



**Ministerio de Salud**  
Personas que atendemos personas

**NT N° MINSa / DGSP V.01**

**NORMA TÉCNICA**

**DE LOS SERVICIOS DE  
EMERGENCIA DE HOSPITALES DEL  
SECTOR SALUD**

**Dirección General de Salud de las Personas  
Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud**

2004

**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 Carhuancho 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 número 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 socio económico 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 interrumpen 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
<b>Médico</b>	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  <b>Programación Reten:</b> Cardiólogo Otras especialidades de acuerdo a demanda.	Médicos Emergenciólogos(*) Cirujanos Generales Traumatólogos Anestesiólogos Neurocirujanos Pediatras Gineco-Obstetras Cirujano de Tórax Nefrólogo Cardiólogo  <b>Programación Reten:</b> Psiquiatra Urólogo Oftalmólogo Otorrinolaringólogo Cirujano Cabeza y Cuello Neurólogo.
<b>Enfermera</b>	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
<b>Obstetrix</b>	Por turno	Por turno	Por turno
<b>Técnico en Enfermería</b>	Técnico de Enfermería por Enfermero u Obstetrix Camillero.	Técnico de Enfermería por Enfermero u Obstetrix (***) Camillero.	Técnico de Enfermería por Enfermero u Obstetrix (***) 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 médico quirúrgica a toda persona **en situación de emergencia** (Artículo 3° 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 Triage, 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 Triage (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 Triage, estará permanentemente en coordinación con el Médico Emergenciólogo Jefe de Guardia o quien esté programado como responsable.
- 8.2.4 En el área Triage 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.
  - Herida de bala o arma blanca.
  - Sospecha de traumatismo vertebro medular.
  - Evisceración.
  - Amputación con sangrado no controlado.
  - Traumatismo encéfalo craneano.
- 11.- Status Convulsivo.
- 12.- Sobredosis de drogas o alcohol más depresión respiratoria.
- 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  $\leq$  60 x min.
- Frecuencia Cardíaca  $\geq$  200 x min.
- Presión Arterial Sistólica < 60 mmHg.
- Frecuencia Respiratoria  $\geq$  a 60 x min. (hasta los 2 meses).
- Frecuencia Respiratoria  $\geq$  a 50 x min (desde los 2 meses al año)
- Saturación de oxígeno  $\leq$  a 85%.

##### **Pre Escolar**

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

- 17.- Suicidio frustrado.
- 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 realizarse 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  $T^{\circ} \geq$  que  $38^{\circ}$  C.
  - Niños menores de 2 años con  $T^{\circ} \geq$  que  $39^{\circ}$  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 náuseas, 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 resolutiva 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 Medica en el Servicio de Emergencia

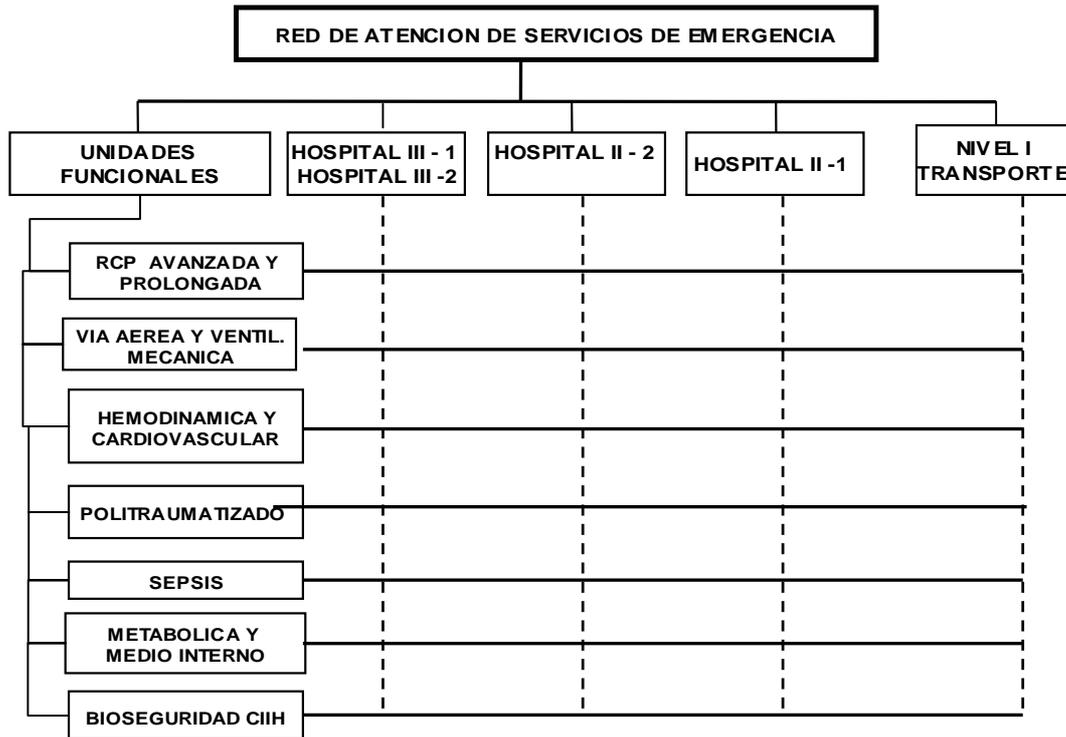
# **ANEXOS**

ANEXO N° 1

ATENCIONES DE EMERGENCIA POR NIVELES SEGÚN PRIORIDADES

NIVEL DE ATENCION DE EMERGENCIAS	NIVEL DE CENTROS ASISTENCIALES	ATENCION SEGÚN PRIORIDAD EN TOPICOS	ATENCION SEGÚN PRIORIDAD EN SALA DE OBSERVACION	FEED BACK
<b>Primer Nivel</b>	Puesto de Salud Centro de Salud Centro de Salud con internamiento.	.Manejo Inicial de prioridad I y II  .Manejo final de prioridad II de baja complejidad y prioridad III	Prioridad II de menor complejidad	
<b>Segundo Nivel</b>	HOSPITAL II - 1 HOSPITAL II - 2	.Manejo de Prioridades I, II y prioridad III en caso acudan directamente	Prioridad I y II	
<b>Tercer Nivel</b>	HOSPITAL III - 1 HOSPITAL III - 2	Manejo inicial y final de prioridad I y II	Prioridad I y II de mayor complejidad	

## ANEXO N° 2 GESTION CLINICA : UNIDADES FUNCIONALES



**ANEXO N° 3 SERVICIO DE EMERGENCIA  
LISTA DE EXAMENES AUXILIARES E IMÁGENES**

ITEMS	EXAMENES AUXILIARES	CLASIFICACION			
		HOSP. II- 1	HOSP. II- 2	HOSP. III-1	HOSP. III - 2
<b>LABORATORIO CLINICO</b>					
	Hemoglobina, Hematocrito.	X	X	X	X
	Hemograma	X	X	X	X
	Plaquetas	X	X	X	X
	Tiempo de protrombina	X	X	X	X
	Tiempo de Trombina Activado		X	X	X
	Fibrinogeno			X	X
	Reticulocitos		X	X	X
	Grupo y Rx	X	X	X	X
	Sedimento Urinario	X	X	X	X
	Electrolitos: Na, K, Cl		X	X	X
	Gases arteriales		X	X	X
	Urea - Creatinina	X	X	X	X
	Magnesio - Fósforo			X	X
	Calcio		X	X	X
	Bilirrubinas Total y Fraccionada	X	X	X	X
	Transaminasa Oxalacética - Oxal Piruvica- Fosfatasa alcalina		X	X	X
	Deshidrogenasa Láctica			X	X
	Dimero D		X	X	X
	CPK – MB		X	X	X
	Troponina			X	X
	Procalcitonina			X	X
	Gram	X	X	X	X
	Hemocultivo		X	X	X
	Urocultivo		X	X	X
	Cultivo de Fluidos Corporales		X	X	X
	Líquido Céfalo Raquídeo		X	X	X
	Ácido Láctico			X	X
	Tiempo de coagulación y sangría	X	X	X	X
	Glucosa prueba rápida	X	X	X	X
	Amilasa		X	X	X
<b>IMÁGENES</b>					
	Equipo de rayos x – portátil	X	X	X	X
	Eco cardiografías con Doppler.				X
	Ecografía general		X	X	X
	Tomografía Axial Computarizada			X	X
	Resonancia Magnética				X
	Doppler Transcraneano				X
<b>OTROS</b>					
	Electroencefalografía			X	X
	Electromiografía				X
	Electrocardiografía	X	X	X	X

