIH y otras existentes en la Unidad.
- Realizar y participar en proyectos de investigación de la Unidad y de la Institución.
- Supervisar entrenamiento en terapia respiratoria de los nuevos profesionales Kinesiólogos ingresados a la UPCP.
- Mantener equipos, control de calidad y revisión de los mismos.
- Mantener programa de educación continua y mejoría de la calidad en su tema.
- Apoyar en el transporte intrahospitalario del paciente crítico con requerimientos de asistencia kinesiológica.

En unidades de **alta complejidad** debe plantearse la necesidad de un kinesiólogo con cargo de 44 horas que contribuya a la rehabilitación motora de los pacientes en riesgo de deterioro de su desarrollo psicomotor o que han quedado con secuelas, para comenzar precozmente con su rehabilitación.

TÉCNICOS PARAMÉDICOS

Técnicos paramédicos de atención directa

Dependencia:

Dependencia técnica y administrativa de la enfermera supervisora y de la enfermera clínica en turno.

Definición del cargo:

Técnico paramédico acreditado, con experiencia en paciente crítico pediátrico, con salud compatible para realizar turnos rotativos.

Dotación:

La dotación es de 1 técnico paramédico por cada 4 camas, con una dotación mínima de 2 por turno para los dos niveles de UPCP. A esta dotación, se recomienda agregar 1 técnico paramédico por cada 9 camas para refuerzo diurno en las Unidades de mayor complejidad.

Descripción de funciones:

Será el encargado de cumplir funciones de confort y otras actividades de apoyo, además de los controles asignados directamente por la enfermera de turno conforme al plan de enfermería definido para cada paciente crítico según su quehacer:

- Entregar y recibir turno paciente por paciente a sus pares.
- Participar en el ingreso y egreso de los pacientes asignados.
- Cumplir con las indicaciones del Plan de Enfermería y registrar, manteniendo atención a las modificaciones que surjan del mismo. Entre ellos:
- Realizar prevención de UPP. Inmovilizar o contener a pacientes según protocolo institucional.
- Reforzar contenidos educativos, entregados por la enfermera, a los padres y familiares
- Trasladar pacientes a exámenes e interconsultas cuando la enfermera se lo solicita.
- Colaborar con la enfermera en todos los procedimientos de enfermería que se requiera.
- Preparar el material para procedimientos médicos y de enfermería y colabora durante el mismo.
- Realizar desinfección y/o descontaminación concurrente diaria de la unidad de los pacientes a cargo: cama, cuna, velador, silla, panel de gases clínicos y vacío, bombas de infusión y otros, según realidad local.
- Participar en la capacitación de personal nuevo.
- Cumplir con las normas de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud IAAS emanadas desde el Ministerio de Salud y adaptadas a la realidad local por el Comité de IAAS del Hospital.
- Funciones específicas que competen al cargo según definiciones establecidas por la enfermera supervisora de la Unidad, velando para que la atención del paciente sea oportuna, segura y de calidad.

Técnico paramédico de clínica

Dependencia:

Dependencia técnica y administrativa de la enfermera supervisora y de la enfermera clínica en turno.

Definición del cargo:

Técnico paramédico acreditado, con experiencia en paciente pediátrico, deseable en paciente pediátrico crítico, con salud compatible para realizar turnos rotativos.

Dotación:

En ambos niveles de complejidad la dotación será de 1 cargo de técnico paramédico en rol de cuarto turno por cada 18 camas de UPCP.

Descripción de funciones:

- Responsable de la recepción de dosis unitaria de cada paciente de la unidad.
- Realizar el censo diario de paciente.
- Participar en el apoyo en procedimientos médicos y de enfermería
- Mantener vigencia de los medicamentos en stock, canjeando aquellos con fecha cercana de vencimiento.
- Mantener la clínica limpia y ordenada.
- Mantener refrigerador de medicamentos limpio y ordenado, registrando el control de temperatura diario.
- Revisión periódica del material estéril e insumos manteniendo el stock de la unidad
- Revisar semanalmente carro de paro cardiorrespiratorio y repone medicamentos e insumos que se hayan utilizado en el turno o que estén caducados, manteniendo registros al día.
- Mantener vigencia de los medicamentos en stock, canjeando aquellos con fecha cercana de vencimiento.
- Revisar semanalmente saldos de material e insumos, informando a Enfermera Supervisora sobre fechas de caducidad, necesidades y observaciones atinentes.
- Funciones específicas que competen al cargo según normativa legal y definiciones establecidas por la enfermera supervisora de la Unidad, velando para que la atención del paciente sea oportuna, segura y de calidad.

AUXILIAR DE APOYO

Dependencia:

Dependencia técnica y administrativa de la enfermera supervisora y de la enfermera clínica en turno.

Definición del cargo:

Enseñanza básica y media completa. Salud compatible para realizar turnos rotativos.

Dotación:

1 auxiliar de servicio en cuarto turno por cada 18 camas, más un refuerzo diurno en unidades de alta complejidad.

Descripción de funciones:

- Cumplir las funciones de orden y limpieza de la Unidad y de colaboración requerida para la coordinación con otras dependencias del hospital.
- Transporte de muestras para exámenes, interconsultas, solicitudes de exámenes y recetas.
- Colaboración en el transporte de pacientes.
- Manejo de ropa, principalmente el traslado de ropa limpia y sucia según rutinas y/o requerimientos especificados en cada realidad local.
- Transporte de insumos desde bodega hacia la Unidad.

Corresponde a la enfermera supervisora de la Unidad establecer otras funciones específicas que competen al cargo.

SECRETARIA/ADMINISTRATIVO**Dependencia:**

Dependencia directa de la jefatura médica de la unidad.

Dotación:

1 cargo por unidad.

Definición del cargo:

Funcionario con 44 horas semanales con capacitación en secretariado ejecutivo.

Descripción de funciones:

- Desarrollar actividades propias de secretaría y tareas asignadas por la jefatura según cada realidad local
- Recepcionar, distribuir, archivar y despachar la correspondencia oficial y reservada de la UPC.
- Atender con prontitud y cordialidad a los funcionarios y público en general.
- Realizar labores administrativas que competen la mantención de la materialidad de la ficha clínica de acuerdo al decreto 41 de 2012, (La /el secretaria/o no debe tomar conocimiento del contenido de la ficha clínica, pues no corresponde al personal habilitado para ello en el artículo 13 de la ley 20584, por no estar vinculado directamente a la atención de salud de la persona).
- Tramitación de exámenes, interconsultas,, entre otras según cada realidad local

2. Unidades de Baja Complejidad (Sólo UTI)

La dotación del recurso humano de la UTI debe asegurar la continuidad del cuidado del paciente durante las 24 horas del día y su competencia técnica debe permitir la asistencia integral de él.

MÉDICOS

Médico Jefe

Dependencia:

Dependencia administrativa del Jefe del Servicio de Pediatría.

Definición del cargo:

Médico pediatra certificado, con experiencia en cuidados críticos, responsable de la gestión de la Unidad, con jornada de 22 horas semanales con funciones de carácter asistencial, administrativo y docente. El cargo debe ser concursable.

