



Resolución Directoral

Lima, 09 de MARZO de 2026

VISTO:

El Expediente Administrativo con Registro N° 06748-2026, que contiene la Nota Informativa N° 008-DMI-HNDM-2026, de fecha 11 de febrero de 2026, mediante el cual el Jefe del Departamento de Medicina Interna del Hospital Nacional "Dos de Mayo", solicita la creación de la Unidad Funcional: Unidad Médica de Agudos (UMA);

CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar, de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, establece que, es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea; es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Decreto Supremo N° 054-2018-PCM y sus modificatorias, se aprueban los Lineamientos de Organización del Estado, que regulan los principios, criterios y reglas que definen el diseño, estructura, organización y funcionamiento de las entidades del Estado, para que conforme con su tipo, competencias y funciones, se organicen de la mejor manera a fin de responder a las necesidades públicas, en beneficio de la ciudadanía;

Que, la Décima Disposición Complementaria Final de los Lineamientos de Organización del Estado, modificada por el artículo 2° del Decreto Supremo N° 064-2021-PCM, señala que, excepcionalmente, un órgano o unidad orgánica de una entidad pública puede conformar una unidad funcional en su interior, siempre que el volumen de operaciones o recursos que gestione para cumplir con sus funciones de línea o administración interna, así lo justifique, de modo tal de diferenciar las líneas jerárquicas, y alcances de responsabilidad;

Que, la citada Disposición también prevé que, una unidad funcional no constituye una unidad de organización sino un equipo de trabajo al interior del órgano o unidad orgánica dentro del cual se constituye. Este equipo de trabajo, dada su excepcionalidad, se formaliza mediante resolución de la máxima autoridad administrativa, previa opinión favorable de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto o la que haga sus veces. Dicha resolución se publica en el Portal de Transparencia Estándar de la entidad, en el ítem "Planeamiento y Organización", bajo responsabilidad del funcionario a cargo de dicho portal;

Que, en esa línea, esta Disposición también precisa que, las unidades funcionales no aparecen en el organigrama ni su conformación supone la creación de cargos ni asignación de nuevos recursos. Las líneas jerárquicas, responsabilidades y coordinador a cargo de la unidad funcional se establecen en la resolución que la formaliza. La responsabilidad por las funciones asignadas al órgano o unidad orgánica, incluidas las encomendadas a la unidad funcional, recae en el jefe o el que haga sus veces, de dicho órgano o unidad orgánica, sin perjuicio de la responsabilidad del coordinador de la unidad funcional;



Que, de acuerdo al artículo 22° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo", aprobado mediante Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, el Departamento de Medicina Interna del Hospital Nacional "Dos de Mayo", es el órgano encargado de la atención médica integral especializada a los pacientes adultos, según el nivel de complejidad, depende de la Dirección General;

Que, mediante la Nota Informativa N° 008-DMI-HNDM-2026, de fecha 11 de febrero de 2026, el Jefe del Departamento de Medicina Interna del Hospital Nacional "Dos de Mayo", solicita la creación de la Unidad Funcional: Unidad Médica de Agudos (UMA); para tal fin, presenta como sustento técnico la "Propuesta de Creación de la Unidad Funcional; Unidad Médica de Agudos (UMA);

Que, a través del Informe Técnico N° 05-2026-ETO-OEPE-HNDM y Proveído N° 026-2026-OEPE-HNDM, de fecha 25 de febrero de 2026, emitida por la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, se encuentra sustentado la propuesta de la solicitud de creación de la Unidad Funcional: Unidad Médica de Agudos (UMA) y su Reglamento, ajustada a los criterios y requisitos establecidos en los lineamientos de organización del Estado, con tanto su conformación responde a la necesidad de especializar funciones y optimizar proceso clínicos y de gestión sin modificar la estructura orgánica formal ni generar cargas presupuestarias adicionales; para tal fin, presenta como sustento técnico la "Propuesta de Creación de la Unidad Funcional Unidad Médica de Agudos (UMA);

De la revisión de la documentación que obra en el expediente se aprecia que la propuesta de creación de la Unidad Funcional: Unidad Médica de Agudos (UMA) se encuentra conforme a la normatividad vigente, el cual cuenta con la opinión favorable de los órganos técnicos por lo que resulta viable la emisión del acto resolutivo;

Estando a lo informado por la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y por el Jefe del Departamento de Medicina Interna;

Con las visaciones del Director Adjunto de la Dirección General, del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Administración, de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, del Jefe del Departamento de Medicina Interna y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo establecido en la Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo" y la Resolución Ministerial N° 057-2026/MINSA, que designa temporalmente al Director de Hospital III (CAP-P N° 001), de la Dirección General del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la Creación de la Unidad Funcional: Unidad Médica de Agudos (UMA), y su Reglamento, que se encargará de brindar atención médica a los pacientes agudos con requerimientos de monitoreo, soporte hemodinámico y oxigenoterapia de alto flujo, dependiente del Departamento de Medicina Interna del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

Artículo 2°.- La Unidad Funcional: Unidad Médica de Agudos (UMA), del Departamento de Medicina Interna, del Hospital Nacional "Dos de Mayo", desarrollará las siguientes funciones:

- Brindar atención médica especializada e integral a pacientes adultos con patología aguda prioridad 3 que requieran monitoreo hemodinámico continuo no invasivo, soporte vasopresor y/o oxigenoterapia de alto flujo en el ámbito de competencia de la Medicina Interna.



Resolución Directoral

Lima 09 de Marzo de 2026

- b) Estabilizar a pacientes críticos que no acceden oportunamente a la UCI por limitación de camas, garantizando un adecuado nivel de cuidado y un puente entre la hospitalización convencional y los cuidados intensivos.
- c) Recibir pacientes provenientes de los servicios del Departamento de Medicina Interna, conforme a las vías de ingreso y criterios de admisión establecidos.
- d) Ser un centro de formación para médicos residentes de la Especialidad de Medicina Interna en el manejo de pacientes con patología aguda que requieren monitoreo hemodinámico continuo, soporte vasopresor y/o oxigenoterapia de alto flujo.

Artículo 3°.- Disponer que, la Jefatura del Departamento de Medicina Interna, gestione la aprobación y/o modificación de los documentos normativos que correspondan para el cabal funcionamiento de la Unidad Funcional creada mediante el artículo primero de la presente resolución.

Artículo 4°.- Disponer que, la Oficina Ejecutiva de Administración y la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, adopten las acciones que resulten necesarias para la implementación de la Unidad Funcional, acorde a lo dispuesto en la presente Resolución.