**ANEXO N° 4 LISTADO DE MATERIAL FUNGIBLE  
SERVICIO DE EMERGENCIAS**

ITEMS	PRODUCTO	CONCENTRACION Y/O PRESENTACION	UNIDAD DE MEDIDA	CLASIFICACION			
				II -1	II-2	III - 1	III - 2
	AEROCAMARA ADULTO		UNI	X	X	X	X
	AEROCAMARA PEDIÁTRICO		UNI	X	X	X	X
	AGUJA DE SUTURA QUIRURGICA CORTANTE		UNI	X	X	X	X
	AGUJA DE PUNCION LUMBAR (ESPINAL)	N° 18 G 3 1/2"	UNI	X	X	X	X
	AGUJA DE PUNCION LUMBAR (ESPINAL)	N° 25 G 3 1/2"	UNI	X	X	X	X
	BOLSA COLECTORA DE ORINA	PEDIATRICO 100 mL	UNI	X	X	X	X
	BOLSA COLECTORA DE ORINA	ADULTO 2 L	UNI	X	X	X	X
	BOLSA COLECTORA DE ORINA HORARIA	ADULTO	UNI			X	X
	RECIPIENTE DE DRENAJE TORAXICO HORARIO		UNI			X	X
	BOLSA DE CALENTADOR DE FLUIDOS		UNI	X	X	X	X
	BOLSA DE REANIMACION RESPIRATORIA DESCARTABLE	ADULTO	UNI	X	X	X	X
	CAMPANA DE OXIGENO	NEONATAL	UNI			X	X
	CAMPANA DE OXIGENO	PODIATRICO	UNI		X	X	
	CAMPANA DE OXIGENO PARA TRAQUEOSTOMIA	ADULTO	UNI		X		X
	CANULA BINASAL DE OXIGENO	PREMATUROS < 1,400 GS.	UNI		X	X	X
	CANULA BINASAL DE OXIGENO	PREMATUROS > 1,400 GS.	UNI		X	X	X
	CANULA BINASAL PARA OXIGENO	LACTANTE	UNI		X	X	X
	CANULA BINASAL PARA OXIGENO	PEDIATRICO	UNI		X	X	X
	CANULA BINASAL PARA OXIGENO	ADULTO	UNI	X	X	X	X
	CANULA BINASAL PARA OXIGENO Y TCO2.	ADULTO	UNI	X	X	X	X
	CANULA DE TRAQUEOSTOMIA	N° 6.0	UNI		X	X	X
	CANULA DE TRAQUEOSTOMIA	N° 8.0	UNI		X	X	X
	CANULA DE TRAQUEOSTOMIA	N° 10.0	UNI		X	X	X
	CATETER ENDOVENOSO CENTRAL	10 fr x 15 cm. doble lumen	UNI		X	X	X
	CATETER ENDOVENOSO CENTRAL	12 fr x 15 cm. doble lumen	UNI		X	X	X
	CATETER ENDOVENOSO CENTRAL	12 fr x 15 cm. Triple lumen	UNI		X	X	X
	CATETER ENDOVENOSO CENTRAL PEDIATRICO	3 fr x 10 cm. doble lumen	UNI		X	X	X
	CATETER ENDOVENOSO CENTRAL PEDIATRICO	4.5 fr x 12.5 cm. doble lumen	UNI		X	X	X
	CATETER ENDOVENOSO CENTRAL PEDIATRICO	4.5 fr x 6 cm. doble lumen	UNI		X	X	X
	CATETER ENDOVENOSO CENTRAL	7 fr (16 x 16) x 20 cm. doble lumen	UNI		X	X	X
	CATETER ENDOVENOSO CENTRAL	7.5 fr x 20 cm. triple lumen	UNI		X	X	X
	CATETER ENDOVENOSO CENTRAL	N.14 g x 16 cm.	UNI		X	X	X
	CATETER ENDOVENOSO CENTRAL	N.16 g x 15 cm.	UNI		X	X	X
	CATETER ENDOVENOSO CENTRAL	4 fr x 60 cm - Inserción periférica	UNI		X	X	X
	CATETER ENDOVENOSO CENTRAL	7 fr. X 20 cm doble lumen-antibacteriana	UNI		X	X	X
	CATETER ENDOVENOSO CENTRAL	7.5 fr. X 20 cm triple lumen -antibacteriana	UNI		X	X	X
	CATETER ENDOVENOSO CENTRAL	8.5 cm x 20 cm cuatro vías -antibacteriana	UNI			X	X
	CATETER ENDOVENOSO PERIFERICO	N° 18 G 1.16" 1.3 X 30 mm	UNI		X	X	X
	CATETER ENDOVENOSO	N° 20 G 1.16" 1.1 X 30 mm	UNI		X	X	X

ITEMS	PRODUCTO	CONCENTRACION Y/O PRESENTACION	UNIDAD DE MEDIDA	CLASIFICACION			
				II - 1	II-2	III- 1	III - 2
	PERIFERICO						
	CATETER ENDOVENOSO PERIFERICO	Nº 22 G 1.00" 0.9 X 25 mm	UNI	X	X	X	X
	CATETER ENDOVENOSO PERIFERICO	Nº 24 G 0.75" 0.71 X 19 mm	UNI	X	X	X	X
	CLOREHEXIDINA ESPUMA CON DISPENSADOR	4 % - CIRCUITO CERRADO	UNI	X	X	X	X
	CLORHEXIDINA ESPUMA CON DISPENSADOR	2 % - CIRCUITO CERRADO	UNI	X	X	X	X
	CLOROXIDANTE ELECTROLITICO SOLUCION HIPERTONICA	250 ml	FCO	X	X	X	X
	CLOROXIDANTE ELECTROLITICO SOLUCION HIPERTONICA	500 ml	FCO	X	X	X	X
	CLOROXIDANTE ELECTROLITICO SOLUCION HIPERTONICA	5 Litros	BID	X	X	X	X
	COBERTOR PARA CALENTAMIENTO CORPORAL	211 cm x 94 cm	UNI		X	X	X
	COBERTOR PARA CALENTAMIENTO CORPORAL	185 cm x 91 cm	UNI		X	X	X
	CONECTOR BASICO CIRCUITO CERRADO- LINEAS SANGUINEAS		UNI	X	X	X	X
	CONECTOR CIRCUITO CERRADO- LINEAS SANGUINEAS		UNI	X	X	X	X
	CONECTOR CIRCUITO CERRADO- LINEAS SANGUINEAS	CON 2 EXTENSORES	UNI	X	X	X	X
	ELECTRODO DISCO DESCARTABLE	LACTANTE	UNI				
	ELECTRODO DISCO DESCARTABLE	PEDIATRICO	UNI	X	X		
	ELECTRODO DISCO DESCARTABLE	ADULTO	UNI	X	X	X	X
	EQUIPO MICROGOTERO C/CAMARA GRADUADA	100 ml	UNI	X	X	X	X
	FILTRO HUMEDIFICADOR PARA VENTILADOR MECANICO	aséptico	UNI		X	X	X
	FILTRO ANTIBACTERIANO PARA VENTILADOR MECANICO	aséptico	UNI		X	X	X
	FILTRO PARA SOLUCIONES ENDOVENOSAS	aséptico	UNI		X	X	X
	GLUTARALDEHIDO	2%	GLN	X	X	X	X
	INTERFASE PARA VENTILADOR NO INVASIVO	Fascial pequeño	UNI		X	X	X
	INTERFASE PARA VENTILADOR NO INVASIVO	Fascial mediano	UNI		X	X	X
	INTERFASE PARA VENTILADOR NO INVASIVO	Fascial grande	UNI		X	X	X
	JERINGA DE BULBO ASEPTO PARA IRRIGACION		UNI	X	X	X	X
	LLAVE DOBLE VIA DESCARTABLE		UNI	X	X	X	X
	LLAVE TRIPLE VIA DESCARTABLE		UNI	X	X	X	X
	MASCARILLA ASÉPTICA		UNI	X	X	X	X
	MASCARILLA QUIRURGICA Y RESPIRADOR CONTRA PARTICULAS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD	N 95	UNI	X	X	X	X
	MASCARA NEBULIZADORA DESCARTABLE	ADULTO	UNI	X	X	X	X
	MASCARA NEBULIZADORA DESCARTABLE	PEDIATRICO	UNI	X	X	X	X
	MASCARA DE OXIGENO TIPO VENTURI		UNI	X	X	X	X
	MASCARILLAS PARA OXIGENO C/RESERVORIO	PEDIATRICO	UNI	X	X	X	X
	MASCARILLAS PARA OXIGENO C/RESERVORIO	ADULTO	UNI	X	X	X	X
	MASCARA LARINGEA – SET	PEDIATRICO	UNI			X	X
	MASCARA LARINGEA – SET	ADULTO	UNI	X	X	X	X