Responsabilidad del cargo:

Responsable ante la jefatura del Servicio de Pediatría de la organización y funcionamiento de la Unidad.

Descripción de funciones:

- Ejecutar funciones descritas como médico de continuidad.
- Velar por el cumplimiento de la normativa que rige la operación y funcionamiento de la Unidad.
- Formar parte de los Comités Técnicos o delegar la participación en estos: Comité de Ética, Comité de IAAS y de los Comités Docente Asistenciales.
- Responsable de la difusión y vigilancia del cumplimiento de las guías, normas, protocolos terapéuticos y de IAAS.
- Velar por el mejoramiento continuo de los procesos de la Unidad identificando los problemas y proponiendo las soluciones acorde a ellos, manteniendo un registro y monitoreo de los estándares de calidad definidos en la unidad y MINSAL.
- Promover y aplicar un sistema de coordinación permanente con los demás servicios clínicos, unidades, secciones y otras dependencias del establecimiento.
- Responsable de establecer los horarios de trabajo médico que permitan el mejor aprovechamiento de las horas médicas en la Unidad.
- Definir junto con la enfermera coordinadora responsabilidades y actividades del personal de enfermería.
- Responsable de la planificación, organización, evaluación y coordinación de las actividades docentes y de investigación que se generen dentro de la Unidad.
- Calificar el desempeño de todo el personal de la Unidad y definir los criterios de capacitación necesarios para el mismo.
- Promover y supervisar un adecuado sistema de mantención de infraestructura y equipamiento de la Unidad, proponiendo, asesorando y decidiendo junto a la Jefatura la adquisición de equipamiento e instrumental necesario.
- Promover la educación continua, de acuerdo a las necesidades detectadas del personal profesional a su cargo.
- Participar en la entrega de turno.

Médico Residente

Dependencia:

Dependencia administrativa del Jefe del Servicio de Pediatría y técnica del jefe de UTI.

Definición del cargo:

Médico pediatra acreditado, compartido con residencia pediátrica.

Descripción de funciones:

- Asumir la jefatura de la UTI en ausencia de su jefe.
- Proporcionar atención directa a los pacientes de la Unidad.
- Coordinar el trabajo de los integrantes del equipo de salud.
- Informar en forma clara y veraz acerca del estado clínico de los pacientes a sus familiares o responsables directos.
- Responsable de una detallada recepción y entrega de turno.

ENFERMERAS

El equipo estará conformado por 1 enfermera diurna supervisora y enfermeras clínicas en turno.

Enfermera supervisora

Dependencia:

Dependencia técnica y administrativa de la Subdirección de Gestión del Cuidado.

Definición del cargo:

Es un cargo ejercido por una enfermera con al menos 5 años de experiencia en unidades de cuidados intensivos pediátricos, idealmente con formación acreditada en el área con estudios de postítulo o postgrado en la especialidad, y con formación en gestión administrativa, en jornada de 44 horas semanales.

Responsabilidad del cargo:

Responsable de la programación, coordinación, supervisión y evaluación del equipo de enfermería en la atención integral de los pacientes de la Unidad. Ejerce funciones de carácter asistencial, administrativo, docente y de investigación, sin perjuicio de aquello que le solicite la jefatura y/o que le asignen otras autoridades.

Funciones:

- Cumplir funciones administrativas tales como la gestión del recurso humano a su cargo, gestión de insumos y equipos, entre otros.
- Colaborar en la función clínica y velar por la continuidad de la atención integral del paciente.
- Velar por capacitación continua del personal.
- Responsable del cumplimiento y vigilancia de guías, normas y protocolos terapéuticos y de IAAS.

Enfermera clínica

Dependencia:

Dependencia directa de la enfermera supervisora de la Unidad.

Definición del cargo:

Enfermera con curso de reanimación avanzada vigente.

Dotación:

1 enfermera por cada 6 camas UTI en cuarto turno.

Las plantas definitivas siempre dependerán de las cargas de trabajo y necesidades objetivadas.

Descripción de funciones:

- Responsable de la atención directa del paciente correspondiéndoles formular, ejecutar y supervisar el plan de atención de enfermería de los pacientes a su cargo.
- Cumplir funciones asignadas por la enfermera supervisora.
- Supervisar al personal técnico paramédico.

KINESIÓLOGOS

Dependencia:

Dependencia técnica y administrativa del jefe de Pediatría.

Definición del cargo:

Kinesiólogo con experiencia en atención pediátrica.

Dotación:

Asignación de horas de atención diarias según demanda y otorgando prioridad a esta.

Descripción de funciones:

Kinesiólogo con experiencia en atención pediátrica, responsable de las intervenciones asistenciales directas en la problemática del paciente crítico de acuerdo a las indicaciones médicas, brindándole monitoreo y soporte respiratorio, y rehabilitación osteoneuromuscular precoz.

Responsabilidades

- Responsable de la aplicación de enfoques, protocolos, técnicas y/ o procedimientos específicos de tipo kinesiológico de evaluación y tratamiento en relación a las problemáticas respiratorias.
- Responsable de la aplicación de enfoques, protocolos, técnicas y/ o procedimientos específicos de tipo kinesiológico de evaluación y tratamiento en relación a las problemáticas osteoneuromusculares.
- Cumplir con las políticas y normas técnicas y administrativas de la UPCP para lo cual sus actividades deben enmarcarse siempre dentro de este contexto.
- Entregar y recibir turno según protocolos de la UPCP.
- Asistir, al igual que el resto del equipo de salud, a cualquier evento que amerite su presencia (docencia, reunión clínica, reunión extraordinaria).

TECNICOS PARAMÉDICOS

Técnicos paramédicos de atención directa

Dependencia:

Dependencia técnica y administrativa de la enfermera supervisora y de la enfermera clínica en turno.

Definición del cargo:

Técnico paramédico con experiencia en paciente crítico pediátrico, con salud compatible para realizar turnos rotativos.

Dotación:

La dotación es de 1 técnico paramédico por cada 4 camas, en jornada de 44 hrs. semanales.

Descripción de funciones:

Será el encargado de cumplir funciones de confort y otras actividades de apoyo, además de los controles asignados directamente por la enfermera de turno, conforme al plan de enfermería definido para cada paciente crítico, relacionados a su quehacer, como:

- Entregar y recibir turno paciente por paciente a sus pares.
- Participar en el ingreso y egreso de los pacientes asignados.
- Cumplir con las indicaciones del Plan de Enfermería y registrar, manteniendo atención a las modificaciones que surjan del mismo. Entre ellos:
- Realizar prevención de UPP. Inmovilizar o contener a pacientes según protocolo institucional.
- Reforzar contenidos educativos, entregados por la enfermera, a los padres y familiares
- Trasladar pacientes a exámenes e interconsultas cuando la enfermera se lo solicita.
- Colaborar con la enfermera en todos los procedimientos de enfermería que se requiera.
- Preparar el material para procedimientos médicos y de enfermería y colaborar durante el mismo.
- Realizar desinfección y/o descontaminación concurrente diaria de la unidad de los pacientes a cargo: cama, cuna, velador, silla, panel de gases clínicos y vacío, bombas de infusión y otros, según realidad local.
- Participar en la capacitación de personal nuevo.
- Cumplir con especial atención con las normas de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud IAAS emanadas desde el Ministerio de Salud y adaptadas a la realidad local por el Comité de IAAS del Hospital.
- Funciones específicas que competen al cargo según definiciones establecidas por la enfermera supervisora de la Unidad, velando para que la atención del paciente sea oportuna, segura y de calidad.
- Cumplir con la normativa técnica-administrativa de UPCP

Técnico paramédico de clínica

Dependencia:

Dependencia técnica y administrativa de la enfermera supervisora y de la enfermera clínica en turno.

