

Dr. ALEJANDRO TOLEDO MANRIQUE
Presidente de la República

Dra. PILAR MAZZETTI SOLER
Ministra de Salud

Dr. EDUARDO HENRRY ZORRILLA SAKODA
Vice Ministro de Salud

Dr. LUIS PODESTÁ GAVILANO

Director General
Dirección General de Salud de las Personas

Dr. ALBERTO HUACOTO DELGADO

Director Ejecutivo
Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud

Dr. JUAN ALMEYDA ALCÁNTARA

Director de Servicios Especializados

Dra. MARY CHUMACERO AGUILAR

Directora de Servicios Básicos

EQUIPO TÉCNICO DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS

EQUIPO TÉCNICO DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS BÁSICOS

Agradecimiento especial

A los integrantes del Comité de Normas Técnicas de Servicios de Emergencias por su abnegada labor, capacidad de consenso y dedicación reconociendo sus cualidades personas y profesionales.

Coordinador General: Dr. Samuel Fernando Torres Miranda

Coordinador del Comité Técnico Sectorial de Servicios de Emergencias :
Dr. Alberto Carhuacho Meza

INTEGRANTES DEL COMITÉ TÉCNICO SECTORIAL DE SERVICIOS DE EMERGENCIAS:

MINSA . HOSPITAL CASIMIRO ULLOA	- DR. LUIS LORA CHERO
MINSA. HOSPITAL DOS DE MAYO	- DR. LUIS VALLE VALVERDE
MINSA EMERGENCIA PEDIATRICA	- DR. GUILLERMO SHIMABUKURO
MINSA I DE SALUD DEL NIÑO	- DR. ALBERTO CARHUANCHO MEZA
MINSA. H. SERGIO BERNALES	- DR. DICK ARENAS LOZADA
ESSALUD. H. E. REBAGLIATI M.	- DR. WALDO TAYPE HUAMANI
ESSALUD. EMERGENCIA GRAU	- DR. ROBERTO PRETELL
FFAA. H. CENTRAL PNP	- DR. JANETH PINTO MIRANDA
F.F AA. H. CENTRAL FAP	- DR. MARLON RAMIRES MAGUIÑA
F.F.AA. H. CENTRAL DEL EJERCITO	- DR. EDGAR CANO POLO
SECTOR PRIVADO	- DR. ABEL GARCIA V.
MINSA- DGSP	- DR. SAMUEL TORRES MIRANDA

INDICE

1. PROPÓSITO	03
2. OBJETIVO	03
3. ALCANCE	03
4. RESPONSABILIDAD	03
5. BASE LEGAL	03
6. CONCEPTO DE REFERENCIA	04
7. ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA	05
8. INSTRUCTIVO DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA	09
9. UNIDADES FUNCIONALES	19
10. GUIAS DE DAÑOS Y PROCEDIMIENTOS	22
11. RECURSOS HUMANOS Y CAPACITACIÓN	24
12. TECNOLOGÍAS EN SERVICIOS DE EMERGENCIA	25
13. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	26
14. LISTADOS DE ANEXOS:	27
ANEXO 1.- Atenciones de emergencia por niveles según prioridad	29
ANEXO 2.- Gestión Clínica – Unidades Funcionales	30
ANEXO 3.- Exámenes Auxiliares o Imágenes.	31
ANEXO 4.- Listado de Material Fungible	32
ANEXO 5.- Listado de Medicamentos.	36
ANEXO 6 - Lista de Equipos Biomédicos.	40
ANEXO 7.- Educación Médica para médico del servicio de emergencia	41
15. BIBLIOGRAFÍA	51
16. PARTICIPANTES DE LA REUNIÓN DE VALIDACIÓN.	55

NORMA TÉCNICA DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA DE HOSPITALES DEL SECTOR SALUD

1 PROPÓSITO

Garantizar la óptima atención del paciente en situación de emergencia en los servicios de emergencia de los Hospitales del Sector Salud.

2 OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Dar la normatividad técnica y los lineamientos de los procedimientos de atención de los pacientes en situación de emergencia en el Sector Salud.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 2.2.1 Brindar prestaciones de salud en los Servicios de Emergencia, satisfaciendo las necesidades de atención del paciente bajo criterios de calidad y oportunidad
- 2.2.2 Organizar y adecuar la oferta y demanda de los usuarios en situación de emergencia.
- 2.2.3 Asegurar un flujo eficiente de los recursos destinados al cuidado del paciente en los Servicios de Emergencia.

3 ALCANCES

Las directivas de la presente Norma Técnica son de aplicación en todos los hospitales del Sector Salud que cuenten con Servicios o áreas para atención de situaciones de Emergencia.

4 RESPONSABILIDAD

Son responsables de dar cumplimiento a la presente Directiva los funcionarios de las siguientes instituciones del sector salud

- Ministerio de Salud
- Seguro Social de Salud
- Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales
- Establecimientos de salud del sector no público.
- Profesionales y personal técnico que labora en los Servicios o áreas de Emergencia

5 BASE LEGAL

- ♣ Constitución Política del Perú.
- ♣ Ley General de Salud N° 26842.
- ♣ Ley de Creación del Seguro Social de Salud (EsSalud) N° 27056
- ♣ Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y su Reglamento en el Decreto Supremo N° 009-97-SA.
- ♣ Ley N° 27604 que modifica los artículos N° 3 y N° 39 de la Ley N° 26842
- ♣ Decreto Legislativo N° 559 Ley del Trabajo Médico
- ♣ D.S. N° 024-2001-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley del Trabajo Médico
- ♣ D.S. N° 016-2002-SA que reglamenta la Ley N° 27604
- ♣ R.M. N° 769-2004-MINSA. Categorías de establecimientos del Sector Salud
- ♣ R.M. N° 751-2004-MINSA Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud.
- ♣ R.M. N° 776-2004-MINSA. Norma técnica de la Historia Clínica de los establecimientos de salud del sector Público y Privado.
- ♣ R.M. N° 768-2004-MINSA. Procedimientos para la elaboración de Planes de Contingencia para Emergencias y Desastres.

6 DEFINICIONES

6.1 Área de Emergencia.-

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

6.2 Daño.-

Compromiso del estado de salud en grado diverso. Los daños en el Servicio de Emergencia se clasifican de acuerdo a su prioridad:

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

6.3 Desastre

En el departamento / servicio de emergencias es cuando el numero de pacientes o la gravedad de sus padecimientos y lesiones son tales que es imposible seguir operando normalmente, la atención solo es posible con ayuda externa.

6.4 Sala de Observación.-

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

6.5 Sala de Reanimación (Shock Trauma).-

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

6.6 Situación de múltiples víctimas.

Cuando el departamento / servicio de emergencia medica es incapaz de controlar la situación en los primeros 15 minutos, ya sea por que el numero de pacientes o la gravedad de los mismos exceden su capacidad inicial de respuesta

6.7 Situación de Emergencia.

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

6.8 Tópico de Emergencia.-

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

6.9 Triage.-

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

7. ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS

7.1 GENERALES

- Los establecimientos de salud categorizados como II-1, II-2, III-1 y III-2 deben contar con Servicios de Emergencia que funcionen las 24 horas del día durante los 365 días del año. De acuerdo a su complejidad y demanda contarán con mayor número de especialistas programados.
- Los establecimientos categorizados como I-4 de acuerdo a su demanda y accesibilidad podrán contar con Servicios de Emergencia que atiendan como mínimo 12 horas al día. Corresponden a Establecimiento de Salud de baja capacidad resolutive, sin embargo el área de emergencias debe contar con equipamiento básico que permita reanimación cardiopulmonar básica y avanzada.
- El Servicio de Emergencia debe contar con el apoyo de Laboratorio y de Diagnóstico por Imágenes, durante todo el horario programado para atención en el Servicio de Emergencia.
- Los Servicios de Emergencia deben tener permanentemente, el apoyo y la presencia de un representante de la Policía Nacional del Perú.

