



# Resolución Ministerial

Lima, 20 de ABRIL del 2006

Visto el Expediente N° 05-538592, que contiene el MEMORÁNDUM N° 3597-2005-DGSP/MINSA de la Dirección General de Salud de las Personas;

**CONSIDERANDO:**

Que, se ha elaborado la "Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia", cuyo objetivo es priorizar la óptima atención del paciente en los servicios de emergencia de los establecimientos de salud del Sector Salud;

Que, la mencionada Norma Técnica de Salud, establece en forma ordenada y sistemática los procedimientos técnico-administrativos que permiten satisfacer las necesidades de atención del paciente en situación de emergencia, a fin de lograr una prestación de salud bajo criterios de oportunidad y calidad;

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Salud de las Personas y con la visación de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

Con la visación del Viceministro de Salud; y,

De conformidad con lo dispuesto en el literal l) del artículo 8° de la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud;

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1°.-** Aprobar la NTS N° 042-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.

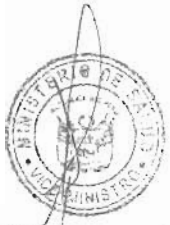
P. Mazzetti S.

J.C. Del Carmen S.

A.M. Holgado S.

D. Céspedes M.

[Firma]



**Artículo 2°.-** La Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud, se encargará de la difusión y supervisión del cumplimiento de la mencionada Norma Técnica de Salud.

**Artículo 3°.-** Las Direcciones de Salud y las Direcciones Regionales de Salud a nivel nacional, son responsables del monitoreo y cumplimiento de la citada Norma Técnica de Salud, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones.

**Artículo 4°.-** La Oficina General de Comunicaciones publicará la referida Norma Técnica de Salud en el portal de internet del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese

J.C. Del Carmen S.



D. Góspedas M.



A.M. Holgado S.



Pilar MAZZETTI SOLER  
Ministra de Salud

1

**NORMA TÉCNICA DE SALUD DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA**



P. Mazzetti S.

**1. FINALIDAD**

Mejorar la calidad de atención que se brinda al paciente en los servicios de emergencia de los establecimientos públicos y privados del Sector Salud.

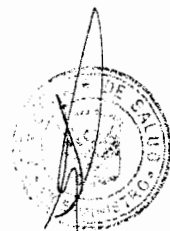
**2. OBJETIVOS**

**2.1 OBJETIVO GENERAL**

Establecer las normas técnico – administrativas para la atención de los pacientes en los servicios de emergencia.

**2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- 2.2.1 Brindar atenciones de salud en los servicios de emergencia, de acuerdo a las normas establecidas, con criterios de calidad y oportunidad.
- 2.2.2 Fortalecer la organización y el funcionamiento de los servicios de emergencia para la atención de los pacientes.
- 2.2.3 Asegurar un flujo adecuado de los recursos destinados al cuidado del paciente en los servicios de emergencia y promover el uso racional de los mismos.



J.D. Del Carmen S.



A.A. Holgado S.

**3. ÁMBITO DE APLICACIÓN**

La presente Norma Técnica de Salud es de aplicación en todos los establecimientos públicos y privados del Sector Salud que cuenten con servicios de emergencia.

**4. BASE LEGAL**

- Ley N° 26842 - Ley General de Salud.
- Ley N° 27604 - Ley que modificó la Ley General de Salud, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos.
- Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 27813 - Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2002-SA, que aprobó el Reglamento de la Ley N° 27657.
- Decreto Supremo N° 016-2002-SA que aprueba el Reglamento de la Ley N° 27604.
- Decreto Supremo N° 023-2005-SA, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 482-96-SA/DM, que aprobó las "Normas Técnicas para Proyectos de Arquitectura Hospitalaria".



A.A. Holgado S.

- Resolución Ministerial N° 064-2001-SA/DM que aprobó las "Normas Técnicas para Proyectos de Arquitectura y Equipamiento de las Unidades de Emergencia de los Establecimientos de Salud".
- Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA, que aprobó la NT N° 018-MINSA/DGSP-V01: "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 768-2004-MINSA, que aprobó la Directiva N° 040-2004-OGDN/MINSA-V.01: "Procedimientos para la Elaboración de Planes de Contingencia para Emergencias y Desastres".
- Resolución Ministerial N° 769-2004/MINSA, que aprobó la NT N° 021-MINSA/DGSP/V.01: "Norma Técnica de Categorías de Establecimientos del Sector Salud".



## 5. DISPOSICIONES GENERALES

### 5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS



A.M. Holgado S.

#### Daño

Compromiso del estado de salud en grado diverso. Los daños en el servicio de emergencia se clasifican de acuerdo a la prioridad de atención:

- Prioridad I Gravedad súbita extrema.
- Prioridad II Urgencia mayor.
- Prioridad III Urgencia menor.
- Prioridad IV Patología aguda común.



#### Emergencia médica y/o quirúrgica

Se entiende por emergencia médica y/o quirúrgica toda condición repentina o inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente. Corresponde a pacientes con daños calificados como prioridad I y II.



J.U. Del Carmen S.,

#### Red de Servicios de Emergencia

Conjunto de servicios de emergencia organizados según capacidad resolutive, interconectados por redes viales y comunicación oportuna, que establecen relación funcional con el servicio de mayor capacidad de resolución en emergencias, a fin de asegurar la atención progresiva al paciente en situación de emergencia.

#### Sala de Observación

Área del Servicio de Emergencia para la permanencia de corta estancia y 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.