ITEMS	PRODUCTO	CONCENTRACION Y/O PRESENTACION	UNIDAD DE MEDIDA	CLASIFICACION			
				II - 1	II-2	III- 1	III - 2
	MASCARA LARINGEA - SET CON DISPOSITIVO GASTRICO	ADULTO	UNI		X	X	X
	PEROXIDO DE HIDRÓGENO	10 VOL X 120 ML	FCO	X	X	X	X
	PEROXIDO DE HIDRÓGENO	10 VOL X 1 Lt	FCO	X	X	X	X
	SET DE CORRUGADOS PARA VENTILADOR MECANICO	Universal Pequeño	UNI		X	X	X
	SET DE CORRUGADOS PARA VENTILADOR MECANICO	Universal Mediano	UNI		X	X	X
	SET DE CORRUGADOS PARA VENTILADOR MECANICO	Universal Grande	UNI		X	X	X
	SET DE MEDICION DE PRESION VENOSA CENTRAL		UNI	X	X	X	X
	SET DE MONITOREO DE PRESION INTRACEREBRAL	Intraventricular	UNI			X	X
	SET DE MONITOREO DE PRESION INTRACEREBRAL	Parenquimal	UNI			X	X
	SONDA ESOFÁGICA DE MONITOREO HEMODINAMICO		UNI		X	X	X
	SONDA DE ASPIRACION ENDOTRAQUEAL PUNTA ROMA C/DISPOSITIVO DE CONTROL DE FLUJO	Nº 8	UNI	X	X	X	X
	SONDA DE ASPIRACION ENDOTRAQUEAL PUNTA ROMA C/DISPOSITIVO DE CONTROL DE FLUJO	Nº 10	UNI	X	X	X	X
	SONDA DE ASPIRACION ENDOTRAQUEAL PUNTA ROMA C/DISPOSITIVO DE CONTROL DE FLUJO	Nº 12	UNI	X	X	X	X
	SONDA DE ASPIRACION ENDOTRAQUEAL PUNTA ROMA C/DISPOSITIVO DE CONTROL DE FLUJO	Nº 14	UNI	X	X	X	X
	SONDA DE ASPIRACION ENDOTRAQUEAL PUNTA ROMA C/DISPOSITIVO DE CONTROL DE FLUJO	Nº 16	UNI	X	X	X	X
	SONDA DE ASPIRACION ENDOTRAQUEAL EN CIRCUITO CERRADO	Nº 08 Fr.	UNI		X		X
	SONDA DE ASPIRACION ENDOTRAQUEAL EN CIRCUITO CERRADO	Nº 10 Fr.	UNI		X		X
	SONDA DE ASPIRACION ENDOTRAQUEAL EN CIRCUITO CERRADO	Nº 12 Fr.	UNI		X	X	X
	SONDA DE ASPIRACION ENDOTRAQUEAL EN CIRCUITO CERRADO	Nº 14 Fr.	UNI		X	X	X
	SONDA DE ASPIRACION ENDOTRAQUEAL EN CIRCUITO CERRADO	Nº 16 fr.	UNI		X	X	X
	SONDA DE DRENAJE TORÁXICO			X	X	X	X
	SONDA FOLEY DOS VIAS	Nº 8	UNI	X	X	X	X
	SONDA FOLEY DOS VIAS	Nº 10	UNI	X	X	X	X
	SONDA FOLEY DOS VIAS	Nº 12	UNI	X	X	X	X
	SONDA FOLEY DOS VIAS	Nº 14	UNI	X	X	X	X
	SONDA FOLEY DOS VIAS	Nº 18	UNI	X	X	X	X
	SONDA FOLEY DOS VIAS	Nº 20	UNI	X	X	X	X
	SONDA NASOGASTRICA	Nº 8	UNI	X	X	X	X
	SONDA NASOGASTRICA	Nº 14	UNI	X	X	X	X

ITEMS	PRODUCTO	CONCENTRACION Y/O PRESENTACION	UNIDAD DE MEDIDA	CLASIFICACION			
				II - 1	II-2	III- 1	III - 2
	SONDA NASOGASTRICA	Nº 16	UNI	X	X	X	X
	SONDA NASOGASTRICA	Nº 18	UNI	X	X	X	X
	SONDA ESOFAGICA PARA GASTO CARDIACO CONTINUO	Doppler 4 MHZ - 90 cm	UNI		X	X	X
	TUBOS DE MAYO	Nº 8	UNI	X	X	X	X
	TUBOS DE MAYO	Nº 6	UNI	X	X	X	X
	TUBOS DE MAYO	Nº 4	UNI	X	X	X	X
	TUBOS DE MAYO	Nº 0	UNI	X	X	X	X
	TUBOS ENDOTRAQUEALES DESCARTABLE	Nº 2.5	UNI	X	X	X	X
	TUBOS ENDOTRAQUEALES DESCARTABLE	Nº 3.0	UNI	X	X	X	X
	TUBOS ENDOTRAQUEALES DESCARTABLE	Nº 4.5	UNI	X	X	X	X
	TUBOS ENDOTRAQUEALES DESCARTABLE	Nº 5.0	UNI	X	X	X	X
	TUBO ENDOTRAQUEAL DESCARTABLE	Nº 6.0	UNI	X	X	X	X
	TUBOS ENDOTRAQUEALES DESCARTABLE CON CUFF	Nº 7.5	UNI	X	X	X	X
	TUBOS ENDOTRAQUEALES DESCARTABLE CON CUFF	Nº 8.0	UNI	X	X	X	X
	TUBOS ENDOTRAQUEALES DESCARTABLE CON CUFF	Nº 8.5	UNI	X	X	X	X
	TUBOS ENDOTRAQUEALES DESCARTABLE CON CUFF	Nº 9.0	UNI	X	X	X	X
	TUBOS ENDOTRAQUEALES DESCARTABLE CON CUFF	Nº 9.5	UNI	X	X	X	X
	VENDA ELASTICA	3" X 5 YARDAS	UNI	X	X	X	X
	VENDA ELASTICA	4" X 5 YARDAS	UNI	X	X	X	X
	YODOPOVIDONA ESPUMA CON DISPENSADOR	8 & - Circuito cerrado	UNI	X	X	X	X
	ASPIRADOR MANUAL ENDOUTERINO DESCARTABLE		UNI				X

NOTA.- Este listado es referencial y se adecua a la demanda de pacientes y al perfil epidemiológico.

**ANEXO N° 5 LISTADO DE MEDICAMENTOS - SERVICIO DE EMERGENCIA**

PRODUCTO	CONCENTRACION  Y/O  PRESENTACION	UNIDAD  DE  MEDIDA	CLASIFICACION							
			HOSP	HOSP			HOSP. III-1			HOSP
			II-1	II-2					III-2	
			EME	EME	EME	EME	EME	EME	EME	EME
		NEO		GIN- OBS	NEO	PED				
AMOXICILINA	500 mg	TB	X	X		X	X		X	X
AMOXICILINA	1 g	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
AMOXICILINA	Suspensión 500 mg/5ml	FR	X	X	X	X		X	X	X
AMOXICILINA	Suspensión 250 mg/5ml	FR	X	X	X	X		X	X	X
ACETAMINOFEN	gts. 80-120 mg/ml	FR	X	X	X	X		X	X	X
ACETAMINOFEN	Jbe. 120-150/5ml	FR	X	X	X	X		X	X	X
ACETAMINOFEN	500 g	TB	X	X		X	X		X	X
ACIDO ACETIL SALICILICO	500 mg	TB	X	X		X	X		X	X
ACIDO ACETIL SALICILICO	80 - 100mg	TB	X	X		X	X		X	X
ACETAZOLAMIDA	250 mg	TB	X	X		X	X			X
ADENOSINA	6 mg/2ml	AMP		X		X	X			X
ANTIACIDO	Suspensión	FR	X	X		X	X			X
ANTITETANICA	0.5 ml (Vacuna)	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
ANTITOXINA TETANICA	De Origen Humano 250 U	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
ALBUMINA HUMANA	25%	FR		X	X	X	X	X	X	X
AMLODIPINO	10 mg	TB	X	X		X	X		X	X
AMIKACINA	50 mg x 2ml	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
AMIKACINA	250 mg / ml x 2ml	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
AMIODARONA	150 mg x 3ml	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
AMIODARONA	200 mg	TB	X	X		X	X		X	X
AMINOFILINA	25 mg/ml x 10ml	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO	125 mg/31.25 mg/5ml	FR	X	X	X	X	X	X	X	X
AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO	250 mg/62.5mg	FR			X	X		X		
ATENOLOL	100 mg	TB	X	X		X	X		X	X
ATRACURIO BESILATO	25 mg x 5ml	AMP	X	X		X	X			X
ATROPINA SULFATO	0.5 mg/ml	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
CLK (Cloruro de Potasio)	14.90%	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
CLNa (Cloruro de Sodio)	20%	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
CLNa (Cloruro de Sodio)	90%	FR	X	X	X	X	X	X	X	X
CARBAMAZEPINA	400 mg	TB	X	X		X	X			X
CLARITROMICINA	500 mg	TB	X	X		X	X		X	X
CLORANFENICOL	Palmitato 250 mg/5ml	FR	X	X	X	X	X	X	X	X
CLORFENIRAMINA	Maleato 2-2.5mg/5ml	FR	X	X	X	X	X	X	X	X
CLORPROMAZINA	100 mg	TB	X	X		X	X			X
CODEINA	+ otros	FR	X	X		X	X			X
CODEINA FOSFATO	60 mg/2ml	AMP	X	X		X	X			X
CALCIO GLUCONATO	10% x 10ml	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
CAPTOPRIL	25 mg	TB	X	X		X	X		X	X
CEFALOTINA	1 g	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
CEFEPIME	1 g	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X