7.2 ESPECÍFICAS

7.2.1 DE LOS RECURSOS HUMANOS

- En los Servicios de Emergencia de los Hospitales del Sector Salud, el personal asistencial de base será a dedicación exclusiva para el área de Emergencia, debiendo estar acreditados por una Organización de Capacitación reconocida por el MINSA u otra organización delegada por ella.
- Cuando el Centro Asistencial cuente con más de 50 camas de internamiento, se debe programar un médico adicional para la atención de las emergencias que se presenten en los Servicios de Hospitalización.
- Todo Servicio de Emergencia cuenta, además del personal propio de servicio, con el apoyo de personal médico especializado a través del sistema rotativo de guardias y de acuerdo a la complejidad del Centro Asistencial. De manera progresiva se debe contar personal propio de diversas especialidades como cirugía, ginecología, traumatología, neurocirugía, anestesiología etc., como parte del staff de emergencia.
- En caso de necesidad, se programará personal de retén que es convocado por el Jefe de Guardia. Se debe determinar el mecanismo de transporte adecuado y oportuno para éste personal prescindiendo de las ambulancias cuyo uso es para transporte exclusivo de pacientes.
- El personal asistencial que se encuentra de guardia no debe ser programado en Consultorio Externo, Intervenciones Quirúrgicas Programadas o pasar visita médica en áreas de hospitalización ajenas al Servicio de Emergencia.
- El personal médico mayor de 50 años de edad, opcionalmente podrá continuar realizando guardias.
- Los Servicios de Emergencia cuentan con el apoyo de Asistentes Sociales, quienes se encargarán de la identificación y ubicación de los familiares de los pacientes indocumentados, con problemas sociales o en abandono social, que se encuentren en el Servicio de Emergencia, a efectos de dar solución y facilitar los trámites administrativos y sociales, para asegurar la atención del paciente. Asimismo se encargarán de la evaluación socioeconómico de los pacientes que requieran exoneración de pago.

Jefe de Servicio / Coordinador de Emergencia

- Debe cumplir con los requerimientos señalados en el Reglamento de concurso para Jefes de Departamento y Servicios
- Médico Especialista en Medicina de Emergencia y Desastres. Cuando no se tenga al médico Emergenciólogo y de manera temporal la asumirá el Médico Internista o especialidad afín con entrenamiento en Emergencia. En Centros Asistenciales II -1 se considera también al Médico General con experiencia en el Servicio de Emergencia no menor de 03 años y con capacitación actualizada en Emergencias
- Experiencia mayor de 03 años como médico asistente en Servicios de Emergencia.
- Curso de Administración y/o Gestión Hospitalaria Básica.

Jefe de Guardia: Será programado el mas experimentado Médico Especialista en Medicina de Emergencias y Desastres de la guardia con capacidades de liderazgo, decisión y gestión. En su ausencia, el médico con mas experiencia en Emergencias.

Perfil del Trabajador de Salud en Servicios de Emergencia

- Perfil del Médico Asistente de Emergencia. SE detalla en anexo adjunto.
- Los perfiles del Enfermero y Técnico de Enfermería de Emergencia, se elaborarán conjuntamente con el IDREH.

Capacitación

Los Servicios de Emergencia deberán tener un programa de capacitación anual, el mismo que se realiza en coordinación con la Oficina de Capacitación de su Institución y el Centro Docente de Áreas Críticas. Este programa contendrá:

- Cursos obligatorios para todo el personal:
 - a. Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada.
 - b. Manejo Básico y avanzado del politraumatizado
- Revisión de temas de actualización científica relacionados con Emergencia.
- Revista de revistas.
- Muerte y complicaciones.
- Auditoria Médica.
- Discusiones Clínico Radiológicas.
- Administración hospitalaria.
- Desastres
- Medicina legal

El personal asistencial rotará temporal y periódicamente por los servicios de Emergencia y de áreas críticas de menor a mayor complejidad.

7.2.2 DE LOS RECURSOS MATERIALES

Equipamiento

- Los Servicios de Emergencia deben procurar contar con los equipos médicos mínimos indispensables de acuerdo a los niveles de atención.
- Todo servicio de Emergencia debe contar permanentemente con apoyo de unidades de laboratorio e imágenes, que permita realizar los exámenes de acuerdo al perfil de demanda.

Transporte

- Debe establecerse un sistema de traslado de pacientes, en cada región de salud, el cual debe ser coordinado y adecuado a las realidades locales, pudiendo ser terrestre, aérea, fluvial o marítima.

Comunicaciones

- Los Servicios de Emergencia deben tener sistema de comunicación telefónica y radial. La comunicación telefónica es por línea propia del servicio o del Centro Asistencial. La comunicación radial es local y troncalizada.
- La comunicación radial deberá efectuarse por medio de tres canales:
 - Centros Asistenciales entre sí,
 - El centro regulador de transporte de pacientes en situación de emergencia
 - Jefes de Guardia entre sí.

- La radio y el teléfono se ubican dentro del Servicio y en lugares que no interrumpan las actividades propias del mismo. El personal responsable del manejo de la radio se designa en cada turno de guardia.
- La comunicación interna del servicio de emergencia con los servicios Intrahospitalarios se realiza por intercomunicadores y/o anexos telefónicos.

7.2.3 DE LA INFRAESTRUCTURA

El Servicio de Emergencia se ubica en el Primer Piso y tiene fácil acceso. Se cuenta con las siguientes áreas.

- Área de Triage.
- Área de Admisión.
- Área de Espera con Servicios Higiénicos.
- Área de tesorería.
- Área para Servicio Social.
- Consultorio diferenciado por especialidad.
- Tópico de Inyectables y Nebulizaciones.
- Consultorio de Emergencias (Prioridad III y IV).
- Sala de Yeso (Hospitales II-2, III-1 y III-2).
- Área de Hidratación.
- Unidad de Shock Trauma y Reanimación (Hospitales II – 2, III – 1 Y III - 2)
- Unidad Crítica de Emergencia o Unidad de Vigilancia Intensiva (Hospital II-1).
- Área de Procedimientos
- Sala de Observación diferenciada adultos y niños (Hospitales II-2,III-1, III– 2)
- Sala de Operaciones (Hospitales III-1 Y III-2).
- Área de esterilización rápida.
- Área para pacientes infecto contagiosos (Hospital III-1 y III-2).
- Vestuario y reposo de personal con Servicios Higiénicos..
- Servicios Básicos:
 - Luz auxiliar y grupo electrógeno
 - Áreas con señales de ubicación y de seguridad
 - Extintores portátiles.
 - Servicios sanitarios diferenciados de pacientes, familiares y personal.
 - Ambiente para materiales de limpieza.
- Área de depósito: Medicinas, ropa, materiales y equipos.
- Área de aseo del Servicio, depósito de residuos.
- Área de Espera de familiares
- Área para camillas y silla de ruedas.
- Estacionamiento de Ambulancias.
- Oficina de Jefatura Médica y de Enfermería de Emergencia (Hospital II-2, III-1 y III-2).
- Área para Policía Nacional del Perú

EQUIPAMIENTO BIOMÉDICO:

Los Servicios de Emergencia contarán con equipos médicos, material médico fungible, insumos y fármacos de acuerdo al nivel de categorización del Hospital y la demanda que tenga que resolver.

Ver ANEXOS

Listado de Equipos Médicos.

Listado de Material Médico.

Listado de Fármacos

Recursos Humanos por Niveles de Atención.

**RECURSOS HUMANOS MÍNIMOS SEGÚN CATEGORIZACIÓN DE HOSPITALES
POR TURNO DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA**

Personal	II-1	II- 2	III- 1
Médico	Médicos Internistas (*) Cirujanos Generales Pediatra Gineco-Obstetra Anestesiólogo Opcional de acuerdo al CAS. Traumatólogo	Médicos Emergenciólogo o Internistas (*) Cirujanos Generales Traumatólogo Pediatras Gineco-Obstetras Anestesiólogo Programación Reten: Cardiólogo Otras especialidades de acuerdo a demanda	Médicos Emergenciólogos(*) Cirujanos Generales Traumatólogos Anestesiólogos Neurocirujanos Pediatras Gineco-Obstetras Cirujano de Tórax Nefrólogo Cardiólogo Programación Reten: Psiquiatra Urólogo Oftalmólogo Otorrinolaringólogo Cirujano Cabeza y Cuello Neurólogo.
Enfermera	En Tópico En UCE En Sala de Observación. (**)	En cada Área En Sala de Observación. (**) Coordinadora	En cada Área En Sala de Observación. (**) Coordinadora Jefatura
Obstetriz	Por turno	Por turno	Por turno
Técnico en Enfermería	Técnico de Enfermería por Enfermero u Obstetriz Camillero	Técnico de Enfermería por Enfermero u Obstetriz (**) Camillero	Técnico de Enfermería por Enfermero u Obstetriz (***) Camilleros.