Definición del cargo:

Técnico paramédico con experiencia en paciente crítico pediátrico, con salud compatible para realizar turnos.

Dotación:

La dotación corresponde a 1 cargo de técnico paramédico en rol de cuarto turno.

Descripción de funciones:

- Responsable de la recepción de medicamentos solicitados, dosis unitaria de cada paciente de la unidad.
- Realizar el censo diario de paciente.
- Participar en el apoyo en procedimientos médicos y de enfermería
- Mantener vigencia de los medicamentos en stock, canjeando aquellos con fecha cercana de vencimiento.
- Mantener la clínica limpia y ordenada.
- Mantener refrigerador de medicamentos limpio y ordenado, registrando el control de temperatura diario.
- Mantener el stock de insumos y material estéril de la unidad.
- Revisión periódica del material estéril e insumos manteniendo el stock de la unidad
- Revisar, según instrucción local, carro de paro cardiorrespiratorio y reponer medicamentos e insumos que se hayan utilizado en el turno o que estén caducados, manteniendo registros actualizados.

AUXILIAR DE SERVICIO

Dependencia:

Dependencia técnica y administrativa de la enfermera supervisora y de la enfermera clínica en turno.

Definición del cargo:

Enseñanza básica y media completa con salud compatible para realizar turnos.

Funcionario en rol turno compartido con el servicio de pediatría.

Dotación:

La dotación corresponde a 1 cargo de técnico paramédico en rol de cuarto turno por 6 camas UTI.

Descripción de funciones:

- Cumplir las funciones de orden y limpieza de la Unidad y de colaboración requerida para la coordinación con otras dependencias del hospital.
- Transporte de muestras para exámenes, interconsultas, solicitudes de exámenes y recetas.

- Colaboración en el transporte de pacientes.
- Manejo de ropa, principalmente el traslado de ropa limpia y sucia según rutinas y/o requerimientos especificados en cada realidad local.
- Transporte de insumos desde bodega hacia la Unidad.

Corresponde a la enfermera supervisora de la Unidad establecer otras funciones específicas que competen al cargo.

OTROS PROFESIONALES EN UPCP

Estos cargos dependerán del médico jefe de la unidad.

Nutricionista

El soporte nutricional del paciente críticamente enfermo es indispensable para su recuperación y debe iniciarse en forma precoz, por lo cual es muy importante contar con nutricionista los 7 días de la semana en unidades de alta y mediana complejidad.

Definición del cargo:

Asesorar, proponer y supervisar el cumplimiento en todo lo concerniente al apoyo nutricional del paciente crítico. Su objetivo es asegurar los requerimientos nutricionales de la amplia gama de etapas pediátricas y el mejor modo de optimizar la recuperación de los pacientes, promoviendo la mejoría de su estado inmunológico, minimizando el riesgo de infecciones y catabolismo.

Dotación:

Contar con la asistencia de este profesional diariamente en horario variable acorde a la realidad local.

Descripción de funciones:

- Evaluar al paciente por riesgo nutricional y apoyarlo en el contexto de la patología grave que presenta.
- Desarrollar un plan de cuidados nutricionales dentro de las primeras 72 horas de ingreso a la unidad.
- Monitorizar el estado nutricional, con seguimiento e intervenciones precoces.
- Evaluar la concordancia entre la oferta y la ingesta. Balance nutricional.
- Educar a la familia y al staff médico en apoyo nutricional.
- Apoyar al equipo médico en el manejo nutricional.
- Mantener educación continua en nutrición crítica.

Químico Farmacéutico Clínico

Las unidades de alta complejidad que manejan pacientes complejos, con múltiples terapias e interacciones farmacológicas deben contar con un farmacólogo clínico que contribuya a las buenas prácticas clínicas.

Definición del cargo:

Profesional con capacidad para evaluar todas las indicaciones médicas, revisar y mantener los perfiles de medicamentos.

Dotación:

Cargo 22 horas semanales.

Descripción de funciones:

- Monitorizar los regímenes de dosis y administración de drogas.
- Evaluar las reacciones adversas e interacciones entre medicamentos.
- Entregar información sobre efectos indeseados e intoxicaciones de los medicamentos.
- Proveer recomendaciones sobre costos de las indicaciones.
- Entregar información a enfermería y staff médico acerca de la forma y tiempo de administración de los medicamentos, para aumentar su eficacia de acuerdo a su farmacodinamia.
- Apoyar a los clínicos en la realización de trabajos de investigación.
- Interactuar con el equipo médico acerca de las mejores prácticas de indicación de medicamentos.
- Implementar y mantener políticas y procedimientos relacionados con el uso seguro y efectivo de drogas en la UCI
- Participar en las reuniones de la unidad
- Mantener formación continua en UCI.

Psicólogo Clínico

Así como el riesgo orgánico demanda de la intervención médica precoz con el objeto de brindar cuidados intensivos que apunten a lograr la sobrevivencia del paciente, el riesgo psíquico al que se ven expuestos tanto el niño como la familia y el personal que lo atiende hacen necesario el apoyo continuo por un especialista. Por tanto, es fundamental incorporar un plan de atención específico a la familia, teniendo en cuenta sus necesidades de cuidado ya que los cambios sociales y funcionales que se producen por la hospitalización de la niña o niño, crean nuevas necesidades.

Es necesario realizar jornadas continuas de sensibilización al personal de salud en la atención continua y permanente de los familiares de los pacientes que ingresa a las Unidades De Cuidado Intensivo, perpetuando así la atención durante el tiempo de la hospitalización.

Asistente Social

Dada la compleja relación que existe entre pacientes, familiares y equipo de salud es necesario un apoyo profesional específico del área social en la Unidad, tanto para resolver consultas, como para prestar asesoría a familiares, e idealmente realizar el seguimiento de pacientes crónicos con requerimientos especiales post alta.

Interconsulta A La Especialidad De Psiquiatra

Se requiere coordinación con programas de apoyo al paciente, a la familia y al personal involucrado en la atención de pacientes pediátricos en cuidados críticos.