#### Servicio de Emergencia

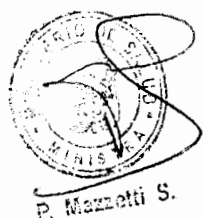
Es la unidad orgánica o funcional en hospitales de baja complejidad, encargada de brindar atención médico quirúrgica de emergencia en forma oportuna y permanente durante las 24 horas del día a todas las personas cuya vida y/o salud se encuentre en situación de emergencia. De acuerdo a su nivel de complejidad pueden resolver diferentes categorías de daños.



A. Céspedes M.

### Tópico de Emergencia

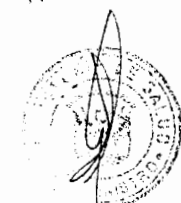
Área del Servicio de Emergencia destinada a la atención, evaluación, diagnóstico y tratamiento de pacientes con daños de prioridad II y III. Los tópicos pueden ser diferenciados de acuerdo a la demanda y nivel de complejidad del establecimiento de salud.



P. Mazzetti S.

### Triaje

Área del Servicio de Emergencia destinada a la evaluación inicial del paciente, en la cual se prioriza el daño y se decide la derivación para la atención que el caso amerita. Esta área debe funcionar prioritariamente en aquellos donde la demanda supere la oferta de servicios. Estará a cargo de un profesional de la salud capacitado en la identificación de prioridades.



J. J. Sarmiento S.

### Unidad de Reanimación o Shock Trauma

Área del servicio de emergencia destinada a la evaluación, diagnóstico y tratamiento inmediato de los pacientes que presentan daños de Prioridad I.

## 5.2 DE LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO



A. J. Holgado S.

- 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. Los establecimientos III - 1 y III - 2 podrán contar con servicios de emergencia diferenciados de acuerdo a la demanda que atienden.
- Los establecimientos categorizados como I - 4 de acuerdo a su demanda y a la accesibilidad de la población a servicios de mayor complejidad, podrán contar con un área funcional de atención de emergencia. La emergencia debe contar con el equipamiento necesario que permita la reanimación cardiopulmonar básica y avanzada, y la estabilización del paciente.
- Todo establecimiento de salud, está obligado a brindar atención médico quirúrgica de emergencia a toda persona que lo necesite, conforme a lo señalado en la Ley N° 27604 y el Decreto Supremo 016-2002/SA.
- El Servicio de Emergencia debe contar con un Jefe de Guardia especialista en Medicina Interna o en Medicina de Emergencias y Desastres y con las mayores competencias para la atención de emergencias y la gestión del servicio. En el caso de Servicios de Emergencia de especialidades podrá contar con el especialista según el caso (Pediatra, Gineco- Obstetra), según dispositivo vigente Decreto Supremo N° 024-83-PCM.
- Los servicios de emergencia de los establecimientos de salud deben contar con un equipo básico de profesionales y personal asistencial preferentemente a dedicación exclusiva.
- El Equipo Básico Permanente del Servicio de Emergencia en los hospitales está constituido fundamentalmente por el Médico Internista, Cirujano General, Gineco-obstetra, Pediatra, Anestesiólogo, Médico Emergenciólogo y médicos de otras especialidades (según disponibilidad y nivel de complejidad del establecimiento), Enfermera, Obstetrix y Técnico de Enfermería. En el caso de Institutos Especializados el equipo básico dependerá de la especialidad y demanda que se atiende.



L. E. P.



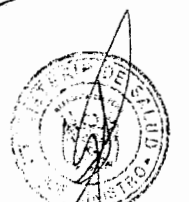
M. J. S.

- El Servicio de Emergencia, de acuerdo a la demanda y nivel de complejidad además del equipo básico constituido, debe contar con el apoyo de otros especialistas a través del sistema de rotación del personal de guardia y la programación de personal de retén, determinándose el mecanismo de transporte adecuado y oportuno para éste personal.



P. Mazzetti S.

- El personal asistencial que se encuentra de guardia no será programado para la atención en consulta externa, intervenciones quirúrgicas electivas o para realizar la visita médica en áreas de hospitalización.



J.C. Del Carmen S.

- El Médico 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.

- Los servicios o áreas de Emergencia deben disponer de información para el usuario, relacionada a tarifas, rol de personal, visita de familiares y otras condiciones del servicio.



A.M. Hoigado S.

- Los servicios o áreas de Emergencia deben contar con normas respecto al otorgamiento de información médica, teniendo en consideración los patrones culturales, accesibilidad geográfica y económica, y características climatológicas de la localidad, entre otros aspectos.

- Las disposiciones deben ser publicadas en forma clara y colocadas en lugares visibles al ingreso del Servicio o área, para facilitar la información necesaria al paciente y familiares responsables o acompañantes.

- El paciente que se atiende en el servicio o área de Emergencia tiene derecho a recibir información oportuna, sobre todo acto o procedimiento diagnóstico o terapéutico realizado o por realizarle si su condición clínica lo permite. Si los familiares lo requieren o el paciente se encuentra inconsciente o es menor de edad, la información se pondrá en conocimiento del familiar directo ó representante legal.

- El establecimiento de salud de acuerdo a la demanda y necesidades de atención debe programar un médico con competencias para la atención de las emergencias y la evaluación permanente de los pacientes críticos que se presenten en los Servicios de Hospitalización.