PRODUCTO	CONCENTRACION  Y/O  PRESENTACION	UNIDAD  DE  MEDIDA	CLASIFICACION							
			HOSP II-1	HOSP II-2		HOSP. III-1				HOSP III-2
				EME	EME	EME	EME	EME	EME	
					NEO		GIN- OBS	NEO	PED	
CEFAZOLINA	1 g	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
CEFOPERAZONA +SULBACTAM	1.5 g	AMP		X	X	X	X	X	X	X
CEFOTAXIMA	1 g x 10ml	AMP		X	X	X	X	X	X	X
CEFOTAXIMA	500 mg x 10ml	AMP		X	X	X	X	X	X	X
CEFOXITINA	1 g	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
CEFTAZIDIMA	1 g x 10ml	AMP		X	X	X	X	X	X	X
CEFTRIAXONA	1 g	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
CEFTRIAXONA	250 mg	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
CEFUROXIMA	750 mg	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
CIANOCOBALAMINA	1 mg/ml	AMP		X	X	X	X	X	X	X
CIPROFLOXACINO	200 mg	AMP		X		X	X			X
CLINDAMICINA	600 mg	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
CLONAZEPAM	0.5 mg/ml	TB	X	X		X	X			X
CLONIDINA	0.15 mg/ml	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
CLORANFENICOL	1 g	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
CLORFENAMINA MALEATO	10 mg/ml	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
DEXTROMETORFANO	15 mg/ml	FR	X	X	X	X	X	X	X	X
DEXTROSA	5%/1000ml	FR	X	X	X	X	X	X	X	X
DEXTROSA	10%/1000ml	FR	X	X	X	X	X	X	X	X
DIAZEPAN	10 mg/2ml	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
DICLOFENACO	75 mg	AMP	X	X		X	X			X
DICLOXACILINA	500 mg	TB	X	X		X	X			X
DICLOXACILINA SODICA	500 mg	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
DICLOXACILINA SODICA	250 mg/5ml	AMP			X			X	X	X
DIMENHIDRINATO	50 mg/5ml	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
DIPIRIDAMOL	75 mg	TB	X	X		X	X			X
DESLANOSIDO	0.4 mg/2ml	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
DEXAMETASONA	4 mg/ml x 2ml	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
DEXTRAN + SODIO CLORURO	70 x 1000ml	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
DEXTROSA + NITROGLICERINA	50 mg	AMP		X	X	X	X	X	X	X
DIGOXINA	0.25 ug	TB	X	X		X	X			X
DIGOXINA	50 mcg/ml x 15ml	AMP	X		X			X	X	X
DILTIAZEM	60 mg	TB	X	X	X	X	X	X	X	X
DOBUTAMINA	12.5 ml x 20ml	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
DOPAMINA	40 mg/ml x 5ml	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
ERGOTAMINA	Tartrato 1 mg	TB	X	X		X	X			X
ERGOMETRINA	Maleato 200mg	AMP	X	X		X	X			X
ERITROMICINA	500 mg	TB	X	X	X	X	X	X	X	X
ERITROMICINA	Suspensión 200- 250 mg/5ml	FR	X	X	X	X	X	X	X	X
ENALAPRIL	5 mg	TB	X	X		X	X		X	X
ESTREPTOQUINASA	750000 UI	AMP		X		X				X

PRODUCTO	CONCENTRACION  Y/O  PRESENTACION	UNIDAD  DE  MEDIDA	CLASIFICACION							
			HOSP	HOSP		HOSP. III-1				HOSP
			II-1	II-2						III-2
			EME	EME	EME	EME	EME	EME	EME	EME
					NEO		GIN-OBS	NEO	PED	
FLUMAZENIL	0.5 mg/ml	AMP		X		X	X			X
FENITOINA SODICA	100 mg x 2ml	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
FENOBARBITAL SODICO	100 mg/ml x 2ml	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
FENOTEROL	0.5% x 20ml	GOT	X	X	X	X	X	X	X	X
FENOTEROL	100 mcg/dosis x 200 dosis	INH	X	X	X	X	X	X	X	X
FITOMENADIONA	10 mg/ml	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
FLUCONAZOL	2 mg	AMP			X	X	X	X	X	X
FUROSEMIDA	10 mg/ml x 2ml	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
GLIBENCLAMIDA	5 mg	TB	X	X		X	X			X
GENTAMICINA GLUCONATO DE CALCIO	80 mg/ml x 2ml 10%/10ml	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
HALOPERIDOL	2 mg/ml	GOT	X	X	X	X	X	X	X	X
HALOPERIDOL	5 mg/ml	AMP		X		X	X			X
HEPARINA SODICA	5000 UI X5ml	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR	5000 UI o 60 MGS	AMP		X		X	X			X
HIDROCORTISONA	250 mg	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
HIOSINA N-BUTIL	Bromuro 20 mg/ml	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
HOMATROPINA METIL	Bromuro 1 mg x 1ml	GOT	X	X	X	X	X	X	X	X
IBUPROFENO	100 mg/ml	FR	X	X	X	X	X	X	X	X
INHIBIDOR BOMBA DE PROTONES	20 mg	TB	X	X		X	X			X
INHIBIDOR BOMBA DE PROTONES	40 mg	AMP	X	X		X	X			X
INSULINA ACC INTERMEDIA (NPH)	100 UI/ml	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
INSULINA HUMANA CRISTALINA	100 UI x 10ml	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
ISOSORBIDE DINITRATO	0.1% 100ml	FR		X	X	X	X	X	X	X
ISOSORBIDE DINITRATO	5 mg	TAB	X	X	X	X	X	X	X	X
ISOSORBIDE DINITRATO	10 mg	TAB	X	X	X	X	X	X	X	X
IMIPINEM - CILASTATINA/MEROPEN EM	500 mg	AMP				X	X	X	X	X
KETOROLACO	30 mg/ml	AMP	X	X		X	X			X
KETOPROFENO	100 mg/5ml EV	AMP		X			X			X
L-TIROXINA	100 mcg	TB	X	X	X	X	X	X	X	X
L-TIROXINA SOD + LIOTIRONINA SOD	60 – 120 mg	TB	X	X	X	X	X	X	X	X
L-TRIYODOTIRONINA	25 mcg	TB	X	X	X	X	X	X	X	X
LIDOCAINA CLORHIDRATO	1% x 20 ml	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
LACTULOSA	180 – 200 ml	FR	X	X	X	X	X	X	X	X
LEVOPROMAZINA	25 mg/ml	AMP	X	X		X				X
MAGNESIO SULFATO	12.32% 10mg	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
MANITOL	20% x 1000ml	FR	X	X	X	X	X	X	X	X

PRODUCTO	CONCENTRACION  Y/O  PRESENTACION	UNIDAD  DE  MEDIDA	CLASIFICACION							
			HOSP	HOSP		HOSP. III-1				HOSP
			II-1	II-2						III-2
			EME	EME	EME	EME	EME	EME	EME	EME
					NEO		GIN- OBS	NEO	PED	
METILPREDNISOLONA	500 mg x 4ml	AMP		X	X	X	X	X	X	X
METRODINAZOL	500 mg x 100ml	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
MIDOZOLAM	5 mg/5ml x5ml	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
MORFINA CLORHIDRATO	10 mg/1ml	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
METIL DOPA	250 mg	TB	X	X		X	X			X
METOCLOPRAMIDA	10 ml x 2ml	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
NALOXONA	0.4mg/ml x 1m	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
NIFEDIPINO	20 mg	TB	X	X	X	X	X	X	X	X
NITROGLICERINA	50 mg/10ml	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
NIMODIPINO	30 mg	TB	X	X	X	X	X	X	X	X
NIMODIPINO	10 mg/50ml	AMP		X		X				X
NITROPRUSIATO Na	5 mg	AMP		X		X	X			X
NOREPINEFRINA	1 mg/ml	AMP		X	X	X	X	X	X	X
NORADRENALINA	4 mg	AMP		X	X	X	X	X	X	X
NORFLOXACINO	400 mg	TB	X	X		X	X			X
ORCIPRENADINA	0.5 mg/ml	AMP	X	X		X	X			X
ORFENADRINA	100 mg	AMP	X	X		X				X
OXITOCINA	10 U/ml	AMP	X	X		X	X			X
PENICILINA BENZATINICA	1'200,000 UI	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
PENICILINA CLEMIZOL	1'000,000 UI	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
PENICILINA SODICA	1'000,000 UI	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
PIRIDOXINA CLORHIDRATO	500 mg	AMP		X		X				X
PETIDINA CLORHIDRATO	100 mg/2ml	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
PREDNISONA	5 mg	TB	X	X	X	X	X	X	X	X
PREDNISONA	50 mg	TB	X	X	X	X	X	X	X	X
POLIPEPTIDO POLIMERIZADO	3 - 4%	FR	X	X	X	X	X	X	X	X
PROPANOLOL CLORHIDRATO	40 mg	TB	X	X		X	X			X
PROPINOXATO - CLONIXINATO LISINA		AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
PROPOFOL	10 mg/ml x 20ml	AMP		X	X	X	X	X	X	X
PROTAMINA SULFATO	50 mg x 5ml	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
LACTATO RINGER		AMP	X	X	X	X	X	X	X	X
RITODRINA CLORHIDRATO	10 mg	TB				X	X			X
SALES DE REHIDRATACION ORAL		SOB	X	X	X	X	X	X	X	X
TRAMADOL		GOT			X			X	X	X
TRAMADOL	100 mg	AMP	X	X		X	X			X
VECURONIO BROMURO	4 mg/ml	AMP				X				X
VERAPAMILO	5 mg	AMP	X	X	X	X	X	X	X	X

NOTA.- Este listado es referencial y se adecua a la demanda de pacientes y del perfil epidemiológico.