Consideraciones Especiales

En aquellos hospitales que por razones de aislamiento geográfico o gran afluencia de pacientes de áreas rurales muy pobladas, a los que se ha asignado un número de camas inferior a las unidades

predefinidas de seis camas, se deberá asegurar la cobertura de personal adecuándose a su realidad. Podrán compartir residencia médica y/o enfermería con unidades de neonatología, urgencia u otra que cuente con profesionales entrenados en el cuidado de pacientes pediátricos.

Las unidades con un número de cupos que no coinciden con las subunidades de seis cupos deben adecuar la cobertura de personal aproximándose a los números sugeridos en esta Norma, siendo estos los mínimos aceptables para asegurar una adecuada oportunidad, calidad y seguridad de la atención.

DOTACIÓN DE RECURSOS HUMANOS UPC PEDIÁTRICAS

Relación Camas/ Recursos Humanos	Alta Complejidad	Mediana Complejidad	Intermedio
Médico Jefe	1 con 33 o 44 hrs	1 con 33 o 44 hrs	1 con 22 hrs
Médico Subrogante (también es médico de continuidad diurna)	1	1	-
Médico Continuidad diurna (22 hrs)	1 x 3 camas UCI 1 x 4 camas UTI	1 x 4 camas UCI 1 x 6 camas UTI	1 x 6 camas UTI
Médico Residente (28 hrs)	1 x 6 camas UCI 1 x 8-10 camas UTI	1 x 6 camas UCI 1 x 12 camas UTI	1 x 6 camas UTI (compartido con Pediatria)
Enfermera Supervisora (44 hrs)	1	1	1
Enfermera Diurna (44 hrs)	1	1	-
Enfermeras Clínicas (4º turno)	1 x 2 camas UCI 1 x 4 camas UTI	1 x 3 camas UCI 1 x 6 camas UTI	1 x 6 camas UTI
Kinesiólogos (4º turno)	1 x 18 camas UPC (ampliable a 2 x 18 en períodos de mayor demanda)	1 x 18 camas UPC	*
Nutricionista (asesorando UPCP)	1	1	**
Psicólogo (22 hrs)	1	1	**
Químico Farmacéutico Clínico (22 hrs)	1	-	**
Asistente Social (asesorando UPCP)	1	1	**
Técnicos Paramédicos Atención Directa (4º turno)	1 x 4 camas UPC	1 x 4 camas UPCP	1 x 6 camas UTI
Técnicos Paramédicos de Clínica (4º turno)	1 x 18 camas UPC	1 x 18 camas x UPC	1
Auxiliar de Servicio (4º turno)	1 x 18 camas UPCP	1 x 18 camas UPC	1 x 6 camas UTI
Auxiliar de Servicio Apoyo Diurno (44 hrs)	1	1	-
Administrativo (44 hrs)	1	1	-

* Los kinesiólogos serán compartidos con las otras Unidades Pediátricas, asignando sus tiempos según la condición clínica de los pacientes de la Unidad de Intermedio.

** Otros profesionales depende de la organización y situación local

El incremento del recurso humano, según lo ya explicitado, responderá a la necesidad de refuerzo por aumento de la carga asistencial medida por categorización de los pacientes o por otros modelos locales definidos para ello.

VIII. EQUIPAMIENTO

Una Unidad de Paciente Crítico deberá estar dotada del equipamiento necesario para el buen soporte vital del paciente. Según el nivel de complejidad requerirá el siguiente equipamiento:

Equipamiento	Alta	Mediana	Baja
Dotación física de cada cubículo			
Tomas eléctricas con conexión a tierra	18	16	8
· Enchufes 10ª separados en 2 circuitos	2	2	1
· Enchufe de fuerza 16ª (rayos portátil)			
Tomas de O2 (con manómetro, flujómetro y humidificador)	≥2	≥2	2
Tomas de aire comprimido medicinal	≥2	≥2	1
Tomas de vacío (con manómetro y frasco de aspiración)	≥2	≥2	2
Camas Clínicas articuladas con barandas	1	1	1
Colchón antiescaras			
· Cupo UCI	1	1	NA
· Cupo UTI	1 x 4	1 x 4	1 x 4
Velador	1	1	1
Bergere	1	1	1
Sillas visitas	1	1	1
Mesa rodable multiuso	1	1	1
Bombas de Infusión Micro goteo			
· Cupo UCI	8	6	NA
· Cupo UTI	2	2	2
Bombas de Infusión Macro goteo			
· Cupo UCI	2	2	2
· Cupo UTI	2	2	2
Bombas de alimentación enteral	1	1	1
Monitor Multiparámetro	1	1	1
Bolsa y mascarillas de resucitación	1	1	1
Termómetro	1	1	1
Fonendoscopio	1	1	1
Sistema de llamado para paciente (timbre)	E	E	E
Dispositivos de organización de equipos y dispositivos porta sueros	E	E	E
Monitorización			
ECG y Frecuencia cardiaca	E	E	E
Respiración (frecuencia respiratoria)	E	E	E
Saturometría de oxígeno	E	E	E
Temperatura			
· Central	E	D	NA
· Periférica	E	E	E
Presión arterial	E	E	E

Capnografía	E	E	NA
Presión venosa central	E	E	NA
Gasto Cardíaco	D	O	NA
Presión intracraneal	E	NA / E	NA
Características de los monitores Multiparámetros			
1 canal ECG y Frecuencia cardiaca	E	E	E
1 canal Respiración	E	E	E
1 canal para Saturometría de O ₂	E	E	E
Control de Temperatura	D	D	NA
1 canal para Presión Arterial No Invasiva	E	E	E
2 presiones Invasivas simultáneas	E	E	NA
≥ 4 presiones Invasivas simultáneas	E	O	NA
Alarmas audibles y visibles para todas las variables monitorizadas	E	E	E
Capacidad de conexión a Monitor Central	E	D	D
Equipamiento respiratorio			
Balones de O ₂ de transporte	E	E	E
Humidificador de gases			
· Vaso	E	E	E
· Cascada	E	E	O
Compresor de aire	E	E	E
Mezclador de Aire - Oxígeno	E	E	O
Ventiladores Mecánicos No Invasivos (1 x cada 2cupos)	E	E	E
Ventiladores Mecánicos Invasivos Convencionales (1 x cupo UCI)	E	E	NA
Ventilador Mecánico Invasivo de transporte (1 para la unidad)	E	E	E
Ventilador de Alta Frecuencia	E	D	NA
Equipo de Asistencia de tos (1 al menos por UPC)	E	D	O
Espirómetros	D	D	O
Oxímetros ambientales	E	E	E
Equipos de Terapia inhalatoria	E	E	E
Flujómetros	E	E	E
Equipamiento portátil para la Unidad			
Carro de paro	E	E	E
Tabla para masaje cardíaco	E	E	E
Maletín de traslado con insumos y drogas	E	E	E
Desfibrilador con palas adulto/pediátrico, posibilidad de Marcapasos externo	E	E	E
Equipo de aspiración portátil	E	E	E
Apurador de suero (1 por cupo UCI)	E	E	D
Monitor de transporte (ECG, FR, oximetría de pulso y PA)2	E	E	E
Carro de procedimiento	E	E	E