- El acceso al Servicio de Emergencia debe ser directo desde la vía pública, y estar ubicado próximo a la Unidad de Cuidados Intensivos, Centro Quirúrgico, Centro Obstétrico, Servicio de Patología Clínica y Diagnóstico por Imágenes.

- El Servicio de Emergencia debe contar con las siguientes áreas o servicios:

- Triage,
- Admisión,
- Tópico/s de Atención,
- Sala/s de Observación y
- Unidad de Reanimación o Shock Trauma, de corresponder.



Carlos M.

- En los Servicios de Emergencia el área de Triage y la Unidad de Reanimación o Shock Trauma se ubicarán al ingreso del Servicio.
- El Servicio de Emergencia en los establecimientos II – 2, III – 1 y III – 2 tendrá Tópicos de Atención diferenciada (Medicina, Cirugía, Pediatría, Gineco – Obstetricia, Traumatología, entre otros) de acuerdo a la categorización del establecimiento y tipo de demanda.
- El Servicio de Emergencia en los establecimientos II – 2, III – 1 y III – 2 tendrá sala/s de observación diferenciada (según edad, sexo o especialidad) de acuerdo al tipo de demanda.
- El Servicio de Emergencia debe contar permanentemente con 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.
- El Servicio de Emergencia debe contar permanentemente con acceso al Archivo de Historias Clínicas que permita dar continuidad a la atención del paciente en particular el paciente en condición de reingreso.
- El Servicio de Emergencia debe contar con el equipamiento biomédico necesario, para una prestación en condiciones razonables de seguridad. El equipo biomédico y material médico no fungible empleado en la atención de emergencia, deben estar sujetos a mantenimiento preventivo y correctivo, de manera prioritaria.
- Debe establecerse un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes en el ámbito de responsabilidad de cada Diresa/Disa adecuadamente coordinado y que responda a la realidad regional y local.
- El Servicio de Emergencia coordinará con el Servicio de Cuidados Intensivos y Servicios de Anestesiología la continuidad de la atención que requiera el paciente en situación de emergencia. Las atenciones estarán referidas a:
  - RCP avanzada y prolongada
  - Ventilación Mecánica y Soporte Ventilatorio
  - Reanimación Hemodinámica y Cardiovascular
  - Trauma y Neurotrauma
- Los servicios de emergencia deben contar con un sistema de comunicación telefónica y radial, continuo, operativo y de preferencia exclusivo. Asimismo, deben disponer de teléfono público en el área de espera de familiares.
- La radio y el teléfono dentro del servicio se ubicarán en lugares que no interrumpan las actividades del mismo. El personal responsable del manejo de la radio está organizado por turnos.
- La comunicación interna del servicio de emergencia con los demás servicios del establecimiento de salud, se realiza por intercomunicadores y/o anexos telefónicos.
- La comunicación radial deberá efectuarse entre:

J.C. Del Carmen S.

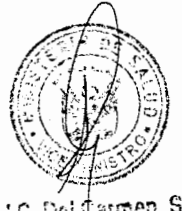
A.M. Hoigado S.

- Servicios de Emergencia
- Jefes de Guardia
- El centro regulador de transporte de pacientes y los servicios de emergencia, en aquellas instituciones de salud donde se encuentre implementado.



M. Mazzetti S.

- Los servicios de emergencia contarán con el apoyo de Trabajadoras Sociales, quienes se encargarán de la evaluación socioeconómica del paciente, la identificación y ubicación de los familiares de los pacientes con problemas sociales, en abandono o indocumentados, a efectos de facilitar los trámites administrativos y de apoyo social requeridos.



J.C. Del Carmen S.

- Los establecimientos de salud deben coordinar el apoyo y la presencia de un representante de la Policía Nacional del Perú en los Servicios de Emergencia.

- El médico que brinda atención a una persona por herida de arma blanca, herida de bala, accidente de tránsito o por causa de otro tipo de violencia que presuma la constitución de un delito o, cuando existan indicios de aborto criminal, está obligado a poner el hecho en conocimiento de la autoridad competente representada por un miembro de la Policía Nacional de Perú.



A.M. Roigado S.

- En caso que el paciente o representante legal no autorizara 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 de "Exoneración de Responsabilidad".

- La Dirección Regional de Salud o la Dirección de Salud, según corresponda, deben priorizar y establecer el adecuado funcionamiento de un Sistema de Referencias y Contrarreferencias de Emergencias y otras Áreas Críticas, teniendo en cuenta una articulación interinstitucional, coordinando y facilitándole, según corresponda, los recursos humanos y materiales que requieran para su implementación. (Anexo N° 07 Atenciones de Emergencia por niveles según prioridades).

A

## DE LOS DOCUMENTOS DE GESTIÓN

Deberán contar con los siguientes instrumentos de gestión:

- Manual de Organización y Funciones.
- Manual de Procedimientos del Servicio de Emergencia.
- Guías de Práctica Clínica de los daños más frecuentes.
- Guías de los Procedimientos Asistenciales más frecuentes.
- Registro de Indicadores de Producción y de Calidad. (Ver Anexo N° 01)
- Registro de Emergencias en Triage, Tópicos Diferenciados, Sala de Observación, Sala de Operaciones de Emergencia.
- Registro de Complicaciones.
- Plan de Emergencias y Desastres del Establecimiento de Salud.





## DE LOS SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

### Patología Clínica

De acuerdo a la categoría definida para el establecimiento de salud, el Servicio de Emergencia cuenta con el apoyo del servicio de Patología Clínica, exclusivo o no, durante las 24 horas del día, debiéndose definir los tiempos para la entrega de resultados de las pruebas señaladas en el Anexo N° 02.