**ANEXO N° 6 LISTADO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS  
SERVICIO DE EMERGENCIA**

ITEMS	PRODUCTO	CLASIFICACION			
		II- 1	II- 2	III-1	III - 2
	Analizador de Gases y Electrolitos Portátil			X	X
	Aspirador de Secreciones Neonatal		X	X	X(5)
	Aspirador de Secreciones Rodable		X	X	X
	Bomba de Infusión un canal - sistema abierto		X	X	X
	Bomba de Infusión de Jeringa	X	X	X	X(5)
	Camilla de Transporte	X	X	X	X
	Cama Camilla - Tipo multipropósito	X	X	X	X
	Capnógrafo mas Pulso-oxímetro			X	X
	Desfibrilador con monitor y paletas externas.	X	X	X	X
	Doppler Fetal Portátil		X	X	X(5)
	Doppler Vascular Portátil			X	X(1)
	Doppler Transcraneano			X	X(2)
	Ecógrafo Doppler a color			X	X(1)
	Ecógrafo Portátil		X	X	X
	Electrocardiógrafo 01 canal		X	X	X(2)
	Electroencefalógrafo portátil		X	X	X(2)
	Equipo Calentador Corporal Portátil		X	X	X
	Equipo Calentador de Fluidos		X	X	X
	Equipo de Nebulización Múltiple	X	X	X	X
	Glucómetro	X	X	X	X
	Hemoglobínómetro	X	X	X	X
	Laringoscopio adulto	X	X	X	X
	Laringoscopio pediátrico – Neonatal	X	X	X	X
	Maletín de Preanimación Cardio Pulmonar Portátil	X	X	X	X
	Monitor de Funciones Vitales de 05 parámetros			X	X
	Monitor de Funciones Vitales de 06 parámetros				X(1)
	Monitor de Funciones Vitales Neonatal - 05 parámetros				X(5)
	Monitor Esofágico de Gasto Cardíaco Continuo – Doppler			X	X(1)
	Monitor de Presión Intracraneal		X	X	X(2)
	Pulso-oxímetro	X	X	X	X(5)
	Pulso-oxímetro neonatal			X	X(5)
	Pulso-oxímetro pediátrico / neonatal		X	X	X
	Resucitador manual adulto		X	X	X
	Resucitador manual pediátrico – neonatal		X	X	X
	Ventilador Neonatal			X	X(5)
	Ventilador Volumétrico			X	X
	Ventilador de Transporte			X	X
	Equipo de trauma básico	X	X	X	X
	Equipo de trauma avanzado	X	X	X	X

(1) = INSTITUTO CARDIOVASCULAR

(2) = INSTITUTO CIENCIAS NEUROLÓGICAS

(3) = Instituto DE SALUD DEL NIÑO.

(4) = INSTITUTO DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

(5) = INSTITUTO MATERNO PERINATAL

NOTA.- Este listado es referencial y varía según demanda y perfil epidemiológico.

## ANEXO N° 7

# EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA PARA MÉDICOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

### INTRODUCCIÓN

La educación médica continua es un proceso que permite mantener una competencia profesional óptima y es una herramienta para mejorar la calidad de la atención del paciente ya sea en la práctica individual o en la práctica hospitalaria. De otro lado el contar con especialistas recertificados, es decir actualizados en forma continua, resulta en el logro de un mejor nivel de salud para el paciente, lo cual es muy importante en Medicina de Emergencias y Desastres donde la condición del paciente es siempre muy delicada y requiere la mejor calidad de atención para su supervivencia.

Por otro lado si se encuentra que las actividades de educación continua son mínimas, las universidades deberán evaluar sus programas de estudio para fomentar y desarrollar actitudes de autoformación y educación permanente.

### OBJETIVO GENERAL

Promover el desarrollo profesional continuo de los profesionales que laboran en los servicios de emergencia y otras áreas críticas de las instituciones de salud del país.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Fomentar el desarrollo de programas de educación continua para los diferentes profesionales de salud que laboran en áreas críticas
- Brindar pautas para la actualización permanente de competencias a través pasantías en unidades de instituciones de mayor nivel o de tecnología más avanzada
- Señalar recomendaciones sobre los tipos de actividades de educación continua formal que deben ser realizadas en los servicios de emergencia o áreas críticas.
- Brindar recomendaciones sobre las actividades de autoaprendizaje de los profesionales que laboran en las áreas críticas, especialmente los servicios de emergencias.

### PAUTAS PARA LA EDUCACIÓN CONTINUA

1. Es recomendable que los Hospitales de los diferentes niveles y los Institutos de Salud, tengan un Programa Anual y Quinquenal de Capacitación Continua para sus recursos humanos, profesionales y no profesionales
2. Es necesario que los servicios de emergencia y otras áreas críticas, tengan un programa de capacitación y educación continua que contemple:
  - Actividades de Educación en Servicio en forma regular
  - Programa de pasantías
  - Asistencia a actividades necesarias para la recertificación en cursos, debe ser menos teórico (conferencias) y es deseable que sea más participativo para un aprendizaje activo
  - Actividades donde participen los diferentes profesionales que laboran en la EME.
3. Es necesario que cada unidad o área crítica defina las necesidades de capacitación de sus recursos humanos, las cuales deben contemplar entre otras:
  - Desarrollo en la especialidad
  - Informática

- Investigación y análisis de datos
  - Otro(s) idioma(s) además del idioma materno
  - Fundamentos de Gestión
  - Técnicas de enseñanza y aprendizaje
  - Desarrollo de proyectos
4. Se hace muy necesario que las instituciones de salud cuenten con acceso a Internet con disponibilidad las 24 horas al día y suscripción a bases de datos de revistas biomédicas para favorecer la autoformación y educación en servicio de sus profesionales de la salud. Es altamente recomendable que estas facilidades puedan estar disponibles en las áreas críticas.
  5. Es importante desarrollar vínculos con instituciones de salud de otros países mediante acuerdos o convenios que puedan permitir el adiestramiento del personal profesional en forma de pasantías regulares y el intercambio de profesionales visitantes.
  6. Debe existir un sistema de evaluación y retroalimentación de los resultados del Programa de Capacitación.
  7. Debe crearse una Unidad de Capacitación en cada Departamento de Áreas Críticas y nominar a los miembros que serán los responsables de implementar y coordinar las actividades de capacitación en el marco de las Políticas del Hospital y del Ministerio.

## **PERFIL PROFESIONAL DEL ESPECIALISTA EN MEDICINA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES**

### **INTRODUCCION**

La Medicina de Emergencias y Desastres busca salvar la vida de los enfermos graves pero sin prolongar la muerte y brindar una atención de alto nivel científico y tecnológico a aquellos pacientes que pueden obtener un máximo beneficio. Es una especialidad de naturaleza multidisciplinaria ya que en la atención del paciente crítico participan diversos profesionales de la salud, liderados por el Médico Emergenciólogo en los servicios de emergencia.

El Médico Emergenciólogo es un especialista con un periodo de adiestramiento en la teoría y práctica de la Medicina de Emergencias y Desastres en un programa de segunda especialización reconocido así como en la especialización no escolarizada (por nivel de competencias). Brinda una atención integral, eficaz y oportuna al paciente crítico.

**El especialista en Medicina de Emergencias y Desastres debe tener las siguientes Características profesionales:**

### **COMPETENCIA**

Conoce, relaciona y aplica los conocimientos sobre los diferentes aspectos de la atención del paciente en situación de emergencia como la categorización del paciente crítico, el soporte vital, los cuidados críticos respiratorios, cardíacos y neuroquirúrgicos, así como el manejo de la sepsis, disfunción de órganos e infecciones frecuentes, de manera oportuna, eficiente, integral, ética y humanista.

### **COMPETENCIAS ESPECIFICAS**

**El especialista en Medicina de Emergencia y Desastres tiene desarrollado las siguientes competencias esenciales:**

### **1. AREA ASISTENCIAL**

Brindar la atención integral, oportuna y eficiente del paciente crítico estando en capacidad de:

- Realizar el diagnóstico y tratamiento de las condiciones medicoquirúrgicas que lo afectan
- Reconocer y tratar las emergencias que amenacen su vida.
- Identificar y manejar los factores de riesgo para el desarrollo de falla multiorgánica
- Prevenir el desarrollo de complicaciones que incrementen su morbilidad
- Buscar el máximo beneficio de la medicina de emergencias
- Determinar el pronóstico de la evolución final del paciente
- Identificar y definir sus necesidades de rehabilitación
- Liderar y coordinar el equipo multiprofesional y multi-disciplinario que participa en su atención
- Comunicarse efectivamente con los pacientes, familiares y demás miembros del equipo de salud
- Apoyar al paciente y a su familia durante el proceso de la enfermedad crítica
- Desarrollar una práctica colaboradora para una labor en equipo más eficiente en la atención de sus pacientes
- Identificar los temas éticos y promover su discusión con los otros miembros del equipo profesional, los pacientes y su familia para una mejor toma de decisiones para el tratamiento

### **2. AREA DE PROYECCION SOCIAL**

Planificar y participar en actividades de prevención y promoción de la salud en temas de la especialidad, como por ejemplo:

- Prevención de accidentes
- Educación en aspectos de Medicina de Emergencias y Desastres de interés general

### **3. AREA EDUCACION**

Promover, planificar, dirigir y participar en actividades de docencia universitaria, de capacitación, educación médica continua y en eventos científicos de la especialidad, lo que incluye entre otros:

- Demostrar capacidades para el autotrendizaje dirigido y el desarrollo profesional continuo
- Incrementar sus conocimientos mediante la lectura de literatura biomédica apropiada
- Enseñar a otros colegas y profesionales de la salud diferentes aspectos sobre la atención del paciente crítico
- Enseñar la reanimación cardiopulmonar y cerebral y las técnicas avanzadas para la atención de las emergencias más importantes
- Enseñar el uso de nuevas técnicas y dispositivos para el manejo de pacientes en insuficiencia respiratoria
- Desarrollar y evaluar currículos para la enseñanza en pre y postgrado
- Enseñar en la práctica diaria la selección y el uso del monitoreo más apropiado de la terapia
- Enseñar las políticas de control y vigilancia de las infecciones en la emergencia.
- Enseñar la seguridad en el uso y el costo efectividad en la toma de decisiones terapéuticas
- Capacitar a las enfermeras de la unidad y personal técnico en la atención del paciente en situación de emergencia

### **4. AREA DE INVESTIGACION**

Diseñar proyectos de investigación y participar en la investigación sobre la problemática relacionada con la especialidad, ya sea en forma individual ó en grupo, incluyendo entre otros:

- Publicar su experiencia clínica para difundir el conocimiento y contribuir al desarrollo de la especialidad
- Desarrollar una práctica clínica basada en la evidencia disponible en la literatura
- Desarrollar investigación básica y clínica para mejorar la atención del paciente.