Negatoscopio	E	E	E
Lámpara de procedimientos	E	E	E
Esfingomanómetros automatizados portátiles	O	O	E
Oto-oftalmoscopio	E	E	E
Cunas radiantes (al menos 1 por UPC)	E	E	E
Camilla de transporte	E	E	E
Silla de ruedas	E	E	E
Biombos	E	E	E
Escabel	E	E	E
Balanza para paciente en cama	E	D	NA
Balanza para lactante	E	E	E
Podómetro	E	E	E
Balanza de pie	E	E	E
Calefactores de pedestal servo controlado	E	E	E
Uro densímetro	E	E	O
Equipo de exámenes básicos en la unidad (Gases, ELP, Hcto.)	E	D	NA
Equipo de Medición de glicemia capilar	E	E	D
Electrocardiógrafo	E	E	D
Equipo de Ultrasonografía	E	NA	NA
Equipo de Termorregulación externa avanzado	E	D	NA
Máquina de Electroencefalografía	D / E1	O / E1	NA
Equipo de Peritoneo diálisis	E	E	O
Equipo de Terapia de Reemplazo Renal Continuo extracorpóreo	E	D	NA
Máquina de hemodiálisis*	NA	NA	NA

E = Esencial; D = Deseable; O = Opcional; NA = No aplica

1 = si es centro neuroquirúrgico

2 = PA no invasiva si es de baja complejidad, canal de PA invasiva si es de alta complejidad

*Se tendrá acceso a equipo de hemodiálisis móvil, correspondiendo al servicio externo que disponga de tratamiento de agua.

IX. RECOMENDACIÓN DE INSUMOS MÍNIMOS PARA CARRO DE PARO

Drogas			
Drogas de Emergencia Carro de Paro	E	E	E
Equipamiento pequeño Carro de Paro			
Mascarilla de diferentes tamaños y bolsa de insuflación	E	E	E
Equipo de intubación endotraqueal (laringoscopio, hojas curvas y rectas)	E	E	E
Ampolleta de laringoscopio	E	E	E
Pilas para mango laringoscopio	E	E	E
Máscaras laríngeas	E	E	E
Tubos endotraqueales con o sin cuff todos los tamaños	E	E	E
Cánulas orotraqueales adulto / pediátrico	E	E	E
Sondas de aspiración rígidas adulto / pediátrico	E	E	E
Equipo de acceso vascular (osteoclisis)	E	E	E
Equipo de cricotirotomía	E	E	E
Sachet gel estéril / Frasco Gel conductor para desfibrilador	E	E	E
Parches marcapasos (adulto/pediátrico) compatibles con equipo	E	E	E
Electrodos pediátricos y adultos	E	E	E
Agujas de distinto tamaño	E	E	E
Bajadas de Suero macro gota	E	E	E
Jeringas de distinto tamaño	E	E	E
Extensión de vía venosa	E	E	E
Llave de 3 pasos	E	E	E
Tapones libres de aguja	E	E	E
Tapas Luer	E	E	E
Teflones de distinto tamaño	E	E	E
Lápiz para rotular	E	E	E
Rótulos de medicamentos	E	E	E
Sachet de Alcohol	E	E	E
Pinza de Magill lactante y adulto	E	E	E
Trocar de osteoclisis	E	E	E
Tijeras	E	E	E
Conductor de intubación flexible	E	E	E
Cánulas de aspiración rígida	E	E	E
Conductores endotraqueales finos y gruesos	E	E	E
Guantes estériles de distintos tamaños	E	E	E
Guantes de procedimiento			
Sondas nasogástricas de distinto tamaño	E	E	E
Sondas de aspiración flexibles	E	E	E
Tela adhesiva	E	E	E
Riñón estéril	E	E	E
Set de aspiración completo reloj aspiración canister con siliconas	E	E	E
Reloj cronómetro	E	E	E
Anteojos de protección o Mascarilla con viscera y antiparra	E	E	E

X. PLANTA FÍSICA

Las siguientes recomendaciones se basan en la NORMA TÉCNICA BÁSICA DE AUTORIZACION SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE ATENCIÓN CERRADA, sin embargo representan el mejor estándar para otorgar una atención segura y de calidad a los pacientes pediátricos críticamente enfermos, por lo que deben primar, en caso que excedan a las mismas.

Requisitos generales de la planta física

- Contar con acceso restringido a la circulación de público.
- Debe tener sala de espera de familiares y baño dentro, anexo o cercano a ella, preferiblemente con ducha para padres que acompañan a sus hijos.
- Previo al ingreso a la unidad debe contar con una zona de lavado de manos para visitas.
- Debe tener una bodega para almacenamiento de equipos (bombas, monitor no invasivo u otros), cuyo tamaño dependerá del número de camas disponibles, no debiendo ser menor a 12 m². Esta debe poseer un mínimo de 20 enchufes por cada 18 camas considerando la cantidad de equipos a almacenar.
- Closet de almacenamiento de ropa.
- Acceso a Estar / Residencia para personal de turno.
- Baños para el personal (proporción estimada de 1 por cada 10 personas).
- Recinto de Aseo.
- Sistema de iluminación regulable en cada módulo de hospitalización (300 lumens).
- Sistema de iluminación en clínica y estación de enfermería (200 lumens) y pasillos (200 lumens).
- Sistema de iluminación de emergencia en módulos de paciente, pasillos, estación y clínica de enfermería, áreas administrativas y salas de espera.
- Sistema para mantener temperatura ambiental $\pm 20 - 24$ °C.
- Debe contar con un baño de paciente con ducha máximo de uno por cada 12 camas de UTI.
- Tomas de agua para manejo de equipo de reemplazo renal agudo.

Módulo de atención del paciente

- Cada módulo debe disponer de espacio suficiente para acceder a la cama o camilla por los cuatro costados.
- Cubículo del paciente crítico: 16 mts² - 20 mts.
- Cubículo de paciente crítico estable: 12- 16 mts.
- Debe existir separación física entre los cubículos (pared, tabiques fijos o cortinas) siendo deseable los cubículos individuales.
- Acceso a lavamanos, en orden de 1 lavamanos por cada 4 camas.
- Cama clínica articulada y/o cuna con barandas y respaldo desmontable, preferiblemente eléctricas, con módulo radio lúcido.
- Velador, Mesa rodable multiuso y Bergere para padres.

- Sistema de llamado para el paciente (timbre).
- Dispositivos de organización de equipos y dispositivos porta sueros.
- Suministro de gases clínicos en UPC de alta y mediana complejidad, al menos:
 - ≥ 2 tomas de Oxígeno
 - ≥ 2 tomas de Aire
 - ≥ 2 de Vacío
- Tomas de suministro eléctrico:
 - Según el nivel de complejidad deberán contar con rangos entre 8 y 18 tomas eléctricas
 - 1 a 2 de las cuales deben ser de 16 amperes (para uso de equipos de alto consumo)
- Los equipos de cada cubículo están señalados en el Ítem Equipamiento.
- En caso de disponer de columna de UCI se recomienda que su ubicación se encuentre a nivel de la cabecera y a izquierda del paciente.