P. Mazzetti S.

### Diagnóstico por Imágenes

De acuerdo a la categoría definida para el establecimiento de salud, el Servicio de Emergencia cuenta con un área de Diagnóstico por Imágenes exclusiva o no, que brinda apoyo las 24 horas del día y atención preferencial a los exámenes anotados en el Anexo N° 02.



## DE LOS RECURSOS HUMANOS

J.C. Del Carmen S.

La dotación de recursos humanos para la atención de los pacientes en el Servicio de Emergencia estará de acuerdo a las necesidades de la demanda, el nivel de complejidad del establecimiento y los recursos disponibles. Ver Anexo N° 03.- Recursos Humanos mínimos según categoría del establecimiento por turno de atención en los Servicios de Emergencia.



### En los establecimientos del Primer Nivel de Atención

A.E. H. godo S.

La atención de emergencia debe ser realizada por el siguiente personal:

- Médico Cirujano con competencias para brindar Reanimación Cardio Pulmonar Cerebral Básica, Soporte Básico de Trauma y manejo del paciente en situación de emergencia. Según demanda puede desarrollar otras actividades del establecimiento.
- Enfermera con competencias para brindar Reanimación Cardiopulmonar Cerebral Básica y atención de enfermería en Emergencias. Según demanda puede desarrollar otras actividades del establecimiento.
- Técnico de enfermería capacitado para participar en la atención de emergencias. Según demanda puede realizar otras actividades propias del establecimiento,



### En Establecimientos de Salud II - 1(\*), II - 2, III - 1 y III - 2

#### Médico Jefe del Servicio

- Médico con título de segunda especialización en Medicina de Emergencias y Desastres e inscrito o Medicina Interna en el Registro de Especialistas del Colegio Médico del Perú.
- Constancia de recertificación y participación en Educación Médica Continua, expedidas por instituciones reconocidas.
- Constancia de labor continua mayor de 3 años en el Servicio de Emergencia, para hospitales II y III.



- Estudios en Gestión o Administración de Servicios de Salud u Hospitales, mínimo 3 meses para hospital II y 6 meses para hospital III.
- No estar incurso en sanciones éticas.  
(\* ) En los Hospitales II – 1 se contará de preferencia con un médico emergenciólogo permanente o no, de acuerdo a los recursos disponibles y a la demanda de pacientes de alta siniestralidad.

#### Médico del Servicio

- Médico con especialidad según el equipo de guardia, inscrito en el Registro de Especialistas del Colegio Médico del Perú.
- Acreditar labor en forma exclusiva en el Servicio de Emergencia, en su turno.

#### Jefe(a) de Enfermería del Servicio de Emergencia

- Enfermera colegiada y de preferencia con especialidad.
- Acreditar labor continua en el Servicio de Emergencia, mayor de 3 años para hospital II y de 5 años para hospital III respectivamente.
- Contar con Certificado / Constancia de participación en Educación Continua, expedidos por instituciones reconocidas.
- Contar con estudios en Gestión o Administración de Servicios, mínimo 3 meses para hospital II y 6 meses para hospital III.
- No estar incurso en sanciones éticas.
- Contar con habilidades y actitudes proactivas, estabilidad psicológica y emocional, buena salud física y capacidad de trabajo.

#### Enfermera Asistencial

- Enfermera colegiada, de preferencia con especialidad o con competencias en el manejo de pacientes en situación de emergencia.
- Certificado/Constancia de participación en actividades de capacitación referidas a la especialidad, expedidos por instituciones reconocidas.
- Acreditar labor en forma exclusiva en el Servicio de Emergencia.
- Contar con habilidades y actitudes proactivas, estabilidad psicológica y emocional, buena salud física y capacidad de trabajo.

#### Técnico de Enfermería

- Certificación de Técnico de Enfermería de acuerdo a disposiciones vigentes.
- Capacitación y experiencia de 6 meses en áreas críticas.
- Capacidad para asimilación y desarrollo de habilidades y actitudes, proactivas, estabilidad psicológica y emocional, buena salud física y capacidad de trabajo.

#### Obstetriz

- Obstetriz colegiada.
- Certificado / Constancia de participación en actividades de capacitación en emergencias obstétricas.
- Contar con habilidades y actitudes proactivas, estabilidad psicológica y emocional, buena salud física y capacidad de trabajo.

### Otros profesionales

El Servicio de Emergencia contará con otros profesionales y trabajadores de la salud de acuerdo a la demanda de pacientes y la categoría del establecimiento, tales como: Químico Farmacéutico, Trabajadora Social, Tecnólogos Médicos, entre otros.

La programación de actividades del personal profesional y técnico de enfermería se hará teniendo en cuenta las áreas de trabajo, determinando la relación recurso humano-paciente y según nivel de complejidad. El horario de trabajo programado no excederá las 12 horas por día respetando las normas vigentes.

### • DE LA CAPACITACIÓN

El Servicio de Emergencia contará con un Programa Anual de Educación y Capacitación Permanente, acorde a las necesidades del Servicio. El Programa será coordinado con la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación o similar.