Artículo 5°.- Disponer que, las Jefaturas de los Departamentos, Oficinas, y demás Órganos del Hospital, bajo responsabilidad, brinden las facilidades y el apoyo necesario que requiera la Unidad Funcional creada mediante la presente resolución, para el cumplimiento de sus funciones.

Artículo 6°.- Disponer que, la Jefatura de la Oficina de Estadística e Informática de la Institución, publique la presente resolución directoral en el portal institucional del Hospital <http://www.hdosdemayo.gob.pe>.

Regístrese, comuníquese y publíquese;



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
DR. CARLOS GERMAN MEDINA SORIANO
Director General
CMP N° 16688 RNE. 11414

CGMS/RVTC/CSCC

C.c.:

- Dirección General.
- Dirección Adjunta.
- Ofic. de Control Institucional.
- Ofic. Ejecutiva de Administración.
- Ofic. Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.
- Ofic. Asesoría Jurídica.
- Ofic. de Estadística e Informática.
- Dpto. de Medicina Interna.
- Archivo.



HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO

Departamento de Medicina Interna

**PROPUESTA DE CREACIÓN Y REGLAMENTO
DE LA UNIDAD FUNCIONAL:**

UNIDAD MÉDICA DE AGUDOS (UMA)

*Unidad funcional para la atención de pacientes agudos con requerimientos
de monitoreo, soporte hemodinámico no invasivo y oxigenoterapia de alto flujo,
dependiente del Departamento de Medicina Interna*

Lima, febrero de 2026



ÍNDICE

ÍNDICE	2
I. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN	4
1.1. Contexto situacional	4
1.2. Identificación del problema	4
1.3. Marco normativo.....	5
II. DENOMINACIÓN Y NATURALEZA JURÍDICO-FUNCIONAL.....	6
2.1. Nombre propuesto.....	6
2.2. Fundamentación de la denominación	6
2.3. Definición operativa.....	6
III. OBJETIVOS	7
3.1. Objetivo general	7
3.2. Objetivos específicos	7
IV. PERFIL DEL PACIENTE Y CRITERIOS DE ADMISIÓN.....	7
4.1. Criterios de ingreso	7
4.2. Criterios de exclusión	8
4.3. Criterios de alta / transferencia	8
4.4. Flujograma de ingreso a la UMA	9
V. INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO.....	10
5.1. Infraestructura disponible.....	10
5.2. Equipamiento mínimo requerido	10
VI. MODELO ORGANIZATIVO Y RECURSO HUMANO.....	11
Funciones de la Unidad Médica de Agudos (UMA).....	11
6.1. Dependencia jerárquica	11
6.2. Dotación de personal médico.....	11
6.2.1. Funciones del Médico Coordinador de la UMA	12
6.2.2. Funciones del Médico Internista de Guardia en la UMA	13
6.3. Dotación de personal de enfermería y técnico	14
6.4. Interconsultas y coordinación con UCI	14
VII. PROTOCOLOS CLÍNICOS FUNDAMENTALES.....	15
7.1. Protocolo de manejo de shock y vasopresores	15
7.2. Protocolo de oxigenoterapia escalonada	15
7.3. Protocolo de monitoreo hemodinámico.....	15
7.4. Protocolo de admisión y alta	15
7.5. Protocolo de prevención de infecciones asociadas a dispositivos	15
7.6. Protocolo de código azul en la UMA	15
VIII. INDICADORES DE GESTIÓN Y CALIDAD	16



IX. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN.....	17
9.1. Fases de implementación	17
X. ANÁLISIS DE VIABILIDAD	17
10.1. Viabilidad técnica	17
10.2. Viabilidad de recurso humano.....	18
10.3. Viabilidad normativa	18
10.4. Impacto esperado.....	18
XI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	19
11.1. Conclusiones	19
11.2. Recomendaciones.....	19



I. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

1.1. Contexto situacional

La creación de la Unidad Médica de Agudos (UMA) se sustenta técnicamente como una implementación de los Cuidados Intensivos Extendidos, definidos por la NTS N° 244-MINSA/DGAIN-2026 como la atención brindada fuera de la unidad de cuidados intensivos tradicional para asegurar la continuidad del cuidado ante la saturación de camas. Esta unidad responde a la brecha asistencial crítica detectada en el Hospital Nacional Dos de Mayo, donde la ocupación de la UCI supera el 95%, obligando a pacientes con necesidad de monitoreo continuo a permanecer en áreas no acondicionadas. Bajo este marco normativo, la UMA no busca sustituir a la UCI, sino funcionar como un eslabón de estabilización mediante un sistema de alerta temprana y manejo inicial oportuno para reducir la morbilidad.

El perfil asistencial de la UMA se centra exclusivamente en pacientes clasificados como Prioridad 3, quienes presentan disfunción orgánica que requiere monitoreo o terapias intensivas no invasivas, como la oxigenoterapia de alto flujo. Según el Anexo N° 9 de la citada norma, estos pacientes pueden ser tratados en un nivel de atención menor a la UCI bajo vigilancia médica especializada. Ante el déficit de médicos intensivistas, el personal de Medicina Interna está facultado para liderar esta respuesta operativa conformando Equipos de Respuesta Rápida Intensiva (ERRI), garantizando la evaluación y el tratamiento precoz del paciente crítico o en riesgo de estarlo en áreas de expansión dependientes de nuestro departamento.

Desde el punto de vista operativo y de gestión de recursos humanos, la unidad es plenamente viable al alinearse con los estándares normativos. La dotación médica propuesta de un médico internista por cada ocho camas cumple con el parámetro establecido para cuidados intermedios y extendidos, integrándose al sistema de guardias actual sin generar costos inmediatos de contratación. Asimismo, se propone una ratio de enfermería de 1:3, superior a la hospitalización convencional, para garantizar la calidad y seguridad en el manejo de los pacientes. En conclusión, la UMA optimiza el flujo hospitalario al asumir las Prioridades 3, liberando las camas de la UPSS Cuidados Intensivos para pacientes de Prioridad 1 y 2 que requieren soporte vital invasivo.