Nota: los centros de alta complejidad y centros de referencia deben tener módulos de aislamiento respiratorio y ambiente protegido.

Estación de enfermería

- Se localiza en un área central que permita la supervisión visual de los pacientes (directa o indirecta por monitores) que se encuentran en la Unidad.
- Dispone de:
 - Mesón para realizar actividades de registros, fichas clínicas y documentación.
 - Equipamiento de comunicación (computadores, teléfonos, citófonos, otros), estantería o carro para almacenamiento de historias clínicas.
- Su superficie depende del número de camas que supervise.

Área de trabajo limpio o Clínica de Enfermería

- Se localiza en un área accesible y con comunicación expedita al área de hospitalización
- Cuenta con:
 - Lavamanos, estantería cerrada para almacenamiento de material clínico y medicamentos
 - Armario y/o estantes para almacenamiento de material estéril
 - Área de preparación de medicamentos

Área Trabajo sucio

- Se localiza en un espacio accesible y con comunicación expedita al área de hospitalización y separado del área limpia
- Dispone de:
 - Espacio para almacenamiento de contenedores para basura, ropa sucia y residuos sólidos.

Área de eliminación de residuos y aseo de chatas

- Se dispone de instalaciones para eliminación de excretas y aseo de chatas, cercanas a las áreas de hospitalización.
- El área dispone de:
 - Artefacto sanitario (botaguas, WC, etc.) para eliminación de excretas
 - Dispositivo para aseo de chatas (manual o automático)
 - Lavamanos
 - Depósito lavado profundo
 - Sistema para almacenamiento de chatas y sistema recolección de orina.

Recinto de aseo

- Se localiza en un espacio accesible y con comunicación expedita al área de hospitalización y separado del área limpia
- Dispone de:
 - Depósito de lavado profundo
 - Mueble para insumos de aseo y basurero

Áreas administrativas generales

- Oficina de médico jefe
- Oficina de enfermera coordinadora
- Cubículos médicos y enfermera de continuidad
- Área de Secretaría
- Residencia médica con cama
- Estar del personal
- Sala de reuniones
- Servicios higiénicos personal
- Debe incluir lactario
- Sala entrevista y entrega información a padres

Otros:

Acceso a Servicios, Unidades de Apoyo y Especialidades			
Líneas telefónicas con salida directa	E	E	E
Banco de sangre 24 horas	E	E	E
Imagenología			
▸ Rx portátil 24 hrs y elementos de protección radiológica correspondiente	E	E	D
▸ Fluoroscopia	E	E	D
▸ Tomografía Axial Computarizada	E	E	D
▸ Resonancia magnética	E	D	NA
▸ Ultrasonografía	E	E	E
▸ Ecocardiografía	E	D	D
▸ Angiografía	E	D	NA
▸ Medicina nuclear	E	D	NA
Electroencefalografía	E	E	D
Laboratorio			
▸ Gases en sangre	E	E	E
▸ Hemograma	E	E	E
▸ Examen de orina	E	E	E
▸ Perfil bioquímico básico (BUN, creatinina, glicemia, ELP)	E	E	E
▸ Estudio de coagulación básico	E	E	E
▸ Estudio líquidos orgánicos	E	E	E
▸ Calcio, Fósforo, Magnesio	E	E	D
▸ Amonio	E	E	D
▸ Ácido láctico	E	E	D
▸ Niveles plasmáticos de drogas	E	D	D
▸ Screening toxicológico	E	D	D
▸ Niveles salicilatos, acetaminofeno, digital	E	D	D
▸ Exámenes microbiológicos	E	E	E
Nefrología - Hemodiálisis	E	D	D
Neurocirugía 24 horas	E1 / D	E1 / NA	NA
Cirugía 24 horas	E	E	D
Anestesia 24 horas	E	E	D
Pabellón quirúrgico 24 horas	E	E	D
Estudios hemodinámicas	D	NA	NA
Farmacia de 24 hrs con reposición de dosis unitaria y stock	E	E	D
Central de insumos	E	E	D
Central de alimentación	E	E	D
Servicio de esterilización las 24 hrs	E	E	D

Psicología de Enlace – Salud Mental	E	E	O
Neuro rehabilitación	E	D	NA
Asistencia Social	E	E	E
Acceso al siguiente equipamiento/PROCEDIMIENTO			
Fibrobroncoscopia	E	D	O
Endoscopia Digestiva	E	D	O
Equipo de Oxido Nítrico	E	NA	NA
Equipo de Hemodiálisis (Aguda)	E	D	NA
Equipo de Plasmaféresis	E	D	NA

E = Esencial; D = Deseable; O = Opcional; NA = No aplica

XI. DETERMINACIÓN DE NECESIDADES DE CAMAS DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Existen diversos sistemas en el mundo para estimar las necesidades de camas de cuidados intensivos pediátricos en una determinada población, aunque de su aplicación se obtienen resultados muy dispares influenciados fundamentalmente por la realidad local.

Luego de la revisión de la literatura, esta Comisión de Expertos ha definido que operativamente el cálculo del número de **camas UCI** para las UPCP en Chile se debe realizar según la propuesta de la Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos que establece **entre un 4 y 8 % de la dotación de camas pediátricas para la atención del paciente crítico** (camas UCI). Estas se calculan según la siguiente fórmula:

Fórmula cálculo de camas pediátricas = *(1.12 camas por cada 1.000 habitantes de 0-15 años de la población asignada) - (4 camas por cada 1.000 recién nacidos vivos de la población asignada)*

Sobre el valor obtenido de camas pediátricas, desde un porcentaje basal de un 4%, se llega hasta un 8% máximo según las siguientes variables:

- Según Complejidad:
 - 2% para UPCP de Alta Complejidad
 - 0,5% para UPCP de Mediana complejidad
 - 0,25% para UPCP de Baja Complejidad
- Según distancia y/o accesibilidad a Centros de Derivación:
 - 1% si se encuentra a una distancia mayor a 200 kms. de un centro de mayor complejidad o accesibilidad difícil, es decir, geográficamente ubicado en zonas de difícil acceso y/o salida.
- Centro de referencia:
 - 1% si es centro de referencia para otros establecimientos, es decir, la capacidad resolutoria según la infraestructura instalada en tecnología diagnóstica y terapéutica, así como la especialización de sus equipos médicos que lo acrediten como centro prestador del Sistema Público para las patologías complejas que le serán derivadas de otras áreas de salud.

Variable		Porcentaje Adicional al 4% basal
COMPLEJIDAD	Alta	2%
	Mediana	0,5%
	Baja	0,25%
ACCESIBILIDAD		1%
CENTRO DE REFERENCIA		1%

Fórmula Cálculo Camas UCIP totales = 4% de las camas pediátricas según fórmula + x% complejidad + x% accesibilidad+ x% centro de referencia

Según lo definido en el punto VI. Organización de las UPCP, el número de camas de UTI debe ser al menos el doble de las camas UCI calculadas.