## 5. AREA DE GESTION

Participar en la planificación y programación de actividades administrativas en servicios, programas ó proyectos de la especialidad, incluyendo actividades de dirección, asesoría y evaluación como por ejemplo:

- Evaluar, revisar, cambiar y aprobar las políticas o protocolos de la unidad
- Mejorar el uso de recursos manteniendo la calidad en la atención y definir y proyectar las necesidades de. Servicio.
- Desarrollar programas para mejorar la atención del paciente
- Evaluar la satisfacción del paciente y su familia
- Desarrollar buenas relaciones con otras organizaciones involucradas en la atención, apoyo en la atención del paciente y las sociedades científicas y educativas

Cada competencia representa la conjunción de los aspectos cognitivos, las habilidades y destrezas y las actitudes o valores que tiene el profesional aun cuando en su aplicación se exprese con frecuencia el componente de habilidades y destrezas. Por eso es necesario señalar estos aspectos en forma separada pese a que son indisolubles.

## HABILIDADES COGNITIVAS

### 1. Fisiología, patología, fisiopatología y terapia Cardiovascular

- Shock y sus complicaciones
- Infarto agudo del miocardio y sus complicaciones
- Alteraciones del ritmo cardiaco y de la conducción
- Uso e indicaciones de marcapasos
- Embolia pulmonar
- Edema pulmonar cardiogénico y no cardiogénico
- Taponamiento cardiaco y otras enfermedades pericárdicas
- Enfermedad valvular severa aguda y crónica
- Enfermedad aórtica y vascular periférica aguda
- Complicaciones agudas de la miocarditis y miocardiopatías
- Terapia vasoactiva e inotrópica
- Hipertensión pulmonar y Cor pulmonar
- Complicaciones de la angioplastia
- Fundamentos de la entrega y consumo de oxígeno
- Efectos hemodinámicas causados por los dispositivos de asistencia ventilatoria
- Terapia trombolítica y anticoagulante
- Reconocimiento, evaluación y manejo de las emergencias y urgencias hipertensivas
- Métodos no invasivos de la evaluación del gasto cardiaco

### 2. Fisiología, patología, fisiopatología y terapia Respiratorio

- Insuficiencia respiratoria aguda
  - a) Hipoxémica, incluyendo síndrome dificultad respiratoria aguda – IPA.
  - b) Hipercápnica
  - c) Falla respiratoria aguda sobre crónica
- Estado asmático
- Injuria inhalatoria
- Aspiración
- Trauma torácico
- Infecciones broncopulmonares
- Obstrucción de vía aérea superior

- Semiahogamiento
  - Mecánica pulmonar y recambio gaseoso
  - Terapia con oxígeno
  - Terapia con oxígeno hiperbárico
  - Ventilación mecánica
    - a) Ventilación controlada por presión y volumen
    - b) Uso del PEEP
    - c) Modos ventilatorios convencionales y recientes
    - d) Indicaciones y riesgos de la ventilación mecánica
    - e) Descontinuación del ventilador
    - f) Barotrauma y volutrauma
    - g) Hipercapnia permisiva
    - h) Ventilación líquida
    - i) Oxigenación con membrana extracorpórea
    - j) Ventilación de alta frecuencia
  - Ventilación no invasiva
  - Control de vía aérea
  - Fisiología, fisiopatología y terapia de los músculos ventilatorios
  - Enfermedades pleurales
  - Hemorragia pulmonar y hemoptisis
- 3. Fisiología, patología, fisiopatología y terapia Renal**
- Regulación renal del balance hidroelectrolítico
  - Insuficiencia renal: prerenal, renal y postrenal
  - Trastornos en la osmolaridad y electrolitos
  - Trastornos ácido-base
  - Terapia de reemplazo renal
  - Evaluación de la oliguria
  - Dosificación en insuficiencia renal
  - Rabdomiolisis
  - Compromiso renal por enfermedades sistémicas
- 4. Fisiología, patología, fisiopatología y terapia Neurológica**
- Diagnóstico y manejo del Coma
  - Hidrocefalia y manejo de los dispositivos de derivación
  - Emergencias Psiquiátricas
  - Muerte cerebral: evaluación y diagnóstico
  - Manejo de la hipertensión endocraneana
  - Estado epiléptico
  - Enfermedades neuromusculares severas
  - Hemorragia intracraneal, traumática y no traumática
  - Analgesia y sedación
  - Uso y monitoreo de relajantes musculares
- 5. Efectos Metabólicos y Endocrinos de la Enfermedad Crítica**
- Presión coloido-osmótica
  - Trastornos endocrinos
    - a) Desórdenes de la función tiroidea (tormenta tiroidea, coma mixedematoso, síndrome del enfermo eutiroideo)
    - b) Insuficiencia y crisis suprarrenal
    - c) Alteraciones de la hormona antidiurética
    - d) Diabetes mellitas (cetoacidosis, coma hiperosmolar no cetósico e hipoglicemia)
    - e) Feocromocitoma
  - Trastornos del sodio, potasio
  - Trastornos del calcio, fósforo y magnesio
  - Manejo de la glicemia

## **6. Fisiología, patología, fisiopatología y terapia Infecciosas**

- Antibióticos
  - a) Antibacterianos
  - b) Antifúngicos
  - c) Drogas antituberculosas
  - d) Antivirales
  - e) Antiparasitarios
- Control de infecciones en áreas críticas
  - a) Resistencia bacteriana
  - b) Precauciones universales
  - c) Aislamiento y aislamiento invertido
- Infecciones por anaerobios
- Sepsis
- Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica
- Tétanos
- Infección comunitaria e infecciones oportunistas
- Reacciones adversas a antimicrobianos
- Riesgo de infecciones para el personal de salud

## **7. Fisiología, patología, fisiopatología y terapia en Hematología y Oncología**

- Trastornos agudos de la hemostasia
  - a) Trombocitopenia y trombocitopatías
  - b) Coagulación intravascular diseminada
- Anticoagulación y terapia trombolítica
- Terapia transfusional
  - a) Transfusión de paquetes globulares
  - b) Uso de plasma fresco congelado
  - c) Transfusión de plaquetas
  - d) Uso de crioprecipitados
  - e) Concentrado de factores de coagulación específicos
  - f) Albúmina y fracciones proteicas plasmáticas
  - g) Sustitutos de hemoglobina
- Trastornos hemolíticos agudos, incluyendo los microangiopáticos
- Síndromes paraneoplásicos y asociados a terapia antineoplásica
- Crisis en anemia de células falciformes (sickle cell)
- Profilaxis de enfermedad tromboembólica

## **8. Fisiología, patología, fisiopatología y terapia Gastroenterológica**

- Pancreatitis aguda severa
- Hemorragia digestiva alta
- Hemorragia digestiva baja
- Insuficiencia hepática aguda y fulminante
- Megacolon tóxico y síndromes de pseudoobstrucción intestinal
- Perforación aguda del tracto gastrointestinal
- Ruptura esofágica
- Enfermedad inflamatoria intestinal aguda
- Enfermedad vascular intestinal aguda
- Profilaxis de las úlceras de stress
- Regulación dosificación en insuficiencia hepática
- Colecistitis acalculosa

## **9. Fisiología, patología, fisiopatología y terapia Urológica**

- Uropatía obstructiva
- Infección urinaria aguda
- Hematuria

**10. Fisiología, patología, fisiopatología y terapia Gineco-obstétrica**

- Toxemia del embarazo
- Embolismo de líquido amniótico
- Síndrome HELLP
- Mola hidatiforme
- Placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta

**11. Peligros ambientales**

- Sobredosis y supresión de drogas
  - a) Barbitúricos
  - b) Opiáceos
  - c) Salicilatos
  - d) Alcohol metílico y etílico
  - e) Cocaína
  - f) Antidepresivos tricíclicos
  - g) Acetaminofén
  - h) Otros
- Intoxicaciones (órganos fosforados, metales pesados, etc.)
- Injuria relacionada a la temperatura
  - a) Hipertermia y golpe de calor
  - b) Hipotermia y congelamiento
- Envenenamientos
- Enfermedad de altura
- Enfermedad por descompresión
- Cuidado de la piel y heridas
- Exposición a radiación

**12. Inmunología y Transplante**

- Fundamentos del transplante (donación de órganos, conservación y transporte, manejo del donante, etc.)
- Inmunosupresión
- Transplante de órganos: indicaciones, manejo pre y postoperatorio