1.2. Identificación del problema

Se han identificado las siguientes problemáticas críticas que sustentan la presente propuesta:

a) Saturación de la Unidad de Cuidados Intensivos: La UCI opera con una tasa de ocupación cercana al 100%, sin capacidad de absorber la demanda de pacientes críticos provenientes tanto de las áreas de hospitalización como de emergencia. Pacientes con indicación de monitoreo hemodinámico continuo permanecen en áreas no diseñadas para tal fin, con el consiguiente riesgo clínico.

b) Pacientes en hospitalización convencional con mayor requerimiento de monitoreo y manejo: Existe un grupo significativo de pacientes hospitalizados en salas de hospitalización de Medicina Interna que presentan deterioro clínico progresivo y requieren una intensificación del



monitoreo y tratamiento que no puede brindarse de forma óptima en las condiciones de una sala convencional.

c) Infraestructura disponible subutilizada: El hospital cuenta con un área física de hasta 6 camas equipada con sistema de oxigenoterapia empotrado, sistema de aspiración centralizado y condiciones ambientales adecuadas, originalmente destinada a una unidad de quemados que no pudo concretarse por falta de personal especializado las 24 horas. Esta infraestructura representa una oportunidad estratégica para cubrir la brecha asistencial identificada.

1.3. Marco normativo

La presente propuesta se sustenta en el siguiente marco legal y normativo vigente:

Norma / Documento	Fundamento
Ley N° 26842 – Ley General de Salud	Establece el derecho de toda persona a recibir atención médico-quirúrgica de emergencia y la obligación de los establecimientos de salud de prestar atención inmediata.
NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03	Define las categorías de establecimientos de salud y las capacidades resolutivas mínimas exigibles para cada nivel, incluyendo la atención de pacientes críticos en establecimientos III-1.
NTS N° 244-MINSA/DGAIN-2026	Norma Técnica de Salud Unidad Productora de Salud Cuidados Intensivos: define el marco normativo para regular la producción de servicios de salud en la Unidad Productora de Servicios de Salud Cuidados Intensivos: UPSS Cuidados Intensivos, en los establecimientos de salud.
RM N° 546-2011/MINSA	NTS N.º 029 – Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud: fundamenta la necesidad de mejorar procesos asistenciales y reducir eventos adversos.
NTS N° 042-MINSA/DGSP V.01	Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia: establece la obligatoriedad de áreas diferenciadas de atención según prioridad y complejidad del paciente.
D.S. N° 013-2006-SA – ROF MINSA	Establece las funciones de los establecimientos de salud y la organización de sus servicios según nivel de complejidad.
Política Nacional de Salud (DS N° 043-2019-SA)	Promueve el fortalecimiento de la capacidad resolutiva de los establecimientos de salud y la optimización de los recursos disponibles.



II. DENOMINACIÓN Y NATURALEZA JURÍDICO-FUNCIONAL

2.1. Nombre propuesto

UNIDAD MÉDICA DE AGUDOS (UMA)

Departamento de Medicina Interna – Hospital Nacional Dos de Mayo

2.2. Fundamentación de la denominación

La denominación «Unidad Médica de Agudos» (UMA) ha sido elegida estratégicamente por las siguientes razones de orden técnico, normativo y operativo:

a) Cuidados Intensivos Extendidos y Diferenciación Normativa: La UMA se enmarca en el concepto de Cuidados Intensivos Extendidos establecido en la NTS N° 244-MINSA/DGAIN-2026, definidos como el cuidado brindado fuera de la UPSS: Cuidados Intensivos para asegurar la continuidad de la atención del paciente en estado crítico ante la sobredemanda o falta de disponibilidad de camas. Al denominarse Unidad Médica de Agudos, se constituye como el área de expansión funcional donde el Departamento de Medicina Interna asume la responsabilidad operativa de pacientes clasificados como Prioridad 3. Según la norma, estos pacientes presentan disfunción orgánica que requiere monitoreo o terapias intensivas no invasivas (como oxigenoterapia de alto flujo) y pueden ser tratados en un nivel de atención menor a la UCI, bajo vigilancia médica especializada. Esta denominación permite que la unidad sea liderada por médicos internistas competentes, quienes según el numeral 5.1.7 de la norma, están facultados para conformar los Equipos de Respuesta Rápida Intensiva (ERRI) ante el déficit de intensivistas, garantizando la estabilización del paciente sin contravenir los requisitos exclusivos de personal de una UCIN tradicional

b) Precisión conceptual: El término «Unidad Médica de Agudos» describe con exactitud la función de la unidad: la atención especializada por médicos internistas de pacientes con patología aguda que requieren monitoreo continuo, soporte hemodinámico y oxigenoterapia de alto flujo, alineándose con el modelo internacionalmente reconocido de Acute Medical Unit (AMU) implementado en sistemas de salud del Reino Unido, Australia y Nueva Zelanda, sin pretender sustituir las funciones propias de una UCI o UCIN, sino complementarlas como área de estabilización y manejo pre-UCI.

c) Coherencia con la estructura orgánica: La UMA se configura como una unidad funcional dependiente jerárquica y operativamente del Departamento de Medicina Interna, en concordancia con el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Hospital Nacional Dos de Mayo y las disposiciones del MINSA sobre organización de servicios.

2.3. Definición operativa

La UMA es una unidad funcional asistencial dependiente del Departamento de Medicina Interna, destinada a la atención de pacientes adultos que requieren monitoreo hemodinámico continuo, soporte vasopresor, oxigenoterapia de alto flujo y/o acceso venoso central, y que por limitación de camas no pueden acceder oportunamente a la Unidad de Cuidados Intensivos.

La UMA NO proveerá ventilación mecánica invasiva. Los pacientes que requieran intubación orotraqueal y conexión a ventilador mecánico deberán ser transferidos a la UCI tan pronto se disponga de cama.



III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

Habilitar un área funcional de atención médica de agudos de hasta 6 camas, dependiente del Departamento de Medicina Interna, para la atención oportuna y segura de pacientes críticos que requieren monitoreo continuo y soporte hemodinámico, como estrategia para disminuir la presión de camas de la UCI y el Servicio de Emergencia.

3.2. Objetivos específicos

1. Reducir los tiempos de espera de pacientes con indicación de cuidados críticos que no pueden acceder a la UCI por saturación de ésta.
2. Dar soporte a las áreas de hospitalización que tengan pacientes con requerimientos de vasopresores y oxigenoterapia de alto flujo.
3. Disminuir la morbimortalidad asociada a la atención de pacientes críticos en áreas no acondicionadas para tal fin.
4. Optimizar el uso de infraestructura hospitalaria disponible y actualmente subutilizada.
5. Mejorar los indicadores de calidad asistencial del Departamento de Medicina Interna y del hospital en su conjunto.
6. Establecer protocolos de manejo estandarizados para pacientes con alta dependencia médica bajo la competencia del internista.
7. Contribuir al cumplimiento de las metas institucionales de reducción de eventos adversos y mortalidad hospitalaria prevenible.