XII. DOCUMENTOS FUNDAMENTALES EN UPCP

Con el fin de asegurar una atención de salud oportuna, segura y de calidad, las unidades de paciente crítico deberán cumplir los programas, manuales, normas y protocolos del Ministerio de Salud, sin perjuicio de instrucciones internas que faciliten el cumplimiento de las normas a nivel local. Estos documentos deben ser debidamente socializados entre el personal de salud de la unidad, estar disponibles permanentemente para su revisión y deben ser de público conocimiento. Estos documentos deben estar actualizados periódicamente.

XIII. FUNCIONAMIENTO BÁSICO DE LA UPCP

A. CRITERIOS DE ADMISIÓN

Criterios de Admisión para el ingreso a UCI:

Se consideran pacientes candidatos a ingresar a UCI, aquellos que cumplan con la definición del paciente crítico inestable. Esto es NCII y NC III.

Criterios de Admisión para el ingreso a UTI:

Se consideran pacientes candidatos a ingresar a UTI, aquellos que cumplan con la definición del paciente crítico estable. Esto es NCI.

Los criterios de ingreso por sistemas dependerán de la complejidad de la unidad y de su cartera de servicios.

B. CRITERIOS DE EGRESO

Criterios de egreso de UCI:

Los pacientes catalogados **NC II y NC III** para ingresar a la UCI serán dados de alta cuando ya no requieran de tratamiento intensivo por mejoría o cuando por la evolución de la enfermedad el pronóstico a corto o mediano plazo sea malo y no tenga posibilidades de recuperación o beneficio con la terapia intensiva.

En esta última circunstancia se brindarán al paciente los cuidados necesarios y proporcionales a su condición clínica incluida la programación de un cuidado paliativo cuando corresponda. El lugar de ese cuidado será definido para cada paciente y no deberá contravenir los criterios de ingreso y egreso de la UPC.

En lo posible, y con el objeto de mantener y afianzar los resultados obtenidos en la Unidad de Cuidado Intensivo, el egreso deberá ser hacia una Unidad de Cuidado Intermedio, con debida información al equipo de salud que se hará cargo del paciente.

Criterios de egreso de UTI:

Se considerarán criterios de egreso de intermedio cuando la condición que motivo su admisión este resuelta y las condiciones del paciente permitan un manejo en sala con cuidados mínimos.

Además se agregan:

- Niño con ventilación mecánica crónica, cuya descompensación ha sido recuperada o resuelta, se encuentra estable y puede ser trasladado a otra unidad, que maneja tales pacientes o cuando corresponde a su domicilio
- Niños con traqueotomía estable (madura) que no requieren procedimientos de aspiración frecuentes
- Niños en los que el equipo de salud de la unidad, en conjunto con la familia del paciente, determina que no hay beneficios en su mantención en la UTI o que las medidas terapéuticas son fútiles o no se enmarcan en las consideraciones éticas correspondientes.

C. ENTREGA DE TURNO

La entrega de turno es una actividad que debe ser realizada por todos los estamentos para informar sobre las condiciones del paciente, tratamiento y novedades en la Unidad. Para esta actividad cada estamento definirá el tiempo y el lugar. De efectuarse frente a la cama del paciente, ésta se hará con la necesaria prudencia y con lenguaje y actitud que no le afecte.

El estamento médico debe aplicar el protocolo validado institucionalmente de entrega de turno el que deberá quedar debidamente registrado y archivado (papel o electrónico).

El personal de enfermería realizará la entrega de turno en base a protocolo validado institucionalmente, el que deberá quedar debidamente registrado y archivado (papel o electrónico). Su aplicación debe ser al frente del paciente, contemplando sus condiciones clínicas actuales, comprobar la velocidad de infusiones parenterales v/o enterales, características del o los sitios de punción, drenajes, heridas operatorias, parámetros del ventilador mecánico y control hemodinámico, entre otros.

En lo administrativo se debe verificar el cumplimiento de las normas de cada Unidad, así como los insumos del carro de paro, ingresos y egresos, novedades, control de estupefacientes y toda aquella información que la Unidad estime pertinente.

Los Kinesiólogos harán entrega de turno en base a protocolo validado institucionalmente, el que deberá quedar debidamente registrado y archivado (papel o electrónico) en los ámbitos de su rol profesional.

D. POLÍTICAS Y NORMAS DE COMUNICACIÓN EXTERNAS

Todo paciente pediátrico internado en una UPC tiene derecho a estar en contacto o acompañado por sus padres u otro apoderado legal.

Desde que ingresa el paciente se iniciará el proceso de **Consentimiento Informado** consistente en una relación clínica abierta y fluida entre los profesionales de la salud y el paciente y sus familiares que culminará con la firma de un documento ad hoc, conforme a párrafo 6º de la Ley Nº 20.584.

Los horarios de visita o prolongación de la compañía podrán ajustarse según necesidades y objetivos de la Unidad en cada momento.

Los miembros del equipo de salud podrán solicitar a los familiares abandonar la Unidad para la mejor atención del paciente.

E. INFORMACIÓN A LOS FAMILIARES

La información detallada estará restringida a los padres o representante legal y telefónicamente sólo se comunicará el estado general de salud del paciente resguardando la confidencialidad de datos sensibles.

El equipo médico será el encargado de:

- Informar en forma continua y objetiva del estado de salud del paciente
- Hacer partícipe a los padres o representante legal de las decisiones médicas con respecto a su paciente.
- La información sobre diagnóstico, tratamiento y pronóstico será entregada por el médico intentando dar continuidad y uniformidad en los contenidos entregados.

La información referente al funcionamiento de la Unidad y educación a los padres debe ser permanente, dada entre otros por el profesional de enfermería incluye:

- Normas internas del funcionamiento de la Unidad.
- Explicar el rol de los padres en la Unidad durante la hospitalización del niño.
- Enseñar las técnicas o cuidados a realizar por ellos.
- Presentar al equipo de salud y su rol.

F. VISITA A LOS PACIENTES

Debe existir una clara política de visitas que no interfiera con el funcionamiento de la Unidad ni implique riesgos al paciente. Deberá ser lo más amplia posible procurando facilitar una larga permanencia de los padres al lado del paciente para acelerar su recuperación.

Estará restringida a los padres, o en su defecto al apoderado. Excepciones a esta regla dependerán de la estructura familiar y situación social del caso individual.

Podrá ser interrumpida transitoriamente en casos específicos por indicación médica, por seguridad del niño o si los padres incurrieran en conductas no acorde a las buenas costumbres o no observancia de las normas de seguridad de la UCI.

G. TRASLADO DE PACIENTES CRÍTICOS

El traslado de pacientes fuera de la Unidad para ser sometido a un determinado procedimiento o para efectuar un examen dentro o fuera del recinto hospitalario, deberá contar con la aprobación del residente de la Unidad, el que determinará, según las condiciones clínicas del paciente, quienes conformarán el equipo de traslado idóneo capaz de enfrentar y resolver cualquier emergencia que se presente durante el traslado, y determinará la necesidad que el paciente concurra debidamente monitorizado, intubado o con un respirador portátil o bolsa de insuflación manual.