### 5.3 DE LA INFRAESTRUCTURA

El Servicio de Emergencia debe estar ubicado en el primer piso del establecimiento en un área de acceso inmediato y directo desde la calle, de ser posible frente a vías principales para facilitar el flujo de usuarios, vehículos, camillas y sillas de rueda. Deben considerarse áreas disponibles adyacentes a la Emergencia para ser utilizadas en la expansión de la atención en caso de desastres.

#### 5.3.1. ÁREAS DE TRABAJO

El servicio de emergencia cuenta con las siguientes áreas:

##### Área Administrativa

- Informes.
- Admisión.
- Tesorería.
- Servicio Social.
- Sala de Espera.
- Secretaría.
- Jefatura Médica y de Enfermería (Establecimientos II-2, III-1 y III-2).
- Estacionamiento de Ambulancias.
- Área para la Policía Nacional del Perú.

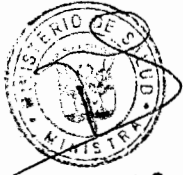
##### Opcional

- Sala de Reuniones.
- Biblioteca.

##### Área Asistencial

### Atención al paciente

- Triage.
- Unidad de Shock Trauma y Reanimación (establecimientos II-2, III-1 y III-2).
- Consultorios diferenciados por especialidad.
- Tópico de inyectables y nebulizaciones.
- Sala de yeso (II-2, III-1 y III-2).
- Unidad de Vigilancia Intensiva o Área Crítica de Emergencia (II-1).
- Sala de observación diferenciada: sexo (II-1,II-2,III-1,III-2), edad y condiciones especiales según demanda (II-2,III-1,III-2)
- Sala de operaciones (III-1 y III-2).
- Área de aislamiento (III-1 y III-2).
- Área de Procedimientos.
- Áreas de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento (propia o centralizada).
  - Laboratorio.
  - Farmacia.
  - Diagnóstico por Imágenes.



P. Matzetti S.



J.C. Del Carmen S.



A.M. Hidalgo S.

### Otras áreas

- Central de atención de enfermería.
- Área de trabajo de enfermería.
- Ambiente para stock de medicamentos, materiales e insumos.
- Depósito de equipos e instrumental de atención.

### Apoyo al personal asistencial

- Vestidor para personal femenino y masculino.
- Sala de descanso de personal.
- Servicios Higiénicos para el personal.

### Otras áreas

- Depósito de ropa limpia.
- Depósito para ropa sucia.
- Estación de camillas y sillas de ruedas.
- Almacén para desastres.
- Cuarto de limpieza.
- Área de eliminación de excretas.



### 5.3.2. Ingeniería Hospitalaria

- El Servicio de Emergencia en sus diferentes áreas debe disponer de:
  - Iluminación general, regular y de emergencia, en condiciones de disposición inmediata. Grupo electrógeno.
  - Ventilación natural y/o sistema de aire acondicionado.
  - Instalaciones sanitarias de agua fría y caliente, desagüe por redes.
  - Instalaciones eléctricas operativas, sistema de tomacorrientes de alto amperaje y conexión a tierra.
  - Sistema de llamado paciente-enfermera.



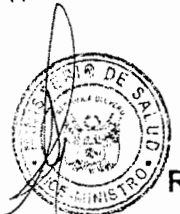
A.M. Hidalgo S.

- Señalización de zonas de seguridad y evacuación.
- Señalización de ambientes.
- Línea directa externa y línea telefónica interna.
- Extintores portátiles o red contra incendio.
- Puertas de acceso que permitan el tránsito fácil de camas y equipos.



P. Mazzetti S.

- Las Unidades de Reanimación (Shock – Trauma), Sala de Observación y la Unidad de Vigilancia Intensiva, deben disponer de:
  - Sistema de oxígeno empotrado y con dos salidas por cama.
  - Sistema de aspiración empotrado y con dos salidas por cama.
  - Sistema de aire comprimido y con dos salidas por sala.
  - Sistema de aire acondicionado.
  - Sistema de tomacorriente (06 por cama paciente).
  - Línea telefónica interna.



### Recursos Materiales

J.C. Del Carmen S.

Los recursos materiales tales como equipos biomédicos y material médico fungible, necesarios para el funcionamiento y la atención en los Servicios de Emergencia, se encuentran detallados en los siguientes anexos:



A.M. Holgado S.

- ANEXO 05.- Lista de Equipos Biomédicos.
- ANEXO 06.- Lista de Material Fungible

El listado de material y equipos biomédicos propuesto es referencial.

## 6. DISPOSICIONES ESPECIFICAS

### 6.1 DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE

#### Del Ingreso y Admisión

- El acceso a la Emergencia debe ser directo y estar claramente señalado para permitir su identificación a distancia.
- Todo paciente que llega en situación de emergencia debe ingresar al servicio sin obstáculos.
- El personal de vigilancia u otro facilitará el ingreso y la orientación al paciente y su familiar o acompañante, comunicando al personal de turno.
- Para un rápido traslado del paciente, las camillas y sillas de ruedas permanecerán en la entrada del Servicio ó Área de Emergencia
- Luego del ingreso, el triaje es la primera área donde el paciente debe ser evaluado para determinar la prioridad y el direccionamiento de su atención.
- 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.
- El Área de Admisión se encarga de la verificación de la identidad del paciente, de acuerdo a las normas institucionales vigentes.
- El Área de Admisión debe contar con un sistema informático o registro manual (libro o cuaderno) donde se consignen los datos del paciente: fecha, hora de llegada, nombre, edad, sexo, dirección domiciliaria, documento de identidad, diagnóstico de ingreso, diagnóstico final, destino y hora de terminada la atención,



observaciones, nombre del acompañante o familiar, y nombre y firma del médico tratante.