IV. PERFIL DEL PACIENTE Y CRITERIOS DE ADMISIÓN

4.1. Criterios de ingreso

Serán admitidos en la UMA pacientes adultos Prioridad 3, que son pacientes con disfunción orgánica que requieren monitoreo o terapias intensivas (como oxigenoterapia de alto flujo) que pueden ser tratados en un nivel de atención menor a la UCI y que cumplan al menos uno de los siguientes criterios clínicos:

N.º	Criterio clínico	Descripción / Condiciones
1	Requerimiento de vasopresores	Pacientes con inestabilidad hemodinámica que requieren infusión continua de norepinefrina, dopamina, dobutamina u otros agentes vasoactivos para mantener presiones de perfusión adecuadas (PAM $\geq$ 65 mmHg).
2	Oxigenoterapia de alto flujo (CNAF)	Pacientes con insuficiencia respiratoria aguda que requieren cánula nasal de alto flujo (CNAF) con FiO ₂ > 0.50 y flujos superiores a 30 L/min, como estrategia de soporte respiratorio no invasivo previo a la evaluación de necesidad de escalonamiento a UCI.



3	Monitoreo hemodinámico con acceso venoso central	Pacientes portadores de catéter venoso central (CVC) que requieren monitoreo continuo de presión venosa central (PVC), infusión de fármacos vasoactivos por vía central y/o reposición de volúmenes de alto débito.
4	Arritmias con inestabilidad	Pacientes con trastornos del ritmo cardíaco que requieren monitoreo electrocardiográfico continuo e infusión de antiarrítmicos endovenosos (amiodarona, lidocaína).
5	Sepsis con disfunción orgánica	Pacientes con sepsis y score SOFA ≥ 2 que requieren reanimación hídrica agresiva, vasopresores y monitoreo seriado de lactato y otros biomarcadores.
6	Post-procedimiento invasivo de alto riesgo	Pacientes post-toracocentesis evacuatoria o diagnóstica, paracentesis de gran volumen (≥ 5 litros), cardioversión eléctrica, colocación de tubo de drenaje torácico, biopsia hepática percutánea, punción lumbar en pacientes anticoagulados, inserción de catéter venoso central, plasmáferesis, broncoscopia terapéutica, o cualquier procedimiento invasivo con riesgo de complicaciones hemorrágicas, hemodinámicas o respiratorias que requieran vigilancia estrecha en las primeras 24-48 horas.
7	Emergencias graves metabólicas	Cetoacidosis diabética, estado hiperosmolar, crisis tiroidea, insuficiencia suprarrenal aguda, trastornos hidroelectrolíticos graves (hiponatremia severa, hipercalemia con cambios ECG).

4.2. Criterios de exclusión

NO serán admitidos en la UMA los siguientes pacientes:

- Pacientes que requieran ventilación mecánica invasiva.
- Pacientes con indicación quirúrgica inmediata cuyo manejo corresponda a otros departamentos.
- Pacientes pediátricos (menores de 15 años).
- Pacientes con patología psiquiátrica aguda como motivo principal de internamiento.
- Pacientes con prioridad 4, 5.
- Pacientes con diagnóstico de muerte cerebral confirmada.

4.3. Criterios de alta / transferencia

Los pacientes serán dados de alta de la UMA regresando a su servicio de origen cuando:

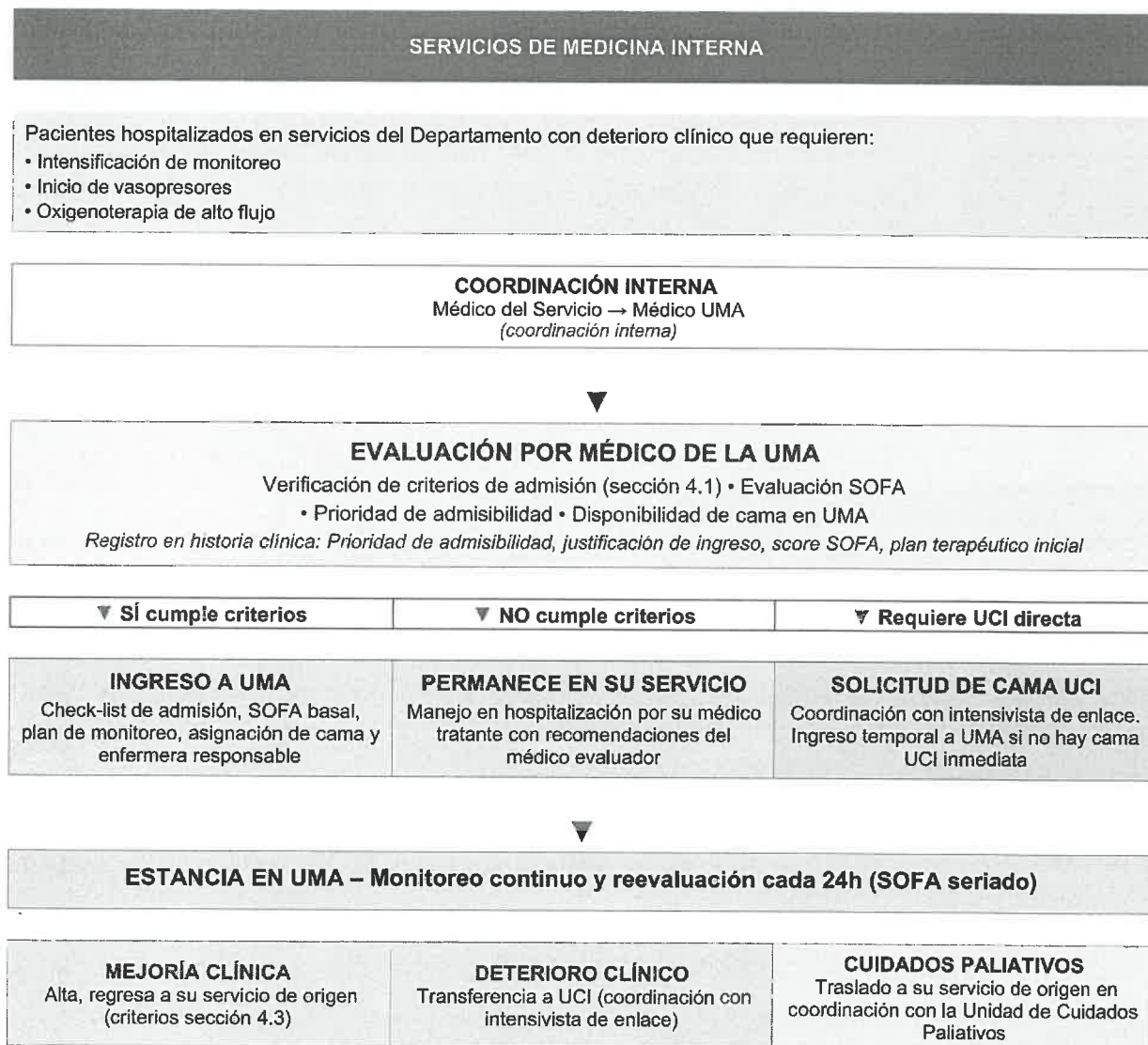
- Se logre estabilidad hemodinámica sin vasopresores por al menos 24 horas, con posibilidad de continuar manejo en su servicio de origen.
- Se logre destete exitoso de oxigenoterapia de alto flujo con $SpO_2 > 92\%$ con dispositivos convencionales.
- Se disponga de cama en UCI para pacientes que presenten deterioro clínico que supere la capacidad resolutoria de la UMA (necesidad de ventilación mecánica invasiva).
- Se determine transición a cuidados paliativos por el equipo tratante y la familia, con traslado a su servicio de origen en coordinación con la Unidad de Cuidados Paliativos.