- (*) Médicos Asistentes de Planta del Servicio de Emergencia
Para sala de observación 1 medico por 6 a 10 pacientes, según nivel.
(**) 01 enfermero por cada 06 pacientes
(***) 01 técnico de enfermería por cada 06 pacientes

7.2.4 APOYO DIAGNOSTICO

- Servicio de Rx portátil: 24 horas.
- Servicio de Ecografía. 24 horas.
- Servicio de Tomografía Axial Computarizada en Hospitales III-1 y III-2 (según el Instituto Especializado).
- Apoyo de Laboratorio Central del Hospital: 24 horas.

7.2.5 NORMAS Y REGISTROS

Todos los Servicios de Emergencia deberán tener aprobada e implementada la siguiente normatividad y registros:

- 1.1 Manual de Organización y Funciones.

- 1.2 Instructivo de los procesos técnico administrativo del Servicio de Emergencias.
- 1.3 10 guías de los Daños mas frecuentes.
- 1.4 08 guías de los Procedimientos mas frecuentes
- 1.5 Registro de Indicadores de Producción.
- 1.6 Registro de Indicadores de Eficiencia.
- 1.7 Registro de Indicadores de Calidad.
- 1.8 Registro Epidemiológico de Emergencias por Triage (según Prioridad de pacientes), por Tópicos diferenciados, Sala de Observación, Sala de Operaciones de Emergencias
- 1.9 Registro de Complicaciones e Infecciones Intrahospitalarias.
- 1.10 Plan de Emergencias y Desastres del Servicio de Emergencia y del Hospital

8. INSTRUCTIVO DE SERVICIOS DE EMERGENCIA.

8.1 DEL INGRESO DE PACIENTES

- 8.1.1 Los Centros Asistenciales de Sector Salud que cuenten con el Servicio o área de Emergencia están obligados a brindar atención médica quirúrgica a toda persona **en situación de emergencia** (Artículo 3º de la Ley General de Salud).
- 8.1.2 Todo paciente que llega al servicio de emergencia, debe ser admitido y atendido integralmente, posteriormente se procederá a referirlo a otro Centro Asistencial si el caso lo amerita.
- 8.1.3 La determinación de la condición de emergencia médica es realizada por el profesional médico encargado de la atención, bajo responsabilidad.
- 8.1.4 Luego del ingreso, el Triage es la primera área donde el paciente debe ser atendido y evaluado
- 8.1.5 El médico que brinda atención médica a una persona por herida de arma blanca, herida de bala, accidente de tránsito o por causa de otro tipo de violencia que constituya delito perseguible de oficio o cuando existan indicios de aborto criminal, está obligado a poner el hecho en conocimiento de la autoridad competente.

Recepción

- 8.1.6 La recepción y orientación de los usuarios se realizará a través del personal de apoyo, en coordinación con los servidores de Admisión y Triage.
- 8.1.7 A la recepción de un paciente en situación de emergencia, el personal de vigilancia facilitará el ingreso al Servicio o área de Emergencia de un familiar o acompañante de acuerdo a la necesidad.
- 8.1.8 Las camillas y sillas de ruedas permanecerán en la entrada del Servicio o área de Emergencia para un rápido traslado del paciente, la Enfermera jefe designará al personal de apoyo responsable de esta área.
- 8.1.9 El acceso al Servicio o área de Emergencia debe ser directo y libre de obstáculos, con señalizaciones claras.

Admisión

- 8.1.10 Luego de ser evaluado en el Triage, el paciente será derivado al área de Admisión. Si se tratara de un caso crítico, el familiar o acompañante realizará los trámites respectivos en la Admisión.
- 8.1.11 El área de Admisión se encarga de la identificación y verificación del paciente, de acuerdo a las normas institucionales vigentes.

- 8.1.12 Todos los Servicios o áreas de Emergencia, deben de contar con personal de Admisión mientras se brinde atención en el servicio. Esta área debe tener acceso a información actualizada de la Historia Clínica si correspondiera.
- 8.1.13 Cuando el paciente es referido, se debe verificar de acuerdo a la Norma técnica de Referencia y Contrarreferencia vigente.

Pacientes Asegurados por el SIS o por el Seguro Social u otra modalidad de aseguramiento.

- 8.1.14 La atención de emergencia se otorgará en el Centro Asistencial donde acudió el paciente, mientras subsista el estado de gravedad que motivó el ingreso. Así mismo, de acuerdo a la complejidad del daño se procederá a referirlo a otro establecimiento si fuera necesario

8.2 DE LA ATENCIÓN DE PACIENTES

- 8.2.1 El Médico Emergenciólogo Jefe de Guardia definirá el rol y los responsables de las diferentes áreas de la Emergencia por turnos debiendo publicarlo en cada área para conocimiento.

TRIAJE

- 8.2.2 El profesional de salud encargado del Triaje, realiza el control de las funciones vitales del paciente y determina la prioridad del daño del mismo, a fin de derivarlo al área correspondiente de acuerdo al Protocolo del Triaje (ver lista de daños según prioridad) :
- Prioridad I a Sala de Reanimación o Shock Trauma
 - Prioridad II a Tópico de Emergencia II.
 - Prioridad III a Tópico de Emergencia III.
 - Prioridad IV a Consulta Externa u otros servicios ambulatorios
- 8.2.3 El profesional de salud encargado del Triaje, estará permanentemente en coordinación con el Médico Emergenciólogo Jefe de Guardia o quien esté programado como responsable.
- 8.2.4 En el área Triaje se activará el código de alarma de emergencia ante la llegada de un paciente de Prioridad I, para que el equipo de reanimación se constituya en el acto, en la Sala de Shock Trauma

Sala de Reanimación (Shock Trauma)

- 8.2.5 La atención en este ambiente se realiza por un equipo multidisciplinario, liderado por el Médico Emergenciólogo responsable del área.
- 8.2.6 El tiempo de permanencia del paciente en la Sala de Shock Trauma, debe ser el estrictamente necesario, hasta conseguir la estabilidad del paciente que permita su traslado a otro Servicio que corresponda, para su tratamiento definitivo.
- 8.2.7 Todo traslado del paciente a otra área o Servicio será indicado por el Médico tratante, así también determinará al personal encargado del traslado de acuerdo al estado del paciente y previa coordinación con el área de destino.
- 8.2.8 La sala de Reanimación deberá contar con sistema informático donde se registre los datos de la atención realizada En aquellos servicios donde no se cuente con soporte informático, los pacientes atendidos serán consignados en libro de registros de atención, especificándose los siguientes datos: fecha, hora, nombre, edad, sexo, documento de identidad, número de registro o seguro, diagnóstico, tratamiento, destino, nombre y firma del Médico tratante.

Tópico de Emergencia II

- 8.2.9 Los pacientes con daños de prioridad II, permanecerán en éste Tópico el tiempo suficiente para definir su destino final, que podría ser: Hospitalización, Centro Quirúrgico, Sala de Observación, referencia a otro Centro Asistencial o Alta Médica.
- 8.2.10 La atención del paciente será registrada en todos sus aspectos en la denominada Historia Clínica de Emergencia, debiendo constar la firma y el sello del Médico asistente responsable.

- 8.2.11 En aquellos servicios donde no se cuente con soporte informático, los pacientes atendidos serán registrados en el parte diario de atención donde quedará consignados los siguientes datos: fecha, hora, nombre, edad, documento de identidad, número de registro o seguro, diagnóstico, tratamiento, destino, nombre y firma del Médico tratante.
- 8.2.12 El Médico tratante determinará el traslado y continuidad del tratamiento del paciente en el área respectiva, previa comunicación.