Las premisas para realizar un traslado crítico son las siguientes:

- El traslado siempre debe hacerse en las mejores condiciones posibles, habiendo intentado estabilizar previamente al paciente pero sin demora.
- Debe asegurarse el ABC disponiendo de recurso humano, insumos y equipos necesarios para poder actuar ante cualquier emergencia, según instrucción local conforme normativa vigente.
- El objetivo del equipo de traslado es intentar mantener estable al paciente dentro de su condición.

En el caso de traslado desde otra unidad o servicio clínico a la UPC, será de entera responsabilidad médico legal de quién solicitó el cupo.

H. SISTEMA DE REGISTRO Y EVALUACIÓN

El sistema de registros dependerá de cada nivel local, debiendo existir la tendencia a crear un registro unificado a nivel nacional, a través de un sistema computacional.

Los registros deben ser documentos confidenciales, que tienen connotaciones legales. De este modo, si los datos allí contenidos corresponden a aquellos regulados en el párrafo 5º de la Ley N° 20.584, el sistema de registro deberá cumplir con los requisitos establecidos en el Decreto N° 41 de 2012, del Ministerio de Salud.

En todo caso, el lenguaje empleado debe ser técnico y detallado, con datos de máxima exactitud. En ellos no deben utilizarse abreviaturas que no sean de uso común.

Deberá desarrollarse un sistema de indicadores de cobertura y calidad de atención de la UPC o UTI.

I. BIBLIOTECA

La Unidad debe contar con una biblioteca que contemple al menos los manuales de consulta habitual. Deberá tener acceso a una biblioteca de mayor complejidad.

Incluye el acceso local a Internet con programas médicos necesarios para la información permanente.

XIV. INDICADORES

Los indicadores a medir en UPCP deben considerar siempre aquellos obligatorios exigidos según normativa vigente e idealmente algunos definidos como deseables por este grupo de trabajo.

Estos se describen en la siguiente tabla:

Indicador Obligatorio	Categoría	Fórmula	Estándar	Descripción
ITS/CVC: infección tracto sanguíneo/ catéter venoso central	RESULTADO	Nº de pacientes con infección del tracto sanguíneo asociada al uso de CVC/ Nº de total días CVC x 1.000	Menor o igual según estándar nacional	
ITU/CUP: Infección tracto urinario/ catéter urinario permanente	RESULTADO	Nº de ITU asociadas a uso de CUP / Nº de días totales de CUP x 1.000	Menor o igual según estándar nacional	
Neumonía asociada a VM	RESULTADO	Nº de pacientes con NAVM / Nº total de días conectados a VM x 1000		Aparición de nuevos infiltrados bronco alveolares a las 48 hrs. de conexión En Rx tórax, sin otro foco determinado, Fiebre sobre 38ª ax, Exs. Clínicos de apoyo, LBA (+)
NPT/CVC: Infección del torrente sanguíneo asociada a administración de nutrición Parenteral por CVC	RESULTADO	Nº de infecciones del torrente sanguíneo asociadas a administración de NPT por CVC / Nº días CVC totales x 1.000	2,3	

Indicador Deseable	Categoría	Fórmula	Estándar sugerido	Descripción
Promedio días de estada	RESULTADO/ OPERACIONAL	días camas ocupados / Nº egresos x 100	≤ 6	
Índice sustitución	RESULTADO	(Total de días cama en trabajo - Total de días cama ocupados) / Total de egresos en el período	20% de disminución, bajo su línea base ó ≤ 2	Este índice expresa de manera indirecta el tiempo promedio que transcurre entre la salida y llegada de un paciente a una cama. Se debe considerar como egresos las altas, fallecidos y traslados.
Índice ocupacional	RESULTADO	Nº de días cama ocupados en el mes / Nº de días cama disponibles en el mes x 100	75% ≤ X ≤ 90%	Mide el grado de uso (%), de las camas disponibles o en trabajo para un determinado período.

XV. BIBLIOGRAFÍA

- Convención sobre los Derechos del Niño. Decreto N° 830, versión única del 27 septiembre de 1990. Fecha de promulgación: 14 de agosto de 1990. Ministerio de Relaciones Exteriores. En: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=15824>.
- Norma General Administrativa N° 4. "Derechos del Niño Hospitalizado". Resolución Exenta N° 1186 de 1995. Ministerio de Salud, Chile. En: juridico1.minsal.cl/RESOLUCION_1186_95.doc.
- Rosenberg D, Moss M and the American College of Critical Care Medicine of the Society of Critical Care Medicine Guidelines and levels of care for pediatric intensive care units. *Crit Care Med*. 2004. 32:2117-2127.
- Launes C, Cambra F, Jordán I, Palomeque A. Withholding or withdrawing life-sustaining treatments: an 8-yr retrospective review in a Spanish pediatric intensive care unit. *Pediatr Crit Care Med*. 2011. 12:e383-e385.
- Herreros B, Palacios G, Pacho E. Limitación del esfuerzo terapéutico. *Rev Clin Esp*. 2012. 212:134-40.
- Torreão L de A, Pereira C, Troster E. Ethical aspects in the management of the terminally ill patient in the pediatric intensive care unit. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo*. 2004. 59:3-9.
- Thompson D, Kirk D, Cadenhead C, Swoboda S, Schwindel S, Anderson D, Schmitz E, St. Andre A, Axon D, Harrell J, Harvey M, Howard A, Kaufman C, Petersen C. Guidelines for intensive care unit design. *Crit Care Med*. 2012. 40:1586-1600.
- Valentin A, Ferdinande P, ESICM Working Group on Quality Improvement Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive Care Med*. 2011. 37:1575-87.
- Sáez E, Infante A. Guías 2004 de organización y funcionamiento de unidades de pacientes críticos. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*. 2004. 19:209-223.
- La Administración y sus Orígenes. En: Administración de Enfermería, <http://www.aibarra.org/Apuntes/Administracion/default.htm>.
- Gaete V, Henríquez ME, Robledo P, Zubarew T, Peralta E, Sagredo C, Funes F, Comité de Adolescencia, Sociedad Chilena de Pediatría. Fundamentos para la extensión de la edad pediátrica hasta el término de la adolescencia a nivel de toda la red asistencial de salud. Recomendación del Comité de Adolescencia de la Sociedad Chilena de Pediatría. *Rev. Chil. Ped*. 2011. 82:447-453.
- Guía de Organización y Funcionamiento Unidades de Pacientes Críticos Pediátricos (UPCP). Ministerio de Salud. 2006.
- Norma Técnica Básica de Autorización Sanitaria para establecimientos de salud de atención cerrada. En: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/b0226a5e50cdb42fe04001011e0147fa.pdf>.
- Infecciones Intrahospitalarias. En: http://web.minsal.cl/infecciones_intrahospitalarias/.
- Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada. Superintendencia de Salud. Intendencia de Prestadores en Salud. Decreto Exento N°18. Ministerio de Salud. 2009. En: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articles-4530_Manual_AC_.pdf.