4.4. Flujograma de ingreso a la UMA

El siguiente flujograma describe la vía de ingreso a la UMA, el mecanismo de coordinación correspondiente y los puntos de decisión clínica, en concordancia con la NTS N.º 042-MINSA/DGSP V.01 y los flujos de referencia interna del Hospital Nacional Dos de Mayo.

FLUJOGRAMA DE INGRESO A LA UNIDAD MÉDICA DE AGUDOS (UMA) – ANEXO 01



Notas operativas del flujograma:

Servicios del Departamento de Medicina Interna: Pacientes hospitalizados en los servicios del Departamento que presenten deterioro clínico agudo. La coordinación es directa, sin necesidad de interconsulta formal, al tratarse de una referencia dentro del mismo departamento.



Punto de decisión: En todos los casos, el médico de la UMA es el responsable de la decisión de admisión, verificando el cumplimiento de los criterios establecidos en la sección 4.1 y la disponibilidad de cama. Los pacientes que requieran ventilación mecánica invasiva serán derivados directamente a UCI; si no hay cama UCI disponible, podrán ingresar temporalmente a la UMA para estabilización mientras se gestiona la transferencia.

V. INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO

5.1. Infraestructura disponible

El área propuesta para la UMA se localiza en el ambiente previamente destinado a la Unidad de Quemados, el cual cuenta con la siguiente infraestructura instalada:

Componente	Estado actual
Camas hospitalarias	Capacidad para hasta 6 camas con separación adecuada entre pacientes.
Sistema de oxígeno empotrado	Instalación de oxígeno medicinal centralizado con tomas murales funcionales en cada punto de cama.
Sistema de aspiración centralizado	Red de aspiración empotrada funcional con tomas en cada punto de cama.
Instalaciones eléctricas	Tomacorrientes múltiples en cada punto de cama. Requiere verificación de sistema de respaldo eléctrico (grupo electrógeno).
Condiciones ambientales	Iluminación adecuada, ventilación natural y artificial, acceso controlado.

5.2. Equipamiento mínimo requerido

Para la operatividad de la UMA se requiere el siguiente equipamiento médico, el cual se gestionará inicialmente con redistribución de equipos dentro del Departamento de Medicina Interna:

N.º	Equipo	Cantidad	Especificación técnica mínima
1	Monitor multiparámetro	6	ECG continuo, SpO2, PANI, temperatura. Capacidad de monitoreo de presión venosa central (PVC).
2	Bombas de infusión de jeringa	12	Para infusión continua de vasopresores, sedantes y otros fármacos de infusión crítica. Mínimo 2 por cama.
3	Bombas de infusión volumétrica	6	Para cristaloides, coloides y medicamentos de infusión prolongada.
4	Sistema de cánula nasal de alto flujo (CNAF)	4	Dispositivo con capacidad de calentar, humidificar y entregar flujos de hasta 60 L/min con FiO2 ajustable.
6	Electrocardiógrafo portátil	1	12 derivaciones con interpretación automática.



7	Desfibrilador con marcapasos externo	1	Desfibrilación manual y automática, cardioversión sincronizada, marcapasos transcutáneo.
8	Carro de paro completo	1	Equipado según Guía de Práctica Clínica de RCP: fármacos de emergencia, vía aérea, acceso vascular.
9	Ecógrafo portátil (point-of-care)	1	Para evaluación hemodinámica a pie de cama (POCUS), guía de procedimientos invasivos y evaluación pleuropulmonar.
10	Glucómetro y gasómetro portátil	1 c/u	Para determinación rápida de glicemia capilar y gases arteriales a pie de cama.

VI. MODELO ORGANIZATIVO Y RECURSO HUMANO

Funciones de la Unidad Médica de Agudos (UMA)

La Unidad Médica de Agudos (UMA) tiene las siguientes funciones institucionales:

1. Brindar atención médica especializada e integral a pacientes adultos con patología aguda prioridad 3 que requieran monitoreo hemodinámico continuo no invasivo, soporte vasopresor y/o oxigenoterapia de alto flujo, en el ámbito de competencia de la Medicina Interna.
2. Estabilizar a pacientes críticos que no acceden oportunamente a la UCI por limitación de camas, garantizando un adecuado nivel de cuidado y un puente entre la hospitalización convencional y los cuidados intensivos.
3. Recibir pacientes provenientes de los servicios del Departamento de Medicina Interna, conforme a la vía de ingreso y criterios de admisión establecidos.
4. Ser un centro de formación para médicos residentes de la especialidad de Medicina Interna en el manejo de pacientes con patología aguda que requieran monitoreo hemodinámico continuo, soporte vasopresor y/o oxigenoterapia de alto flujo.

6.1. Dependencia jerárquica

La UMA dependerá jerárquica, funcional y administrativamente del Departamento de Medicina Interna, a través de la Jefatura de Departamento. Se designará un Médico Coordinador de la UMA, de preferencia médico internista con competencias en medicina crítica y experiencia en manejo de pacientes con alta dependencia, quien reportará directamente al Jefe del Departamento de Medicina Interna.