- El Servicio de Emergencia, debe de contar con personal de Admisión mientras se brinde atención en el servicio. Esta área debe tener acceso inmediato a la Historia Clínica del paciente, en caso de ser paciente continuador.
- Cuando el paciente es referido a otro establecimiento se debe proceder de acuerdo a la Norma Técnica de Referencia y Contrarreferencia vigente, en lo que corresponda.



R. Mazzetti S.

## De la atención de salud

### Triage



J.C. Del Carmen S.

- El profesional de salud encargado del triaje, realiza el control de las funciones vitales del paciente y determina la prioridad del daño del mismo, a fin de derivarlo al área correspondiente de acuerdo al protocolo de triaje (Anexo N° 04 - Lista de daños según prioridad de atención).

El profesional de salud encargado del triaje, estará en permanente coordinación con el Médico Jefe de Guardia o quien esté programado como responsable.

En el área de triaje se activará el código de alarma de emergencia ante la llegada de un paciente de Prioridad I, para que el equipo de reanimación se constituya en el acto, en la Sala de Shock Trauma. (Anexo N° 04.- Lista de daños según prioridad de atención).



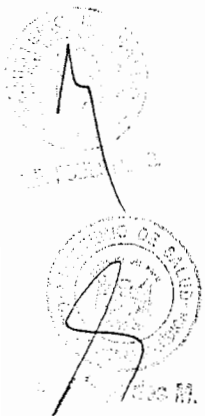
J. C. Del Carmen S.

### Sala de Reanimación (Shock Trauma)

- En la Sala de Reanimación se atiende a los pacientes clasificados como Prioridad I.
- La atención se realiza por un equipo multidisciplinario, liderado por el Médico Emergenciólogo responsable.
- 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 para el tratamiento definitivo.
- El traslado del paciente a otra área o servicio, será indicado por el Médico responsable, determinando las condiciones de traslado y el personal que estará a cargo del mismo, de acuerdo al estado del paciente. Se requiere de coordinación previa entre el personal médico y el de enfermería del servicio de emergencia, y del área o servicio de destino.
- La enfermera realiza las coordinaciones previas con la enfermera del servicio o área de destino, y dispone lo conveniente para la remisión de la documentación, material de atención y pertenencias del paciente, según corresponda.
- La Sala de Reanimación o Unidad de Shock Trauma, podrá contar con un sistema informático o registro manual (libro o cuaderno) donde se consignen los datos de la atención realizada, especificándose: fecha, hora de llegada, nombre, edad, sexo, documento de identidad, número de registro o afiliación al seguro, diagnóstico, tratamiento, destino, nombre y firma del médico tratante.

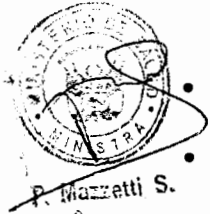
### Tópico de Atención

- Los pacientes con daños de Prioridad II o Prioridad III, son derivados para su atención a los diferentes tópicos de atención general (Medicina, Cirugía, Pediatría o Gineco - Obstetricia) o atención especializada (Traumatología, Neurocirugía, Cardiología, u otras) según corresponda al caso.

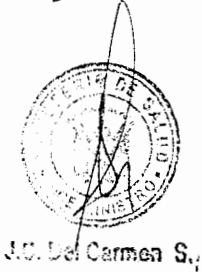


J. C. Del Carmen S.

- En el tópic, los pacientes serán evaluados integralmente y permanecerán el tiempo suficiente para definir su destino final, que podrá ser: Hospitalización, Centro Quirúrgico, Sala de Observación, referencia a otro Centro Asistencial o alta médica.
- La determinación de la condición de emergencia médica o quirúrgica es realizada por el profesional médico encargado de la atención, bajo responsabilidad.
- El traslado del paciente a la Sala de Observación, Hospitalización o Centro Quirúrgico requiere de coordinación previa entre el personal médico y el de enfermería del servicio de emergencia, y del área o servicio de destino
- La enfermera realiza las coordinaciones previas con la enfermera del servicio o área de destino, y dispone lo conveniente para la remisión de la documentación, material de atención y pertenencias del paciente, según corresponda.
- La atención del paciente será registrada en todos sus aspectos en la Historia Clínica de Emergencia, de acuerdo a lo establecido en las normas vigentes, debiendo constar la firma y el sello del Médico tratante.
- Cada tópic debe disponer de las guías de práctica clínica para el manejo del paciente, de acuerdo a la especialidad.
- Los tópicos podrán contar con soporte informático, en aquellos servicios donde no se cuente con soporte informático, los pacientes atendidos serán registrados en el parte diario de atención donde quedarán 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.



P. Mazzetti S.



J.C. Del Carmen S.,



### 5. Sala de Observación

- El paciente es recibido por el personal de turno, de acuerdo a las coordinaciones efectuadas previamente.
- El paciente ingresa con la Historia Clínica respectiva, la cual debe precisar con claridad el motivo de ingreso, estado actual, tratamiento u otros datos clínicos de importancia, además se deben acompañar los resultados de exámenes realizados, con la finalidad de asegurar la integralidad y continuidad de la atención del paciente.
- Los pacientes de mayor riesgo deben ser ubicados físicamente cerca a la Estación de Enfermería.
- La comunicación paciente-enfermera debe contar con un sistema de llamado manual o electrónico.
- La periodicidad de evaluación médica 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 la respuesta al tratamiento.
- 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, luego del cual deberá definirse su destino (alta, hospitalización o referencia).
- La sala de observación debe contar con soporte informático, cuando éste no exista, la Enfermera encargada 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, condición de ingreso, destino, condición al traslado o alta, nombre del médico que indicó el ingreso y el egreso.