Sala de Observación

- 8.2.13 El ingreso de todo paciente a Sala de Observación implica la máxima coordinación entre el personal médico y el de enfermería que traslada y recibe al paciente, debe ingresar con Historia Clínica de Emergencia haciendo énfasis en el motivo de ingreso, estado actual, tratamiento u otros datos clínicos de importancia, con la finalidad de asegurar la atención integral y continua del mismo.
- 8.2.14 A los pacientes de mayor riesgo se les ubicará físicamente cerca a la Estación de Enfermería.
- 8.2.15 La periodicidad de evaluación de los pacientes se realizará de acuerdo a su estado clínico, debiendo como mínimo tener dos evaluaciones por turno. Los resultados serán registrados en las notas de evolución e incluirán el estado actual, apreciaciones diagnósticas y comentarios respectivos en concordancia con los resultados de los exámenes solicitados; así como apreciaciones de las respuestas terapéuticas.
- 8.2.16 La estancia del paciente en la Sala de Observación está en relación directa a la decisión médica de acuerdo a la evolución de su estado de salud. El paciente no debe permanecer por un tiempo mayor de 12 horas para prioridad I y de 24 horas para prioridad II.
- 8.2.17 Cuando no exista el soporte informático, la Enfermera encargada de Sala de Observación, debe registrar todos los pacientes que ingresan y egresan de Sala de Observación, consignando en el Libro de Registro: fecha y hora de ingreso y egreso, nombre del paciente, edad, sexo, número de registro o seguro, diagnóstico, destino, médico que indicó el ingreso y el egreso.

Tópico de Emergencia III

- 8.2.18 La atención de pacientes categorizados como prioridad III, se realiza en el Tópico de Emergencia III y se registrará en el parte diario de atención, donde queda consignado los siguientes datos: fecha, hora, nombre, edad, documento de identidad, número de registro o seguro, diagnóstico, tratamiento, destino, nombre y firma del Médico tratante

Interconsulta

- 8.2.19 En caso de requerirse la opinión de otro especialista, el Médico Emergenciólogo tratante solicita una interconsulta, registrando en la Historia Clínica la fecha y hora en que solicitó la interconsulta, precisando el diagnóstico, el motivo de la evaluación y la especialidad requerida.
- 8.2.20 La respuesta del especialista solicitado debe ser realizada en un tiempo no mayor a los 30 minutos de generada.
- 8.2.21 La interconsulta solicitada por el Servicio o área de Emergencia, tiene prioridad de atención y debe ser contestada inmediatamente al ser recibida por el especialista requerido

Junta Médica

- 8.2.22 En caso de indeterminación diagnóstica o discrepancia terapéutica médica ó quirúrgica respecto a un paciente, el Médico tratante solicitará una Junta Médica, haciendo de conocimiento del Jefe de Guardia.
- 8.2.23 La Junta Médica es presidida por el Jefe de Guardia, quien designa y convoca a los Médicos asistentes de las especialidades afines al caso.
- 8.2.24 La realización de la Junta Médica deberá quedar consignada en la Historia Clínica, registrándose la fecha, hora, objetivo de la convocatoria, conclusiones y recomendaciones a seguir y la firma de todos los participantes.

Información

- 8.2.25 Los Servicios o áreas de Emergencia deben contar con normas definidas respecto al otorgamiento de información y visita de familiares, de acuerdo a las características climatológicas y culturales de la localidad. Deben estar publicadas y expuestas en lugares visibles, para conocimiento del paciente y familiares responsables o acompañantes, al ingreso del Servicio o área.
- 8.2.26 El paciente que se atiende en el Servicio o área de Emergencia tiene derecho a recibir información oportuna, previo a todo acto o procedimiento diagnóstico o terapéutico a realizarle. Si el paciente se encuentra inconsciente, es menor de edad o tiene problemas de salud que impidan la correcta toma de decisiones, la información se pondrá en conocimiento del familiar directo ó representante legal
- 8.2.27 El familiar directo o representante legal del paciente será informado por el Médico tratante o por el Jefe de Guardia acerca de la situación del paciente, inmediatamente después de la atención en cualquiera de las áreas del Servicio de Emergencia.
- 8.2.28 Para los pacientes hospitalizados en Sala de Observación, se fija como mínimo tres horarios por día para la información médica. Para los casos de pacientes críticos, la información al familiar directo o representante legal se realizará todas las veces que el caso lo amerite. El ingreso a la Sala de Observación del familiar responsable será en los horarios establecidos por el Centro Asistencial y de acuerdo al estado del paciente
- 8.2.29 Si el paciente o representante legal no autoriza la realización de procedimientos o medidas terapéuticas que sean indispensables para la vida del paciente, el Jefe de Guardia notificará a la autoridad judicial competente.

8.3 DE LOS SERVICIOS DE APOYO

Exámenes Auxiliares

- 8.3.1 Las Emergencias debe contar permanentemente con oferta de servicios de Ayuda al Diagnóstico que aseguren atención inmediata, y de acuerdo a su Nivel de Complejidad estos servicios deben estar muy cerca o dentro del área de Emergencia.
- 8.3.2 Las solicitudes de exámenes auxiliares deben registrar: fecha, hora, nombre del paciente, edad, sexo, número de registro o seguro, diagnóstico, área donde se encuentra el paciente, así como nombre y firma del Médico tratante.
- 8.3.3 Los resultados de laboratorio se expiden en el menor tiempo posible y deberán incluir valores normales y sus unidades respectivas. Una vez obtenido el resultado debe ser inmediatamente entregado al médico tratante, quién anotará en la Historia Clínica el resultado comentado.
- 8.3.4 Solicitado un examen de imágenes, el paciente será trasladado por el personal de salud designado, de ser el caso irá acompañado del Médico tratante, de acuerdo a la gravedad del paciente. El Médico responsable debe reportar en la Historia Clínica del paciente, el informe del examen de imágenes realizado así como el número de registro.
- 8.3.5 El archivo de placas radiográficas debe mantenerse accesible al personal de salud las 24 horas del día. Los responsables impartirán la directiva correspondiente.
- 8.3.6 El Jefe del Servicio de Emergencia es responsable de supervisar el uso racional de exámenes auxiliares en emergencia, estableciendo para ello los mecanismos necesarios de coordinación, control y evaluación.

Archivo de Historia Clínica

- 8.3.7 A pedido del Médico tratante, el área de Archivo e Historia Clínica provee la Historia Clínica del paciente. La solicitud se realiza inmediatamente decidida la hospitalización.
- 8.3.8 El paciente con indicación de internamiento, debe hacerlo con su Historia Clínica

8.4 DEL EGRESO DE PACIENTES

Sala de Operaciones

- 8.4.1 Cuando exista indicación de intervención quirúrgica, el paciente o representante legal debe firmar el Formulario "Consentimiento Informado". En ausencia del representante legal o incapacidad del paciente para realizarlo, si la intervención quirúrgica es de alta

- prioridad la indicación será dada por una Junta Médica de Emergencia. (En emergencia, está exceptuado de este requisito (Ley General de Salud, Art. 4)
- 8.4.2 La determinación de la prioridad para la intervención de pacientes quirúrgicos de emergencia y uso de la Sala de Operaciones, la realiza el Jefe de Guardia previa coordinación con el Jefe de Equipo de Cirugía de Guardia. Ante la eventualidad de cirugías de emergencia simultáneas, se habilitarán Salas de Operaciones adicionales, teniendo siempre los pacientes de emergencia prioridad sobre los programados.
- 8.4.3 En caso que el paciente o representante legal no autoriza la realización del acto quirúrgico y tratándose de una intervención de emergencia, se comunicará a un representante del Ministerio Público para dejar expeditas las acciones a que hubiere lugar en salvaguarda de la vida y la salud del paciente. Además es necesario que el paciente y familiar responsable firmen el formulario "Exoneración de Responsabilidad".
- 8.4.4 Si el paciente en el Servicio o área de Emergencia tiene indicación de intervención quirúrgica, deberá ser preparado por el personal de enfermería del área donde se decidió el acto (Sala de Reanimación, Tópico de Emergencia, Sala de Observación), y se efectúa conservando la privacidad y pudor del paciente.
- 8.4.5 El paciente que es derivado a Sala de Operaciones no deberá retornar al Servicio o área de Emergencia en la etapa Post-Operatoria.