**13. Injuria traumática, eléctrica y térmica**

- Enfoque y manejo del politraumatizado
  - Trauma del sistema nervioso central (traumatismo encéfalo-craneano vértebro-medular)
- Trauma esquelético y pélvico
- Trauma torácico cerrado y penetrante
- Trauma abdominal cerrado y penetrante
- Injuria por aplastamiento
- Quemaduras
- Injuria eléctrica

**14. Monitoreo, Bioingeniería y Bioestadística**

- Índices pronósticos, de severidad e intervención terapéutica
- Fundamentos del monitoreo electrocardiográfico, mediciones de la temperatura de la piel y resistencia, mediciones transcutáneas
- Monitoreo hemodinámico invasivo
  - a) Fundamento del uso de transductores
  - b) Condicionantes de la señal, calibración, ganancia y ajuste
  - c) Técnicas de presentación de datos.
  - d) Fundamentos del monitoreo y cateterismo venoso central
  - e) Interpretación de la función cardíaca y variables hemodinámicas derivadas
- Monitoreo hemodinámica no invasivo
- Seguridad eléctrica
- Termorregulación

- Monitoreo del sistema nervioso central (presión intracraneal, flujo sanguíneo cerebral, tasa metabólica cerebral, electroencefalograma, oxigenación en bulbo venoso yugular, doppler transcranial)
- Monitoreo respiratorio (presión de vía aérea, presión intratorácica, volumen tidal, oximetría de pulso, relación volumen tidal/espacio muerto, compílanse, resistencia, capnografía, neumotacografía)
- Monitoreo metabólico (consumo de oxígeno, producción de bióxido de carbono, cociente respiratorio, calorimetría indirecta, balance nitrogenado)
- Uso de computadoras en la EME.

#### 15. **Ética**

- Consentimiento informado
- Selección a estudios de investigación
- Decisiones y cuidados al final de la vida
- Obtención de órganos para donación
- Pronóstico y futilidad terapéutica
- Calidad de vida

#### 16. **Gestión**

- Principios de Organización
- Triage de pacientes
- Fundamentos del manejo de recursos humanos
- Manejo de información
- Principios de logística y costos
- Seguridad del paciente

#### 17. **Genética**

- Enfermedades congénitas
- Errores innatos del metabolismo
- Enfermedades de almacenamiento
- Polimorfismos

#### 18. **Farmacología**

- Farmacocinética
- Farmacodinámica
- Práctica segura en la medicación
- Regulación de dosis en falla de órganos

### **HABILIDADES Y DESTREZAS PROCEDIMENTALES**

#### 1. **Cardiovascular**

- Interpretar el electrocardiograma
- Cardioversión electiva y desfibrinación
- Pericardiocentesis
- Inserción de marcapaso transitorio
- Instalación y calibración de transductores de presión
- Instalación de vías de acceso venoso
- Cateterismo venoso periférico
- Cateterismo vena cava superior
- Cateterismo vena femoral
- Monitoreo hemodinámico no invasivo
- Monitoreo oxigenatorio

#### 2. **Respiratorio**

- Toracocentesis
- Drenaje torácico
- Intubación orotraqueal

- Uso de la máscara laríngea
  - Intubación nasotraqueal
  - Punción cricotiroides
  - Cricotiroidotomía
  - Traqueotomía percutánea y quirúrgica
  - Ventilación con bolsa de resucitación
- 3. Renal**
- Inserción de catéter de diálisis peritoneal
  - Participar en la hemodiálisis y hemofiltración
- 4. Neurológico**
- Punción lumbar
  - Cateterismo de bulbo yugular
  - Monitoreo de la presión endocraneana
- 5. Gastrointestinal**
- Paracentesis
  - Lavado peritoneal diagnóstico
  - Inserción de sonda de Sengstaken Blakemore
  - Colocación de sonda nasogástrica en paciente intubado
  - Medición de la presión intraabdominal
  - Realizar la endoscopia digestiva alta de urgencia
- 6. Metabólico**
- Formular el soporte nutricional
- 7. Trauma**
- Realizar la atención básica del trauma
  - Realizar la atención avanzada del trauma
  - Artrocentesis
- 8. Bioingeniería y tecnología**
- Manejar los equipos biomédicos (monitores, ventiladores, desfibriladores y electrocardiógrafos)
  - Uso de computadoras personales y de programas para procesar textos, diapositivas y procesamiento de imágenes
- 9. Diagnóstico por Imágenes**
- Interpretación de imágenes (TAC, resonancia magnética, Doppler)
  - Interpretación de las imágenes de colecciones abdominales, pleurales y pericárdicas
- 10. Gestión**
- Realizar la evacuación y seguridad del establecimiento de salud en caso de desastres y simulacros
  - Formular proyectos de gestión
  - Formular proyectos de investigación
  - Formular programas de educación en servicio

#### **ACTITUDES Y VALORES**

- Tener una actitud humanitaria en el desarrollo de su labor profesional
- Tener una actitud comprensiva y empática para con el paciente y el grupo familiar
- Demostrar un trato amable y comedido.
- Ser diligente, oportuno y reflexivo en la toma de decisiones.

- Tener un desarrollado sentido crítico y autocrítico
- Mantener un deseo continuo de superación personal y profesional.
- Tener disposición para el trabajo en un equipo médico multidisciplinario
- Tener un desarrollado sentido de autoaprendizaje dirigido y de educación continua
- Poseer una actitud docente permanente
- Desarrollar una constante actitud de investigación sobre los problemas de salud de la especialidad
- Buscar siempre el uso de los recursos de que dispone con la máxima eficiencia y rendimiento
- Tener una actitud receptiva frente a las necesidades de atención del Servicio de Emergencias y de los pacientes a su cargo
- Tener una actitud de previsión ante futuros riesgos y/o eventuales complicaciones

## 15.-BIBLIOGRAFIA

1. American College of Emergency Physicians: *Guidelines on Emergency Medical Services Systems*. Policy Statement. Dallas, 1994.
2. American College of Emergency Physicians: *Medical Control of Emergency Medical Services*. Policy Statement. Dallas, 1984. American College of Emergency Physicians: *Guidelines on Emergency Medical Services Systems*. Policy Statement. Dallas, 1994.
3. American College of Emergency Physicians: *Medical Control of Emergency Medical Services*. Policy Statement. Dallas, 1984.
4. American College of Emergency Physicians: *Implementation of early defibrillation/Automated external defibrillation programs*. Policy Statement. Dallas, 1992. National Association of EMS Physicians: *Emergency Medical Dispatch*. Prehospital Disaster Med 1989,4: 163-166.
5. Emergency Cardiac Care Committee and Subcommittees, AHA: *Ensuring effectiveness of community-wide emergency cardiac care*. JAMA 1992; 268: 2289-2295.
6. Metcalf WR: *State and Regional EMS Systems*, in Roush WR (ed): *Principles of EMS Systems*, 2nd Ed., American College of Emergency Physicians, Dallas, 1994, pp 123-134.
7. Federal Specifications - Ambulance KKK - A - 1822C *Emergency Medical Care Surface Vehicle*, Washington, DC, DOT and GSA, 1990.
8. American College of Emergency Physicians: *Minimum Pediatric Prehospital Equipment Guidelines*. Policy Statement. Dallas, 1991.
9. American College of Emergency Physicians: *Prehospital Advanced Life Support skills, medications and equipment*. Ann Emerg Med 1988; 17: 1109-1111.
10. Stone CK, Benson NH: *Specialty Transport*, in Roush WR (ed): *Principles of EMS systems*, 2nd Ed., ACEP, Dallas, 1994, pp 183-201.
11. Backer H: What is wilderness medicine [editorial]? *In Wilderness and Environmental Medicine*, vol 6, 1995, pp 3-10
12. Burkle F: Complex, humanitarian emergencies: II. Medical liaison and training. *Prehospital and Disaster Medicine* 10: 43-47.21, 1995
13. Carmona R, Rasumoff D: Forensic aspects of tactical emergency medical support (TEMS). *The Tactical Edge Summer 1992*
14. Chin LC (ed): *Disaster in Bangladesh*. New York, Oxford University Press, 1973, p 266
15. EMT-Tactical Manual, ed 13. USUHS, p 90, November 1994
16. Gunby P: Somalia operation just one of many demands on U.S. military medicine. *JAMA* 269: 11-12, 1993
17. Gunn SW: Humanitarian, noncombat role for the military. *Prehospital and Disaster Medicine* 9: S46-48, 1994
18. Heiskell L, Carmona R: Tactical emergency medical services: An emerging subspecialty of emergency medicine. *Ann Emerg Med* 23: 778-785, 1994
19. Henderson A, Lillibridge S, Salinas C, et al: Disaster medical assistance teams: Providing 438
20. Houtchens B, Clemmer T, Holloway H, et al: Telemedicine and international disaster response. *Prehospital and Disaster Medicine* 8: 57-66, 1993
21. Lillibridge S, Burkle F, Noji E: Disaster mitigation and humanitarian assistance training for uniformed service medical personnel. *Mil Med* 159: 397-403, 1994
22. McArdle, Rasumoff, Kolman: Integration of emergency medical services and special weapons and tactics teams: The emergence of the tactically trained medic. *Prehospital and Disaster Medicine* 7: 285-288, 1992
23. Rooker: Training EMS for SWAT Operations. *Rescue* Sep/Oct: 1992