6.2. Dotación de personal médico

El equipo médico de la UMA estará conformado exclusivamente por médicos internistas del Departamento de Medicina Interna, organizados de la siguiente manera:

Recurso	Turno	Función
Médico Coordinador UMA	Diurno (lunes a viernes)	Supervisión clínica, coordinación operativa, elaboración de protocolos, auditoría de calidad, coordinación con UCI.



Médico internista de guardia	Cobertura 24 horas (rotativo)	Responsable del manejo clínico directo de los pacientes durante su turno. Toma de decisiones terapéuticas, procedimientos, evaluación continua.
Médico residente de Medicina Interna	Según programación académica	Apoyo asistencial bajo supervisión directa del internista de guardia. Rotación formativa.

La cobertura médica será de 24 horas y se integrará al sistema de guardias hospitalarias ya existente del Departamento de Medicina Interna, asignándose la responsabilidad de la UMA a un médico internista de guardia hospitalaria. Esto no genera la necesidad de contratar médicos adicionales en una primera fase.

6.2.1. Funciones del Médico Coordinador de la UMA

El Médico Coordinador es un médico internista designado por la Jefatura del Departamento de Medicina Interna, responsable de la gestión clínica y operativa de la unidad. Sus funciones son:

a) Funciones asistenciales:

- Supervisar la visita médica diaria a todos los pacientes de la UMA en horario diurno, evaluando la evolución clínica, el plan terapéutico y los criterios de alta o transferencia.
- Supervisar y coordinar la admisión de pacientes referidos de los servicios del Departamento de Medicina Interna, verificando el cumplimiento de los criterios de admisión de la sección 4.1.
- Coordinar la ronda conjunta diaria con el médico intensivista de enlace para evaluar prioridad de transferencia a UCI y retroalimentación clínica.
- Supervisar las labores asistenciales del médico internista de turno.
- Supervisar o brindar el informe médico diario programado a los familiares o representantes legales de los pacientes hospitalizados en la UMA, en horario establecido por la unidad, comunicando el diagnóstico, la evolución clínica, el plan terapéutico y el pronóstico

b) Funciones de gestión y coordinación:

- Elaborar la programación de guardias de médicos internista de la UMA y enviarla al Departamento de Medicina Interna de acuerdo con los plazos establecidos.
- Coordinar con la Jefatura del Departamento de Medicina Interna la operatividad de la unidad, la asignación de personal de guardia y la gestión de insumos críticos.
- Gestionar la disponibilidad de camas de la UMA, coordinando los ingresos y egresos con los servicios del Departamento de Medicina Interna.
- Coordinar con la Oficina de Epidemiología y el Comité de Infecciones Intrahospitalarias la vigilancia y reporte de IAAS asociadas a dispositivos.
- Articular con el Servicio de Farmacia la disponibilidad permanente del stock de medicamentos críticos (vasopresores, antiarrítmicos, sedantes, electrolitos de reposición).
- Participar en las reuniones del Departamento de Medicina Interna para informar los indicadores de desempeño de la UMA y proponer mejoras.



c) Funciones de calidad y docencia:

- Elaborar, actualizar y difundir los documentos de gestión y protocolos clínicos de la UMA en concordancia con la evidencia científica vigente y las normas institucionales.
- Realizar auditoría clínica periódica de historias clínicas, verificando la adherencia a protocolos y el registro adecuado de la historia.
- Monitorizar y reportar los indicadores de gestión hospitalaria de la UMA según los estándares del MINSA.
- Supervisar la formación de médicos residentes de Medicina Interna que roten por la UMA, garantizando el cumplimiento de los objetivos de aprendizaje.
- Organizar sesiones de discusión de casos clínicos y morbilidad y mortalidad de la UMA con periodicidad mensual.

6.2.2. Funciones del Médico Internista de Guardia en la UMA

El médico internista de guardia hospitalaria asumirá la responsabilidad directa de la atención de los pacientes de la UMA durante su turno, incluyendo las siguientes funciones:

a) Atención clínica directa:

- Evaluar a todo paciente referido a la UMA durante su turno, aplicando los criterios de admisión establecidos y registrando en la historia clínica la justificación de ingreso y el plan terapéutico inicial.
- Realizar la evaluación clínica periódica de los pacientes hospitalizados en la UMA, con frecuencia mínima cada 4 horas o según condición clínica, documentando la evolución en la historia clínica.
- Indicar, modificar y titular la infusión de vasopresores según metas hemodinámicas establecidas.
- Indicar y supervisar el inicio, titulación y destete de la cánula nasal de alto flujo (CNAF), monitorizando el ROX index y los criterios de fallo que ameriten transferencia a UCI.
- Realizar o supervisar la inserción de catéteres venosos centrales, toracocentesis, paracentesis y otros procedimientos según necesidad clínica, asegurando el cumplimiento de los estándares y la de prevención de infecciones.
- Solicitar e interpretar exámenes de laboratorio, imágenes y otros estudios complementarios, incluyendo ultrasonografía clínica a pie de cama (POCUS) cuando esté disponible.
- Solicitar las interconsultas pertinentes de acuerdo con el requerimiento de cada paciente.
- Brindar el informe médico diario programado a los familiares o representantes legales de los pacientes hospitalizados en la UMA, en horario establecido por la unidad, comunicando el diagnóstico, la evolución clínica, el plan terapéutico y el pronóstico.
- Supervisar las labores asistenciales de los médicos residentes.
- Las demás funciones que le asigne el coordinador de la unidad.

b) Coordinación y toma de decisiones:



- Decidir la admisión o rechazo de pacientes referidos a la UMA en comunicación con el coordinador de la Unidad.
- Coordinar con el médico intensivista de guardia la transferencia inmediata de pacientes que presenten deterioro clínico que supere la capacidad resolutive de la UMA, especialmente aquellos con necesidad de ventilación mecánica invasiva.
- Comunicar al Médico Coordinador de la UMA los eventos relevantes ocurridos durante la guardia, incluyendo ingresos, egresos, transferencias a UCI, procedimientos realizados y eventos adversos.
- Coordinar con el personal de enfermería la ejecución del plan terapéutico, los parámetros de alarma del monitoreo y las indicaciones de cuidados específicos.
- Las demás funciones que le asigne el coordinador de la unidad.

c) Registro y documentación:

- Registrar en la historia clínica todas las evaluaciones, indicaciones, procedimientos y eventos adversos conforme a las normas institucionales.
- Completar la historia clínica y las notas de evolución
- Elaborar la nota de transferencia o epicrisis al momento del egreso de la UMA, detallando la condición clínica, los procedimientos realizados, las complicaciones y las recomendaciones de seguimiento.
- Elaborar los certificados de defunción y la documentación requerida cuando se produce el deceso de un paciente.
- Las demás funciones que le asigne el coordinador de la unidad.