Ingreso a Servicios de Hospitalización

- 8.4.6 El ingreso de un paciente del Servicio o área de Emergencia en otro servicio (Unidad de Cuidados Intensivos, Servicios de Internamiento), se realiza previa coordinación con el servicio de destino, informándose sobre la situación del paciente y motivo de ingreso, debe portar la Historia Clínica de Emergencia y la antigua Historia si la tuviera.
- 8.4.7 De acuerdo a su estado, el paciente será trasladado, además de la Enfermera y Camillero, en compañía del Médico tratante.
- 8.4.8 Los pacientes hospitalizados en Servicios de Internamiento no deben retornar al área de emergencia durante su permanencia en la institución.
- 8.4.9 Los pacientes del servicio de emergencia tendrán prioridad para la hospitalización, pudiendo implementarse medidas de contingencias intrahospitalarias cuando la demanda excede la oferta del Servicio de Emergencia.

Referencia

- 8.4.10 La referencia del paciente en situación de emergencia a otro Centro Asistencial se realiza de acuerdo a criterios de oportunidad, accesibilidad y capacidad resolutive del Centro Asistencial de destino. En las primeras 24 horas luego de ser referido el paciente, se remitirá a la Unidad Funcional de Referencia y Contrarreferencia los Formularios de referencia para el registro y trámite correspondiente.
- 8.4.11 La referencia es coordinada entre los Jefes de Guardia de los Centros Asistenciales de origen y destino, teniendo en cuenta las redes local y regional de los Servicios de Emergencia.
- 8.4.12 Solicitada la referencia, el paciente será trasladado por el personal de salud designado, de ser el caso irá acompañado del Médico tratante, de acuerdo a la gravedad del paciente.
- 8.4.13 La referencia debe estar acompañada por una Epicrisis donde figuren datos de Filiación, breve resumen de la Historia Clínica, examen físico completo, diagnósticos establecidos al momento de la Referencia, tratamientos efectuados, así como los resultados originales de exámenes auxiliares de laboratorio e imágenes. Toda la documentación será entregada al personal responsable del traslado del paciente.
- 8.4.14 Una copia del formulario de Referencia se enviará a la Unidad Funcional de Referencia del Centro Asistencial para las acciones correspondientes.

Determinación de Alta

- 8.4.15 La fecha y hora de Alta, las indicaciones y recomendaciones médicas, así como la hora en que el paciente se retira del Servicio o área de Emergencia, deben quedar registrados en la Historia Clínica.
- 8.4.16 El Médico tratante explicará al paciente y/o familiar responsable los aspectos relacionados con su autocuidado y le entregará el formulario de Alta, indicaciones médicas y descanso medico correspondiente, si el caso lo amerita.

- 8.4.17 Dentro de las 24 horas siguientes al Alta se devuelve la Historia Clínica y placas radiográficas del paciente al área de Archivo correspondiente, debiendo registrar dicha acción en un cuaderno de cargos.
- 8.4.18 Cuando el paciente requiera continuar la atención ambulatoria, se debe dar la orientación y documentación respectiva
- 8 4 19 En caso de Retiro Voluntario o solicitado, el Médico tratante informará al paciente y/o familiares sobre el estado de salud y los riesgos de su condición clínica. Si se tratara de un paciente con un alto riesgo y bajo estas condiciones, el pedido de retiro se deberá comunicar a la autoridad competente, ante cuya presencia se procederá. Antes del retiro voluntario, el paciente o su representante legal, firmará el documento correspondiente.

Constancia de Atención

- 8 4 20 La Constancia de Atención es emitida por el Médico tratante, en ella consta los nombres y apellidos del paciente, fecha y hora de atención, diagnóstico, firma y sello respectivo.
- 8 4.21 La Constancia de Atención se debe consignar en la Historia Clínica o en el Libro de Registro.

Fallecimiento

- 8.4.22 En caso de ocurrir un fallecimiento y de producirse alguna de las causales establecidas en la normatividad legal vigente, se procederá a solicitar necropsia de ley.
- 8.4.23 Si existiera en los Registros Médicos información que explique que el fallecimiento es producto del proceso evolutivo de una enfermedad ya diagnosticada, es procedente extender el Certificado de Defunción.
- 8.4.24 Cuando en los Registros Médicos del Centro Asistencial no exista información del fallecido, el médico tratante, que puede o no ser de la Institución, puede apersonarse y extender el Certificado de Defunción, el mismo que será considerado válido en toda su extensión
- 8.4.25 En caso de muerte por actos de violencia, el Jefe de Guardia comunica a la Policía Nacional para la necropsia de ley En estos casos el Certificado de Defunción será emitido por los médicos que realizan la necropsia.

8.5 DE LOS REGISTROS O DEL REPORTE

- 8.5.1 Los Jefes de Servicio y los Médicos Jefes de Guardia son responsables de realizar el informe basados en datos estadísticos, perfiles epidemiológicos e indicadores, que reflejen la calidad de servicios médicos brindados Estos deben ser remitidos a la instancia superior.
- 8.5.2 En caso de falta de soporte informático, se debe registrar en el Libro de Registros o en el Parte Diario: la fecha y hora de atención, nombre del paciente, edad y sexo, documento de identidad, dirección domiciliaria, diagnóstico de ingreso, diagnóstico, prioridad de atención, nombre del Médico y destino, de todos los pacientes atendidos. Se registra con letra legible evitando borrones y enmendaduras.
- 8.5.3 El responsable del área de Admisión en emergencia deberá asegurarse que todos los pacientes que han sido atendidos, queden registrados, así como anotar la fuente de pago, exoneración o aportación. casos Seguro Social, FF.AA, FF.PP, SIS, SOAT y asegurados del subsector privado.
- 8.5.4 En cada cambio de turno se debe realizar la entrega de Guardia, a través de un reporte verbal y escrito de los pacientes que quedan en Sala de Observación, Tópicos de Emergencia y otras áreas del Servicio o área de Emergencia, el reporte debe realizarlo el Médico responsable de cada área al Médico que ingresa.

LISTA DE DAÑOS SEGÚN PRIORIDAD

Se enumeran las patologías más frecuentes relacionadas con cada una de las Prioridades establecidas en el Triage'

Prioridad I

Pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte y que requieren atención inmediata en la Sala de Reanimación – Shock Trauma.

- 1.- Paro Cardio Respiratorio.
- 2.- Dolor Torácico Precordial de posible origen cardiogénico con o sin hipotensión.
- 3.- Dificultad respiratoria (evidenciada por polipnea, taquipnea, tiraje, sibilantes, estridor, cianosis)
- 4.- Shock (Hemorrágico, cardiogénico, distributivo, obstructivo)
- 5.- Arritmia con compromiso hemodinámico de posible origen cardiogénico con o sin hipotensión.
- 6.- Hemorragia profusa.
- 7.- Obstrucción de vía respiratoria alta.
- 8.- Inestabilidad Hemodinámica (hipotensión / shock / crisis hipertensiva).
- 9.- Paciente inconsciente que no responde a estímulos.
- 10.- Paciente con trauma severo como:
 - Víctima de accidente de tránsito.
 - Quemaduras con extensión mayor del 20%.
 - Precipitación.
 - Dos o más fracturas de huesos largos proximales.
 - Injurias en extremidades con compromiso neurovascular.
 - Henda de bala o arma blanca.
 - Sospecha de traumatismo vertebro medular.
 - Evisceración.
 - Amputación con sangrado no controlado.
 - Traumatismo encéfalo craneano.
- 11.- Status Convulsivo.
- 12.- Sobredosis de drogas o alcohol más depresión respiratoria.
- 13.- Ingesta de órgano fosforados, ácidos, álcalis, otras intoxicaciones o envenenamientos.
- 14.- Signos y síntomas de abdomen agudo con descompensación hemodinámica.
- 15.- Signos y síntomas de embarazo ectópico roto.
- 16.- Signos vitales anormales:

ADULTO

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

PEDIÁTRICO

Lactante

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

Pre Escolar

- Frecuencia Cardíaca ≤ 60 x min.
- Frecuencia Cardíaca ≥ 180 x min
- Presión Arterial Sistólica < 80 mmHg.
- Frecuencia Respiratoria > a 40 x min. (sin fiebre).
- Saturación de oxígeno ≤ a 85%.