### Interconsulta

- En caso de requerirse la opinión de otro especialista, el médico tratante que solicita una Interconsulta debe registrarla en la Historia Clínica consignando, la fecha y hora en que la solicitó, el motivo y la especialidad requerida. Similar información será registrada en el formato de Interconsulta, conteniendo fecha, hora, nombres y apellidos, servicio que solicita, servicio interconsultado, breve resumen de la Historia Clínica, motivo de la interconsulta, diagnóstico presuntivo, nombres y apellidos del solicitante, sello y firma.
- La interconsulta solicitada por el Servicio o Área de Emergencia, debe ser atendida con prioridad y debe ser respondida de manera inmediata por el servicio correspondiente o el especialista responsable. La atención del paciente por el médico especialista debe realizarse en un tiempo no mayor a los 30 minutos de generada la solicitud, bajo responsabilidad.



P. Manzan S.



J.C. Del Carmen S.

### Junta Médica

- El Médico tratante, en caso de ser necesario contar con otras opiniones para la toma de decisiones con relación al diagnóstico y tratamiento de un paciente, solicitará una Junta Médica, haciendo de conocimiento del Jefe de Guardia.
- La Junta Médica es presidida por el Jefe de Guardia, quien designa y convoca a los Médicos de las especialidades afines al caso.
- La realización de la Junta Médica debe quedar consignada en la Historia Clínica, registrándose: la fecha, hora, objetivo de la convocatoria, conclusiones y recomendaciones a seguir y la firma y sello de todos los participantes.
- El médico convocado a una Junta Médica por el Jefe de Guardia no puede rechazar su participación.



A. Alvarado S.

### Información

- El paciente, familiar directo o representante legal del paciente será informado por el Médico tratante o por el Jefe de Guardia acerca de la situación de salud, inmediatamente después de la atención inicial en cualquiera de las áreas del Servicio de Emergencia.
- Se debe fijar como mínimo tres horarios por día para la información médica de los pacientes internados en Sala de Observación. 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.
- 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 un representante del Ministerio Público y/o a un representante de la Policía Nacional del Perú, consignándose lo actuado en la historia clínica.

9.



C. Y. Y. Y.

### 6.2 DE LOS SERVICIOS DE APOYO

#### Exámenes Auxiliares

- El paciente con solicitud de exámenes auxiliares será trasladado al Servicio de Apoyo al Diagnóstico por el personal de salud designado ó de lo contrario atendido en el Servicio de Emergencia.




C. Y. Y. Y.



- 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, diagnóstico presuntivo, análisis solicitado, así como nombre y firma del médico tratante.
- Los resultados de laboratorio se deben expedir en los tiempos establecidos, según tipo de análisis y deben incluir como patrón de comparación, los valores normales. El resultado debe ser inmediatamente entregado al servicio para conocimiento del médico tratante e inclusión en la Historia Clínica.
- El paciente a quien el médico tratante considere necesario realizar un examen de diagnóstico por imágenes, de acuerdo a la gravedad del caso irá acompañado del médico. El resultado debe ser inmediatamente entregado al servicio para conocimiento del médico tratante e inclusión en la Historia Clínica. De no existir reporte escrito, el médico tratante debe anotar en la historia clínica del paciente los resultados del examen realizado, así como el número de registro del examen efectuado.
- El archivo de placas radiográficas debe estar accesible al personal de salud las 24 horas del día. Los responsables impartirán la directiva correspondiente.
- El Jefe del Servicio de Emergencia debe establecer los mecanismos necesarios de coordinación, control y evaluación del uso racional de exámenes auxiliares en emergencia.

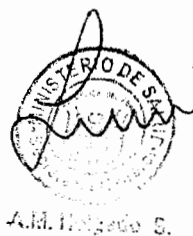


P. Mazzetti S.



J.C. Del Carmen S.

#### Archivo de Historia Clínica



A.M. H. S.

- El área de Archivo de Historias Clínicas debe disponer de directivas para el funcionamiento del mismo durante las 24 horas del día. El área de archivo, a pedido del médico tratante, provee la historia clínica del paciente por lo tanto debe estar en funcionamiento durante las 24 horas del día.
- El paciente con indicación de internamiento, será hospitalizado teniendo su Historia Clínica.

#### 6.3 DE LA TRANSFERENCIA INTERNA DE PACIENTES

##### Sala de Operaciones

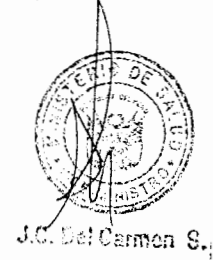
- El paciente ingresa a sala de operaciones, debidamente preparado por el personal de enfermería del área donde se decidió el acto (Sala de Reanimación, Tópico de Emergencia, Sala de Observación), portando la historia clínica en la cual se verificará el Formulario "Consentimiento Informado" debidamente firmado por el paciente o su representante legal de corresponder.
- En ausencia del representante legal o incapacidad del paciente, la autorización para realizar la intervención quirúrgica si esta es de alta prioridad, estará dada por una Junta Médica de Emergencia. (Ley General de Salud, Art. 4).
- 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 del equipo de guardia de cirugía. Ante la eventualidad de cirugías de emergencia simultáneas, se habilitarán salas de operaciones adicionales, teniendo siempre los pacientes de emergencia prioridad sobre los programados.
- El paciente que es derivado a Sala de Operaciones no deberá retornar al Servicio o área de Emergencia en la etapa Post-Operatoria, debiendo ser derivado a una área de hospitalización.