24. Roth P, Vogel A, Key G, et al: The St Croix disaster and the National Disaster Medical System. *Ann Emerg Med* 20: 391-395, 1991
25. Shemer J, Heller O, Adler, et al: Lessons from the Israel Defense Forces Medical Corps' experience in the organization of international medical disaster relief forces. *Prehospital and Disaster Medicine* 7: 282-284, 1992
26. Aranaz JM, Buil JA. Gestión Sanitaria: acerca de la coordinación entre niveles asistenciales. *Med Clín (Barc)* 1995;106:182-4.
27. Mira JJ, Buil JA, Rodríguez J, Aranaz J. ¿Es posible mejorar la coordinación entre niveles asistenciales?. *Med Clín (Barc)* 1997;109:439.
28. Gea MT, Hernán M, Jiménez JM, Cabrera A. Opinión de los usuarios sobre la calidad del Servicio de Urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:37- 44.
29. Lorenzo S, Mateos MA, Pombo N. Medición de la satisfacción de los pacientes en los servicios de urgencias. *Rev Calidad Asistencial* 1998;13:444-6.
30. Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Carbonell MA, Pérez-Jover V, Blaya I, García A, Aranaz JM<sup>a</sup>. Qué es lo que más valoran y lo que más disgusta a los pacientes y acompañantes en Urgencias. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:390-6.
31. Camacho J. Estadística con SPSS para Windows. Ed. RA-MA. Madrid, 1998. capítulo 13. Relación entre las variables. pp 239-278.
32. Ferrán M. SPSS para Windows. Análisis estadístico. Ed. Mc Graw-Hill. Madrid, 2001. Capítulo 15. Análisis factorial. pp 339-353.
33. Saturno P, Sánchez JA. El informe del usuario. En: P Saturno, JJ Gascón, P Parra, Editores. *Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria*. Tomo Cap. 30. Du Pont Pharma, Madrid 1997. pp.343-360.
34. Ommaya AK, Simpson L, Walker E. More on assessing outcomes of emergency care. *Ann Emerg Med* 1998;31:301-3.
35. Ochoa J, Ramalle-Gómar E, Villar A, Ruiz JI, Bragado L, Gimeno C. Visitas inapropiadas al servicio de urgencias de un hospital general. *Med Clin (Barc)* 2000;115:377-8.
36. Sempere T, Peiró S, Sendra P, Martínez C, López I. Validez del protocolo de adecuación de urgencias Hospitalarias. *Rev Esp Salud Pública*, 1999;73:465-79.
37. Tomás-Vecina S, Duaso Magana E, Ferrer Tarres JM, Rodríguez Carballeira , Porta Castejon R, Epelde Gonzalo F. Evaluación del uso apropiado de un área de observación de urgencias mediante el Appropriateness Evaluation Protocol: un análisis de 4.700 casos. *An Med Interna* 2000;17:229- 38.
38. Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:276-9.
39. Corral F, Ribacoba L, Barreña I, Pijoán JI, Garcia-Verdugo A, Gutiérrez G. Adecuación en el área ambulatoria médica de un servicio de Urgencias hospitalario. *Emergencias* 1999;11:105-13.
40. Antón P, Peiró S, Aranaz JM, Calpena R, Compañ A. AdeQhos, un instrumento para la evaluación de la adecuación de la hospitalización en el pase de visita. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17:591-9.
41. Tovar M, Oliva JP, Díaz MA, Valero C, de Burgos E, Zapata M. Asistencia por propia iniciativa a un Servicio de Urgencias. *Todo Hospital* 2000;166:267-73.

42. Ochoa-Gómez J, Villar A, Ramalle-Gomara E, Carpintero JM, Bragado L, Ruiz-Azpiazu JI. Adecuación de los ingresos hospitalarios urgentes. *An Med Interna* 2002;19:8-10.
43. González del Yerro C, Puerta MD, Cabello L, Montes ML, Lorenzo S, López B et al. Evaluación de la adecuación del ingreso y alta hospitalarios en un área de Urgencias. *Rev Cal Asistencial* 2000;15:15-23.
44. Aranaz JM. La Calidad de los servicios sanitarios. Una propuesta general para los servicios clínicos. *Rev Neurol (Barc)* 1999;29:1-5.
45. Aranaz JM, Vitaller J. La calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria. *Estudios para la Salud*, nº 1. 2ª (Edición). Generalitat Valenciana. Valencia, 2002.
46. Suñol R, Delgado R. El audit. Médico: un método para la evaluación de la asistencia. *Control de Calidad Asistencial* 1986;1:27-30.
47. Lineamiento de Atención de los Servicios de Emergencia del IPSS. 1995
48. Primera Convención de Servicios de Emergencia. IPSS. 1996
49. Segunda Convención de Servicios de Emergencia. IPSS. 1998

17.- PARTICIPANTES DE LA REUNIÓN DE VALIDACIÓN

APELLIDOS Y NOMBRES	INSTITUCION	CARGO
Álvarez Chávez Carlos Luis	Sociedad Peruana de Medicina Emergencia y Desastre	Médico
Alvarez Gamboa Luis Mateo	Hospital Santa Rosa	Jefe de EMG
Ayala Bravo Eduardo F.	Daniel A. Carrión	Jefe EMG
Cárdenas Villacorta Gilberto	IESN	Médico Asistente EMG
Concha Andía Darío Eugenio	IDREH	Coordinador de Cursos
Dedios Fernández Salvador	Hospital Puente Piedra	Jefe EMG
Figuroa Quintanilla Dante Anibal	IESN	Director General
Farfán Bravo José Humberto	IMP	Jefe Servicio EMG
Gamboa Serpa Henry	Hosp. San José Callao	Jefe Servicio EMG
Gómez Sánchez Soto Yoni	IESN	Médico Asistente EMG
Hermenegildo Quichiz Orfelinda Luz	Puente Piedra	Enf. Jefe EMG
Hidalgo Quevedo Carlos A.	Hospital Loayza	Jefe Servicio EMG
López Palma Medalit	San Bartolomé	Enf. Jefe EMG
Malca Díaz Lidia Ruth	INEN	Lic. Enf. Oficina Personal
Martínez Berneo Laura Esther	Casimiro Ulloa	Médico Asistencial
Melgar Rebatta Santiago	Cayetano Heredia	Jefe Dpto. EMG
Morón Antonio Juan Pedro	Sergio Bernal	Jefe Dpto. EMG
Munayco Martínez Fernando	María Auxiliadora	Jefe de EMG
Rodríguez Félix César Eduardo	INEN	Médico Staf
Shimabukuro Kanashiro Guillermo Yoshio	Emergencias Pediátricas	Pediatra
Torres Armas Eduardo	DGSP	Gestión Sanitaria
Torres Giraldo Juan Manuel	Hospital Huacho	Jefe EMG
Valle Valverde Luis Ricardo	Hospital Dos de Mayo	Jefe Servicio de Urgencias
Vega Arméstara Lily Beatriz	San Bartolomé	Jefe EMG
Zea Meneses Juan Manuel	Hosp. Vitarte	Jefe Servicio Epidemiología
Alvarez Reynoso Jorge Jaime	Rebagliati	Jefe Servicio EMG Adulto
Capcha López Víctor Manuel	Sabogal	Jefe Servicio EMG
Mascaró Collantes Marco Antonio	ESSALUD - GDP	GC. Atención Primaria Asesor de la GCAP
Palomino Jurado Leonor	Rebagliati	Jefe Servicio EMG Salud Mental
Rodríguez Rodríguez César David	EMG GRAU	Unidad Trauma Shock
Silva Luque Gina Julia Estela	Hosp. II Angamos	Jefe Servicio EMG
Suárez Zuzunaga Angel A.	Rebagliati	Jefe EMG Pediátrica
Suyo Trinidad Juan de La Rosa	Rebagliati	Médico Asistente EMG
Taype Huamaní Waldo Augusto	Rebagliati	Médico Asistente EMG
Vargas Bocanegra Francisco Luis	Rebagliati	Jefe Servicio EMG G-O
Zelada Gonzáles Antonio	Rebagliati	Médico Asistente Cirugía
Dorich Moran Jose Vicente	San Borja	Jefe EMG
Mendoza Zevallos José Ramiro	San Pablo	Jefe EMG
Prado Maggia Carlos Toribio	Hosp. Central PNP	Jefe Servicio EMG
Villafuerte Ceron Wenceslao	Sanidad PNP	Jefe Servicio EMG
Pinto Miranda Janett Victoria	PNP	Médico Emergencista EMG
Alfaro Basso Rofolfo Daniel	F.A.P	EMG

Paucar Toledo Ruby Marlene	Hospital Central	Jefe Residentes EMG
Gutiérrez Vera Luis Fernando	Hosp. Militar Geriátrico	Director
Castañeda Rivera Maritza Cecilia	Policlínico Militar Chorrillos	Médico
Cano Polo Edgar Mario	Hosp. Militar Central	Jefe Dpto. EMG
Ordaya Luey Ricardo Enrique	Centro Médico Naval	Jefe Servicio EMG
Gálvez Rivero Wilfredo	UNMSM	Docente
Cuba Oré Víctor	PHR Plus	Asesor Regional
Roca Verdaguer Jaime	Proyecto AMARES	Consultor
Arispe Qwistgaard Victor Hugo	Municipalidad Metropolitana Lima	Jefe Serv. Salud MML.
Carpio Távara Segundo Eliseo	Instituto de Salud del Niño	Cirujano Pediatra