- 17.- Suicidio frustrado.
- 18 - Intento suicida.
- 19.- Crisis de agitación psicomotora con conducta heteroagresiva
- 20.- Problemas específicos en pacientes pediátricos.
 - Intoxicaciones por ingesta o contacto.
 - Períodos de apnea.
 - Cambios en el estado mental: letargia, delirio, alucinaciones, llanto débil.
 - Deshidratación con Shock: Llenado capilar mayor de tres segundos.
 - Sangrado: Hematemesis, sangrado rectal, vaginal, epistaxis severa.
 - Quemaduras en cara o más del 10% de área corporal.
 - Quemaduras por fuego en ambiente cerrado
 - Acontecimiento de aspiración u obstrucción con cuerpo extraño.
 - Status convulsivo.
 - Status asmático.
 - Hipertermia maligna.
 - Trastornos de sensorio.
 - Politraumatismo
 - Herida por arma de fuego.

Cualquier otro caso que amerite atención inmediata en la Sala de Reanimación.

Prioridad II

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

- 1 - Frecuencia respiratoria \geq de 24 por minuto.
- 2 - Crisis asmática con broncoespasmo moderado.
- 3.- Diabetes Mellitus Descompensada.
- 4.- Hemoptisis.
- 5.- Signos y síntomas de Abdomen Agudo.
- 6 - Convulsión reciente en paciente consciente.
- 7.- Dolor torácico no cardiogénico sin compromiso hemodinámico.
- 8.- Arritmias sin compromiso hemodinámico.
- 9.- Sangrado gastrointestinal, con signos vitales estables.
- 10.- Paciente con trastornos en el sensorio.
- 11.- Hipotonía, flacidez muscular aguda y de evolución progresiva.
- 12 - Descompensación Hepática.
- 13 - Hernia umbilical o inguinal incarcerada.
- 14.- Signos y síntomas de descompensación tiroidea.
- 15 - Contusiones o traumatismos con sospecha de fractura o luxación.
- 16 - Herida cortante que requiere sutura.
- 17.- Injuria en ojos perforación, laceración, avulsión.
- 18.- Desprendimiento de retina.
- 19.- Fiebre y signos inflamatorios en articulaciones.
- 20.- Síntomas y signos de cólera.
- 21.- Deshidratación Aguda sin descompensación hemodinámica.
- 22.- Hematuria macroscópica.
- 23.- Reacción alérgica, sin compromiso respiratorio.
- 24.- Síndrome febril o Infección en paciente Inmunosuprimido (Ejemplo. Paciente diabético con infección urinaria)
- 25 - Pacientes Post-Operados de Cirugía altamente Especializada o pacientes en programa de Hemodiálisis, con síntomas y signos agudos.
- 26 - Coagulopatía sin descompensación hemodinámica
- 27 - Sobredosis de drogas y alcohol sin depresión respiratoria.
- 28.- Cefalea con antecedentes de trauma craneal.
- 29.- Síndrome Meníngeo.
- 30.- Síntomas y signos de enfermedades vasculares agudas.

- 31.- Cólico renal sin respuesta a la analgesia mayor de 06 horas.
- 32.- Retención urinaria.
- 33.- Síndrome de abstinencia de drogas y alcohol
- 34.- Cuerpos extraños en orificios corporales.
- 35.- Cuerpos extraños en esófago y estómago.
- 36.- Pacientes con ideación suicida.
- 37.- Pacientes con crisis de ansiedad.
- 38.- Pacientes con reagudización de su cuadro sicótico sin conducta suicida ni agitación psicomotora fuera de control
- 39.- Cuadro de demencia con conducta psicótica.
- 40.- Esguinces.
- 41.- Contusiones o traumatismos leves sin signos o síntomas de fractura o luxación.
- 42.- Enfermedad Inflamatoria de la pelvis
- 43.- Coagulopatía.
- 44.- Flebitis o Tromboflebitis.
- 45.- Herpes Zoster ocular.
- 46.- Enfermedad eruptiva aguda complicada.
- 47 - Cefalea mayor de 12 horas.
- 48 - Problemas específicos en pacientes Obstétricas:
 - Hemorragia de cualquier trimestre del embarazo.
 - Aborto provocado no terapéutico o intento fallido de aborto.
 - Amenaza de parto prematuro.
 - Gestante de 2º y 3º trimestre que reporta ausencia de movimiento fetales.
 - Sangrado post-parto.
 - Hipertensión que complica el embarazo.
 - Signos y síntomas de toxemia severa.
 - Bradicardia (menor de 120 x min.) y taquicardia (> de 160 x min) Fetal
 - Traumatismo Abdominal.
 - Deshidratación por hiperémesis.
 - Cefalea
 - Epigastralgia
 - Edema Generalizado.
- 49 - Problemas Específicos en pacientes Pediátricos.
 - Cualquier enfermedad en niños menores de 3 meses.
 - Dolor Abdominal.
 - Trauma craneano sin cambios en el estado mental o fracturas obvias.
 - Niños con fiebre y petequias o púrpura.
 - Niños menores de 3 meses con T° ≥ que 38° C.
 - Niños menores de 2 años con T° ≥ que 39° C.
 - Niños con síntomas de infección urinaria.
 - Convulsiones recientes, síncope o mareos.
 - Cefalea / epistaxis no controlada.
 - Quemaduras en menos del 10% de área corporal
 - Trauma ocular no penetrante.
 - Laceración que requiere sutura con sangrado activo.
 - Niños que han sufrido agresión física.
 - Odontalgia.
 - Otagia.

Cualquier otro caso que a criterio del Médico tratante considere necesario la atención en algún Tópico de Emergencia.

Prioridad III

Paciente que no presentan riesgo de muerte ni secuelas invalidantes. Amerita atención en el Tópico de Emergencia III, teniendo prioridad la atención de casos I y II.

- 1 - Dolor abdominal leve con nauseas, vómitos, diarrea, signos vitales estables.

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

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

Prioridad IV

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

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

9.- UNIDADES FUNCIONALES

El manejo del paciente en situación de emergencia tiene un enfoque sistémico e integral, debiendo la organización adecuarse a dichas necesidades de atención, por tanto la formación de unidades funcionales de carácter asistencial tecnológico en un enfoque matricial tienen un rol muy importante que permite optimizar los recursos y fundamentalmente mejorar la calidad de la atención y que aplicadas en un enfoque de Red multiplica sus beneficios.

9.1.- DEFINICION

Es una organización funcional de optimización asistencial y de recursos hospitalarios (equipos, insumos) a fin de mejorar el proceso del manejo y tratamiento en un campo o área específica de la medicina de emergencia, con un enfoque integral y sistémico, que atraviesa toda la organización hospitalaria en sus diversas categorizaciones, además de articular aspectos clínico asistencial, administrativo y de costos.

Las Unidades Funcionales en Medicina de Emergencias comprende las siguientes:

- 1 RCP avanzada y prolongada
 - a. Nivel hospitalario: a partir del nivel II-2
 - b. Institutos : IESN / Materno Perinatal / INEN / INCOR / Instituto de Ciencias Neurológicas
2. Ventilación Mecánica o Soporte Ventilatorio
 - a. Nivel hospitalario : a partir del nivel II-2
 - b. Institutos : IESN / Materno Perinatal / INEN / INCOR
- 3 Hemodinámica y Cardiovascular
 - a. Nivel hospitalario : a partir del nivel III-1
 - b. Institutos : IESN / INCOR
4. Trauma y Neurotrauma
 - a. Nivel hospitalario : a partir del nivel II-2
 - b. Institutos : IESN / Instituto de Ciencias Neurológicas
5. Infecciosas
 - a. Nivel hospitalario : a partir del nivel II-2
 - b. Institutos : IESN / Materno Perinatal
6. Metabólica y Medio Interno.
 - a. Nivel hospitalario : a partir del nivel II-2
 - b. Institutos : IESN / Materno Perinatal / INEN
7. Prehospitalaria.
 - a. Nivel hospitalario : a partir del nivel II-2
 - b. Institutos : Todos los que participen en el sistema de referencia y contrarreferencia.

9.2. OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

- Disminuir la morbimortalidad de los pacientes en situación de emergencia en un campo determinado de la Medicina de Emergencias y Desastres.
- Garantizar la calidad de la atención de salud e implantar una política de contención de costo en los diferentes procesos de atención del paciente críticamente enfermo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Optimizar los procesos asistenciales en los servicios de emergencia bajo criterios de calidad y oportunidad.
- Adecuar la oferta de servicios de acuerdo a la demanda local, regional y nacional.
- Racionalizar el consumo de los recursos materiales: insumos, material y equipos de un área específica de la medicina de emergencias y desastres.
- Optimizar la Red de Servicios de Emergencias en el Sector Salud al mantener la articulación y sistematización de las unidades funcionales que la integran.