6.3. Dotación de personal de enfermería y técnico

Se requiere personal de enfermería con competencias en el manejo de pacientes críticos, organizado según la siguiente ratio:

Personal	Ratio propuesto	Justificación
Enfermera(o) especialista	1 enfermera : 3 pacientes	Ratio superior al de hospitalización convencional (1:6-8) pero inferior al de UCI (1:1-2), acorde a la complejidad intermedia de los pacientes.
Técnico(a) de enfermería	1 técnico : 6 pacientes	Apoyo en cuidados básicos, movilización, higiene, control de signos vitales protocolizados.

Se recomienda que las enfermeras asignadas a la UMA cuenten con capacitación o experiencia documentada en el manejo de bombas de infusión de vasopresores, oxigenoterapia de alto flujo, monitoreo hemodinámico y soporte vital avanzado (ACLS/BLS).

6.4. Interconsultas y coordinación con UCI

Se establecerá un mecanismo formal de coordinación permanente con la Unidad de Cuidados Intensivos, que incluirá:



- Interconsulta sistemática al Servicio de Medicina Intensiva para todo paciente que ingrese a la UMA con score SOFA ≥ 4 o que presente deterioro clínico progresivo.
- Ronda conjunta diaria (médico de la UMA + intensivista de enlace) para evaluar prioridad de transferencia a UCI.
- Protocolo de transferencia inmediata para pacientes que requieran intubación orotraqueal de emergencia.
- Comunicación directa (línea telefónica o radio) entre la UMA y la UCI las 24 horas.

VII. PROTOCOLOS CLÍNICOS FUNDAMENTALES

La UMA operará bajo protocolos clínicos estandarizados, elaborados por el equipo médico del Departamento de Medicina Interna y validados por el Comité de Calidad del hospital. Se establecerán como mínimo los siguientes protocolos:

7.1. Protocolo de manejo de shock y vasopresores

Basado en las Guías de la Surviving Sepsis Campaign (2021) y adaptado al contexto institucional. Incluirá algoritmos de reanimación hídrica dirigida por metas, inicio y titulación de vasopresores (norepinefrina como primera línea), monitoreo de lactato seriado y criterios de escalonamiento a UCI.

7.2. Protocolo de oxigenoterapia escalonada

Algoritmo secuencial: oxígeno convencional (cánula binasal, máscara de reservorio) → cánula nasal de alto flujo (CNAF) → criterio de intubación y transferencia a UCI. Incluirá índices de evaluación como el ROX index para monitoreo de respuesta a CNAF y criterios de fallo que indiquen necesidad de escalonamiento a UCI.

7.3. Protocolo de monitoreo hemodinámico

Frecuencia de controles según nivel de gravedad: control de signos vitales cada hora en pacientes inestables, cada 2 horas en pacientes en fase de estabilización. Incluirá criterios de alerta temprana (NEWS-2 o similar adaptado) y activación de código de deterioro.

7.4. Protocolo de admisión y alta

Criterios operativos de ingreso y egreso, check-list de admisión, evaluación SOFA al ingreso y cada 24 horas, criterios de transferencia a UCI y de alta a sala general.

7.5. Protocolo de prevención de infecciones asociadas a dispositivos

Protocolos de prevención de infección asociada a catéter venoso central, infección del tracto urinario asociada a sonda vesical y medidas de prevención de neumonía intrahospitalaria, en concordancia con las directrices del Comité de Control de Infecciones Intrahospitalarias y la normativa vigente del MINSA.

7.6. Protocolo de código azul en la UMA

Procedimiento de activación del equipo de respuesta rápida ante paro cardiorrespiratorio o deterioro clínico catastrófico, con algoritmo de RCP según guías AHA/ILCOR vigentes.



VIII. INDICADORES DE GESTIÓN Y CALIDAD

La UMA implementará un sistema de monitoreo continuo de indicadores alineados con los establecidos por el MINSA en el documento «Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria para Hospitales, Institutos y DIRESA», así como con los indicadores de desempeño hospitalario del DS N.º 041-2016-SA. Se incluyen además indicadores específicos de la unidad que permitan evaluar su impacto clínico y operativo.

Indicador	Fórmula / Definición operacional	Meta	Periodicidad
Porcentaje de ocupación de camas	$(\text{Pacientes-día} / \text{Días-cama disponibles}) \times 100$	$\geq 75\%$	Mensual
Promedio de permanencia	Total días estancia de egresos / N.º total de egresos	≤ 5 días	Mensual
Rendimiento cama	$\text{N.º total de egresos} / \text{N.º de camas disponibles promedio}$	≥ 4 egresos/cama/mes	Mensual
Intervalo de sustitución cama	$(\text{Días-cama disponibles} - \text{Pacientes-día}) / \text{N.º total de egresos}$	≤ 1 día	Mensual
Tasa bruta de mortalidad	$(\text{Total de fallecidos} / \text{Total de egresos}) \times 100$	Según línea base	Mensual
Tasa neta de mortalidad	$(\text{Fallecidos después de 48h de admisión} / \text{Total de egresos}) \times 100$	$< 10\%$	Mensual
Porcentaje de infecciones intrahospitalarias (IAAS)	$(\text{N.º de IAAS} / \text{Total de egresos}) \times 100$. Desagregado por tipo: ITS-CVC, ITU-SV	$< 5\%$	Mensual
Tasa de transferencia a UCI	$(\text{N.º de transferencias a UCI} / \text{Total de ingresos a UMA}) \times 100$	$< 30\%$	Mensual
Tasa de reingresos < 48 horas	$(\text{Reingresos a UMA} < 48\text{h del alta} / \text{Total de altas}) \times 100$	$< 5\%$	Mensual
Score SOFA promedio al ingreso	Sumatoria de scores SOFA al ingreso / N.º total de ingresos	Registro sistemático	Mensual
Demanda insatisfecha	N.º de pacientes con indicación de UMA que no accedieron por falta de cama	Tendencia decreciente	Mensual