9.3. POBLACION OBJETIVO

Pacientes en situación crítica, ubicados durante todo el proceso de la atención médica que se brinda en todas las áreas donde sucede el evento (En foco del evento, Domicilio, Prehospitalario, Emergencia).

9.4. ORGANIZACIÓN FUNCIONAL:

NIVEL CENTRAL SECTORIAL:

El Comité Técnico Sectorial de Servicios de Emergencias conduce las políticas y actividades tienen a su cargo la regulación técnica normativa así como la supervisión, monitoreo y evaluación de las Unidades Funcionales de Medicina de Emergencia. Tiene estrecha coordinación con sus de los demás servicios críticos.

El Comité Técnico Sectorial podrá ser asistido por un Equipo de Trabajo multidisciplinario especializado.

NIVEL REGIONAL:

En cada Región de Salud debe existir un Comité Técnico Sectorial de manejo del paciente crítico y son los responsables de la implementación, supervisión y monitoreo de las actividades y asignación de recursos de cada Unidad Funcional dentro de su ámbito

NIVEL LOCAL:

Cada Hospital debe tener un coordinador responsable de cada Unidad Funcional y que debe articular internamente con todas las áreas que tienen a su cargo el manejo del paciente crítico.

9.5. ESTRATEGIAS

- Constituir un Comité Técnico Sectorial a nivel central relacionado a las Unidades Funcionales y se debe designar un responsable de cada una de las Unidades Funcionales..
- Organizar la Red de Unidades Funcionales en el ámbito sectorial y que coordine con cada centro asistencial según su nivel de complejidad t capacidad resolutive acreditada.
- Cada Unidad Funcional organizada en cada Red y Microrred de salud deberá de articularse con los Servicios de Hospitalización, Emergencia, Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico y Neonatal, Centro Quirúrgico y Atención en Foco o en Domicilio.
- Priorizar el enfoque de riesgo para patología según la Unidad Funcional que el perfil epidemiológico y siniestralidad del paciente crítico lo amerite.
- Asignar los recursos humanos, materiales, económicos y financieros para la ejecución e implementación de estas Unidades Funcionales.
- Ejecutar talleres Nacionales, Regionales y locales que permitan una transferencia tecnológica multidisciplinaria bidireccional y con participación activa de todos los actores asistenciales y administrativos.

9.6. LINEAS DE ACCION

A. GESTIÓN:

- Ejecución, supervisión y monitoreo de las Unidades Funcionales en todos las Unidades Ejecutoras u Órganos Desconcentrados
- Elaboración e implementación de las Normatividad de otorgamiento de prestaciones de salud que se brindan a través de las Unidades Funcionales de los Centros Asistenciales según su categorización.
- Constituir el Comité Técnico Sectorial de apoyo y que priorize según los indicadores de gestión y de calidad, así como el perfil de demanda de salud del paciente en situación crítica en cada ámbito geográfico.
- Implementar el Sistema de Información Gerencial en el ámbito de cada Red y Microrred asistencial, así como en el nivel central para efectos de gestionar adecuadamente las Unidades Funcionales

B. CAPACITACIÓN:

- Capacitar a los profesionales involucrados en cada Unidad Funcional en aspectos epidemiológicos, aspectos técnicos administrativos, enfoque de la calidad de la atención de salud, supervisión, monitoreo, evaluación y construcción de indicadores.

C. INFORMACIÓN, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN:

- Definir las estrategias y el plan de comunicación.
- Diseñar y elaborar materiales de información sobre la importancia de las Unidades Funcionales en la disminución de la morbimortalidad de patología relacionada a cada Unidad Funcional así como acciones que permitan una adecuada contención de costos.

D. PRESTACIÓN DE SERVICIOS

- Capacitación en nuevos estilos de vida para prevenir riesgos de patología según cada Unidad Funcional.
- Sistema de Información Gerencial con base en todos los registros de los Establecimientos del sector salud.
- Sistema de referencia y contrarreferencia adecuado.
- Cada Unidad Funcional determinara sus líneas de acciones y actividades a desarrollar, debiendo ser adecuado a cada realidad subsectorial, regional y local.

E. SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN

- Supervisión, Monitoreo y Evaluación para el mejoramiento continuo de las actividades que se consideran componentes básicos del programa.
- Lograr una adecuada cobertura de la población con mayor riesgo de patología de cada Unidad Funcional.
- Asegurar la calidad y oportunidad en los procesos de diagnóstico y tratamiento en cada unidad Funcional.
- Seguimiento con el objetivo de asegurar, la oportunidad en el tratamiento del paciente que requiere terapia especializada.
- La evaluación tomará en cuenta todos los indicadores de los diferentes procesos que la integran.

F. INDICADORES DE PROCESO

- Indicadores de cobertura:
- Indicadores de calidad:
- Indicadores de calidad del diagnóstico:
- Indicadores de calidad del tratamiento:
- Indicadores de eficiencia:
- Indicadores de impacto:

G. INVESTIGACIÓN

Los resultados de la aplicación de las Unidades Funcionales se evaluarán mediante estudios del impacto en la reducción de costos beneficio de la morbimortalidad en patología crítica específica y reducción de costos en el consumo de bienes estratégicos que ocasionan su aplicación y uso.

10.- GUIAS DE DAÑOS Y PROCEDIMIENTOS.

10 1 DAÑOS:

ESTRUCTURA

- 1.0- Nombre y código
- 2.0. Definición (Concreto y simple)
 - 2.1. Factores de riesgo
 - 2.2 Etiología o causalidad
 - 2.3 Clasificación – Estadiaje (subgrupos)
- 3.0- Cuadro clínico
 - 3.1. Síntomas y signos mas frecuentes
 - 3.2. Complicaciones
- 4.0- Manejo:
 - 4.1. Según nivel de complejidad y capacidad de resolución.

- 4 1 1- Atención Prehospitalaria.
- 4 1 2- Atención en niveles I Y II
- 4.2 Plan de Trabajo
 - 4.2.1- Terapéutica
 - 4.2.2- Procedimientos
 - 4 2.3- Exámenes Auxiliares
 - 4.2.4- Interconsultas
- 4.3-Criterios de Referencia Interna y Externa
 - 4.3.1- UCI
 - 4.3.2- Hospitalización
 - 4 3 3- Sala de Observación de Emergencia
 - 4.3.4- Sala de Operaciones
 - 4.3.5- Otro hospital o Institución
 - 4.3.6- Alta medica
 - 4.3.6.1- A su domicilio con Indicaciones
 - 4.3.6.2- Con Referencia o Contrareferencia
- 5.0. – Anexos:
 - 5.1- Algoritmos
 - 5.2- Tablas de score
- 6.0.- Referencias bibliográficas.
- 7.0.- Listado de Recursos Materiales:
 - 7.1. Equipos Biomédicos
 - 7.2. Material medico fungible
 - 7.3. Material medico no fungible
 - 7.4. Medicamentos.
- 7.0.- Fecha de elaboración y vigencia
- 8.0.- Personas responsables

Cada Servicio de Emergencia deberá elaborar las Guías de atención de daños según su demanda epidemiológica y capacidad resolutive.

DAÑOS MAS FRECUENTES A CONSIDERAR

Nº	Diagnóstico
1	Insuficiencia Respiratoria
2	Sepsis
3	Shock
4	Síndrome de Dolor Torácico.
5	Síndrome Dolor abdominal
6	Politraumatizados
7	Accidente cerebro vascular
8	Crisis hipertensiva
9	Intoxicaciones agudas
10	Paro Cardio respiratorio
11	Insuficiencia Cardíaca Aguda

10.2 PROCEDIMIENTOS MEDICOS

ESTRUCTURA DE GUIAS PAUTADAS DE PROCEDIMIENTOS MEDICOS

<u>NORMAS DE PROCEDIMIENTOS</u>		<u>UNIDAD ORGANICA</u>
1.- Nombre y código del Procedimiento		2.- EMERGENCIA
3.- Definición (Concreto y simple)		
4 - Indicaciones		
5.- Contraindicaciones		
6 - Complicaciones		
7 - Consentimiento Informado		
8 - Materiales a usar		
9 - DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO		
EJECUTOR O AGENTE	ACTIVIDAD U OPERACIÓN	
Médico Especialista	➤	
Enfermera	➤	
Técnico de Enfermerías	➤	
(según corresponda)		

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES MAS FRECUENTES

Nº	Procedimiento e Intervenciones
1	Intubación orotraqueal
2	Cateterismo venoso central
3	RCP básico – avanzado – prolongado
4	Oxigenoterapia y ventilación mecánica
5	Toracocentesis y drenaje torácico
6	Paracentesis y lavado peritoneal
7	Cardioversión
8	Punción Lumbar
9	Trombolisis
10	Monitoreo Hemodinámico Invasivo y no invasivo
11	Uso de máscara laríngea
12	Traqueotomía

11.- RECURSOS HUMANOS Y CAPACITACIÓN

DE LA DOTACIÓN .-

Los recursos humanos de la Red en Servicios de Emergencia deben estar acordes a un rediseño de una nueva Política de Recursos Humanos, donde cada medico si bien su plaza pertenece a un determinado establecimiento de salud, para fines operativos podrían ser asignados en turnos adicionales a otros establecimientos de su Red Para estos casos debe priorizarse el uso extensivo de los Recursos Médicos locales. Todos deben cumplir el Perfil ocupacional con las competencias y destrezas mínimas y necesarias. Así como la dotación debe estar acorde a los estándares de relación Medico: Paciente y Enfermera: paciente.

En el pregrado se incluirá temas y competencias formación sobre Emergencias y Desastres.

VER ANEXO : Perfil de medico emergenciólogo.

DE LA CAPACITACIÓN:-

En aspectos de docencia interna debe impulsarse a través de la oficina de Recursos Humanos y Capacitación un Programa Anual de Actividades Académicas en estrecha coordinación con los Servicios de Emergencia.

Cada Institución de salud debe fomentar e implementar el Centro Docente del Paciente Crítico, donde se deberá enfocar la capacitación de los trabajadores que laboran en áreas críticas de manera integral. Este Centro Docente incluirá tópicos de educación para los trabajadores de la salud que laboran en las áreas de manejo Pre-Hospitalario, Servicios de Emergencia, Servicios de Cuidados Intensivos y Centro Quirúrgico, dándole la real dimensión que la Institución necesita en relación con la atención de emergencias y facilitándole los recursos necesarios para su operatividad. De preferencia la capacitación será orientada al perfil epidemiológico y siniestralidad de su ámbito geográfico.

Se deberá programar Capacitación descendente, es decir de establecimiento de salud de mayor a las de menor nivel de complejidad, por un determinado tiempo.

Constituyendo como metodología principal las siguientes modalidades:

Cursos -Talleres

Capacitación en Servicio

Cursos presénciales

Cursos no Presénciales o a Distancia, utilizando los medios informativos.

.Los principales tópicos a desarrollar son las siguientes:

- Soporte Básico y Avanzado de la vida.
- Manejo Básico y Avanzado del politraumatizado adulto y pediátrico.
- Manejo de la Vía Aérea y Soporte Ventilatorio.
- Manejo de Desastres
- Normatividad y Aspectos Legales.

Son cursos básicos y de actualización mediante la Educación Médica Continua para acreditar al personal de las áreas de emergencia: médicos emergenciólogos, enfermeras, y técnicos especializados.

12.- TECNOLOGÍAS EN SERVICIOS DE EMERGENCIAS.

En los servicios de salud individual como en los servicios de emergencia es importante dotarlas de **Tecnologías Asistenciales** tales como:

Tecnología de Prevención y Monitoreo

Tecnologías de equipos biomédicos y material médico aplicando los principios de tecnologías emergentes

Tecnología de procedimientos clínicos: Protocolos Integrales administrativos y asistenciales.

Tecnologías de Apoyo relacionadas a:

Sistemas de Información,

Sistema de Vigilancia

Herramientas de Gestión de Áreas críticas que mejoren la organización y la estructura.

13. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE SERVICIOS DE EMERGENCIA

CONCEPTOS DE REFERENCIA

Red de Servicios de Emergencia.- Conjunto de Servicios de Emergencia organizados según capacidad resolutoria, interconectados por redes viales y comunicación dinámica

y colectiva, con dependencia funcional y administrativa del servicio de mayor capacidad de resolución, a fin de asegurar atención progresiva al paciente en situación de Emergencia.

Capacidad Resolutiva.- Es la capacidad operativa (cualitativa y cuantitativa) de atención, cuyo estándar depende directamente del equipamiento y la capacitación y pericia de los Recursos Humanos

ESTRUCTURA Y AMBITO DE ACCION:

Cada Dirección Regional de Salud contara con una Red Funcional de Emergencia, donde inicialmente los centros asistenciales resolverán de acuerdo a sus capacidades de resolución de acuerdo al daño y siniestralidad del paciente en situación de emergencia, y sistematizaran mediante una adecuada articulación y coordinación de acuerdo a la normatividad de referencias y contrarreferencias de las emergencias que permita garantizar la continuidad de la atención del paciente en situación de emergencia.

La Dirección Regional de Salud deberá priorizar el adecuado funcionamiento de la Red funcional de emergencias, priorizando y facilitándole todos los recursos humanos y materiales que requieran para su implementación. Así mismo, procederá con los demás servicios de las denominadas Áreas Críticas (Pre-Hospitalario, cuidados intensivos y Anestesiología) que tienen a su cargo el cuidado y manejo de pacientes en situación de fallecimiento inminente.

DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE CADA SERVICIO DE EMERGENCIA

Los parámetros para la definición de capacidad resolutiva de cada Servicio de Emergencia, se describirán de acuerdo a la Norma Técnica de Categorización de establecimientos del Sector Salud.

La cabeza de la red de salud identificará la brecha existente entre los parámetros definidos y la capacidad resolutiva actual a fin de que las Unidades Ejecutoras o establecimientos de salud del sector ejecuten la implementación de los servicios de emergencia de manera progresiva y sostenida.

ADECUACION DE LOS SERVICIOS

La Dirección Regional de Salud efectuara las acciones mas adecuadas para la adecuación de los servicios de acuerdo a la necesidad de potenciamiento, e identificado sus necesidades.

DE LOS NIVELES DE ATENCION DE EMERGENCIAS

Los Servicios de Emergencia que conforman las Redes Funcionales se categorizaran en tres niveles de atención según la Norma de categorización de Establecimientos de Salud.

FLUJO DE COORDINACIONES Y COMUNICACIONES

- Internamente en cada red
- Entre redes
- Con el nivel Central

ACTIVIDADES A DESARROLLAR PARA LA IMPLEMENTACION DE LAS REDES DE SERVICIOS DE EMERGENCIAS

REFERENCIAS DE PACIENTES SEGÚN DAÑOS

Elaboración de catálogo de los daños de emergencias que permitan ser manejados en cada Centro Asistencial y referidos de acuerdo a su capacidad resolutive

ROL DE LAS UNIDADES MOVILES DE TRANSPORTE.

Deberá existir un sistema de unidades móviles de transporte (terrestre, aéreo, acuático) que deberá ser articuladas por un Centro Regulador del ámbito de la Red donde corresponda, quien coordinará con los servicios hospitalarios que respondan a las necesidades de atención del paciente en situación de emergencia.

SISTEMA DE INFORMACION

Priorizar el Centro Regulador en cada Red Funcional de Servicios de Emergencias, con el fin de optimizar el sistema de referencias y contrarreferencias

Implementar el sistema de información: organización, procesos, uso y análisis de la información en los niveles operativo y táctico.

MONITOREO Y EVALUACION

Monitoreo de la implementación del Sistema de referencia y Contrarreferencia.

Monitoreo y evaluación de los aspectos operativos.

14. LISTADOS DE ANEXOS:

ANEXO 1.- Atenciones de emergencia por niveles según prioridad

ANEXO 2.- Gestión Clínica – Unidades Funcionales

ANEXO 3.- Exámenes Auxiliares o Imágenes.

ANEXO 4.- Listado de Material Fungible

ANEXO 5.- Listado de Medicamentos.

ANEXO 6.- Lista de Equipos Biomédicos.

ANEXO 7.- Educación Médica en el Servicio de Emergencia