IX. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN

9.1. Fases de implementación

Fase	Actividad	Descripción	Plazo estimado
Fase I	Aprobación institucional	Presentación de la propuesta a la Dirección General y Oficina de Planeamiento Estratégico. Emisión de Resolución Directoral de aprobación.	2 semanas
Fase II	Adecuación física	Verificación y certificación de instalaciones eléctricas, gases medicinales y sistema de aspiración. Adecuación de señalética, control de acceso y áreas de trabajo.	2 semanas
Fase III	Equipamiento	Redistribución de equipos médicos. Instalación, calibración y verificación operativa de monitores, bombas de infusión y equipos de soporte respiratorio.	2 semanas
Fase IV	Capacitación del personal	Programa de inducción y capacitación para médicos internistas, enfermeras y técnicos: manejo de vasopresores, CNAF, POCUS, protocolos UMA, soporte vital avanzado (ACLS/BLS).	2 semanas
Fase V	Inicio operativo progresivo	Apertura con 3 camas operativas inicialmente, con expansión progresiva a 6 camas según demanda y capacidad operativa verificada.	Semana 1-4 de operación
Fase VI	Evaluación y ajuste	Evaluación de indicadores a los 3 meses de operación. Ajuste de protocolos, dotación de personal y procedimientos según resultados.	Mes 3 de operación

X. ANÁLISIS DE VIABILIDAD

10.1. Viabilidad técnica

La infraestructura física ya existente (oxígeno empotrado, aspiración centralizada, instalaciones eléctricas, espacio para 6 camas) reduce significativamente la inversión requerida para la habilitación. Los requerimientos de equipamiento son estándar para un área de alta dependencia médica y pueden cubrirse mediante los mecanismos de adquisición institucional o redistribución de equipos existentes.



10.2. Viabilidad de recurso humano

En la fase inicial, la cobertura médica puede integrarse al sistema de guardias existente del Departamento de Medicina Interna. El recurso crítico por gestionar es el personal de enfermería, que requerirá dotación específica conforme a la ratio propuesta (1:3).

10.3. Viabilidad normativa

La creación de la Unidad Médica de Agudos (UMA) se sustenta en un marco legal sólido y actualizado, alineado con las facultades del Ministerio de Salud para dictar normas de organización que garanticen prestaciones de salud con seguridad, oportunidad y calidad. La viabilidad se sustenta en:

a) Implementación de Cuidados Intensivos Extendidos: La propuesta se ampara en la NTS N° 244-MINSA/DGAIN-2026, la cual define los Cuidados Intensivos Extendidos como la atención brindada fuera de la UPSS Cuidados Intensivos para asegurar la continuidad del paciente en estado crítico o en riesgo de estarlo ante la falta de disponibilidad de camas. La norma establece que este cuidado se realiza en áreas de expansión, como hospitalización, hasta la estabilización o ingreso a UCI.

b) Competencia del Médico Internista en Cuidados Críticos: Ante el déficit de médicos intensivistas, el numeral 5.1.7 de la NTS N° 244 faculta explícitamente a los médicos de la especialidad de Medicina Interna para conformar los Equipos de Respuesta Rápida Intensiva (ERRI) encargados de estos cuidados extendidos. Asimismo, la norma técnica de programación asistencial reconoce al internista como especialista apto para laborar en áreas críticas y de emergencia.

c) Gestión de Pacientes según Prioridad 3: La viabilidad normativa se refuerza al delimitar el perfil del paciente. Según el Anexo N° 9 de la NTS N° 244, los pacientes de Prioridad 3 son aquellos con disfunción orgánica que requieren monitoreo o terapias intensivas no invasivas (como oxigenoterapia de alto flujo o ventilación no invasiva) y que pueden ser tratados en un nivel de atención menor a la UCI. La UMA se constituye para este fin, diferenciándose de la UCI que asume las Prioridades 1 y 2.

d) Autonomía Funcional y Dependencia Jerárquica: Al denominarse Unidad Médica de Agudos y no Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN), la unidad se organiza como una unidad funcional de mayor complejidad dentro de las competencias del Departamento de Medicina Interna, respetando el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) institucional y evitando la obligatoriedad de gestión exclusiva por medicina intensiva que exigen las UCIN tradicionales.

10.4. Impacto esperado

Se proyectan los siguientes beneficios directos con la puesta en marcha de la UMA:

- Reducción estimada del 20-30% en el tiempo de espera para cama de UCI de pacientes provenientes de emergencia y hospitalización.
- Descompresión de las áreas de emergencia, liberando camas de observación para nuevas urgencias.



- Disminución de la mortalidad evitable por atención de pacientes críticos en áreas no adecuadas.
- Mejora en los indicadores institucionales de calidad y seguridad del paciente.
- Fortalecimiento de la capacidad resolutive del Departamento de Medicina Interna.
- Generación de un modelo replicable para otros hospitales de la red MINSA con problemáticas similares.

XI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

11.1. Conclusiones

La habilitación de la Unidad Médica de Agudos (UMA) constituye una respuesta técnica, viable y normativamente sustentada a la brecha asistencial crítica que enfrenta el Hospital Nacional Dos de Mayo en la atención de pacientes con alta dependencia médica. La existencia de infraestructura física disponible y subutilizada, la capacidad del Departamento de Medicina Interna para asumir la cobertura asistencial mediante su sistema de guardias, y la evidente necesidad clínica derivada de la saturación de la UCI, configuran un escenario favorable para la implementación de esta propuesta.

La UMA no pretende sustituir a la Unidad de Cuidados Intensivos ni a la Unidad de Cuidados Intermedios, sino complementarlas como un eslabón funcional que permite brindar atención oportuna y segura a pacientes que, de otro modo, permanecerían en condiciones subóptimas esperando una cama crítica que no está disponible.

11.2. Recomendaciones

1. Aprobar la presente propuesta técnica mediante Resolución Directoral, autorizando la creación de la UMA como unidad funcional del Departamento de Medicina Interna así como su reglamento.
2. Conformar un equipo técnico multidisciplinario para la fase de implementación, integrado por representantes del Departamento de Medicina Interna, Dirección Adjunta, Oficina de Epidemiología, Oficina de Planeamiento y el Departamento de Enfermería.
3. Gestionar la dotación de personal de enfermería especializada como prioridad, dado que constituye el recurso crítico para la operatividad de la unidad.
4. Establecer convenios de capacitación con el Departamento de Medicina Intensiva para fortalecer las competencias del equipo médico y de enfermería de la UMA en el manejo de pacientes críticos.
5. Implementar una fase piloto con 3 camas operativas, con evaluación sistemática de indicadores a los 90 días, antes de la expansión a capacidad plena.
6. Incluir la UMA en el plan operativo institucional y en el presupuesto del siguiente ejercicio fiscal para garantizar su sostenibilidad.



ANEXO 01

FLUJOGRAMA DE INGRESO A LA UNIDAD MEDICA DE AGUDOS (UMA)