A.M. H. S.

## Servicios de Hospitalización

- El ingreso de un paciente del Servicio o área de Emergencia en otro servicio (Unidad de Cuidados Intensivos, Servicios de Hospitalización), se realiza previa coordinación de la enfermera del servicio de emergencia con la enfermera del servicio de destino, informándose sobre la situación del paciente y motivo de ingreso, debe adjuntarse su Historia Clínica, incluyendo la última atención en emergencia.
- El paciente será trasladado en compañía del médico tratante, además de la enfermera y camillero, de acuerdo a su estado de gravedad,
- Los pacientes hospitalizados no deben retornar al área de emergencia durante su permanencia en la institución.
- Los pacientes del servicio de emergencia tendrán prioridad para la hospitalización, pudiendo implementarse medidas de contingencia cuando la demanda excede la oferta del Servicio de Emergencia.



4

### 6.4 DEL ALTA

- Si el paciente está en condición de alta, debe quedar registrado en la Historia Clínica, 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.
- El Médico tratante explicará al paciente y/o familiar responsable los aspectos relacionados con su autocuidado y le entregará el Informe de Alta, indicaciones médicas y descanso médico correspondiente, si el caso lo amerita.
- Dentro de las 24 horas siguientes al Alta se debe devolver la Historia Clínica y placas radiográficas del paciente al área de Archivo correspondiente, debiendo registrar dicha acción en un cuaderno de cargos.
- Cuando el paciente requiera continuar la atención ambulatoria, se debe dar la orientación y documentación respectiva.
- 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, el pedido de retiro se debe comunicar a la autoridad competente, ante cuya presencia se procederá a informar al paciente y el Médico tratante debe registrar en la Historia Clínica del paciente el hecho. Antes del retiro voluntario, el paciente o su representante legal, firmará el documento correspondiente.

### Constancia de Atención

- La Constancia de Atención de ser requerida, es emitida por el médico tratante, en ella debe constar los nombres y apellidos del paciente, fecha y hora de atención, diagnóstico, firma y sello respectivo.
- La entrega de la Constancia de Atención se debe consignar en la Historia Clínica o en el Libro de Registro.

### Fallecimiento

- En caso de ocurrir un fallecimiento en el Servicio de Emergencia y de acuerdo a las causales establecidas en la normatividad legal vigente, se procederá a solicitar la necropsia de ley.
- Si existiera en la historia clínica del paciente información que explique que el fallecimiento es producto del proceso evolutivo de una enfermedad ya diagnosticada, procede extender el certificado de defunción por el médico de turno.



- Cuando en el archivo de historias clínicas no exista información del fallecido ésta sea insuficiente y, el fallecimiento es producto del proceso evolutivo de una enfermedad ya diagnosticada, el médico tratante, que pertenece o no a la Institución, puede apersonarse y extender el Certificado de Defunción, el mismo que será considerado válido en toda su extensión.
- En caso de muerte por acto de violencia, el Jefe de Guardia comunica a la Policía Nacional el hecho, y dispone para la necropsia de ley, según corresponda. En estos casos, el certificado de Defunción lo emite la institución donde se realiza la necropsia.



#### 6.5 DE LA REFERENCIA

- La referencia del paciente en situación de emergencia a otro centro asistencial se realiza de acuerdo a criterios de oportunidad y capacidad resolutoria para la atención del paciente en el centro de destino.
  - Previo al traslado del paciente, 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.
  - Determinada y coordinada la referencia, el paciente será trasladado por el personal de salud designado, de ser el caso irá acompañado del Médico tratante, o por quien éste designe, de acuerdo a la gravedad del paciente. El medio de transporte debe contar con las condiciones mínimas de recursos que permita garantizar al paciente una adecuada atención durante su traslado.
- El paciente referido debe ir con la documentación necesaria que incluye: el formato de referencia conforme a la Norma técnica de referencia y contrarreferencia, así como los resultados originales de exámenes auxiliares de laboratorio e imágenes. Toda la documentación será entregada al personal responsable del traslado del paciente.
- Una copia del formulario de Referencia se envía a la Unidad Funcional de Referencia del Centro Asistencial para las acciones correspondientes.



#### 6.6 DEL REPORTE Y DE LOS REGISTROS

- 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; el reporte debe realizarlo el Médico responsable de cada área al Médico que ingresa.
- Los Jefes de Servicio y los Médicos Jefes de guardia son responsables de elaborar los informes basados en datos estadísticos, perfiles epidemiológicos e indicadores, que reflejen la calidad de servicios médicos brindados. Estos deben ser remitidos a la instancia superior en los formatos y plazos establecidos.
- El responsable del área de Admisión, debe asegurarse que todos los pacientes que han sido atendidos, queden registrados.

#### 7. RESPONSABILIDADES

La Dirección General de Salud de las Personas a través de la Dirección de Servicios de Salud es la responsable del monitoreo y cumplimiento de la presente Norma Técnica de Salud a nivel sectorial y nacional.



Las Direcciones Regionales de Salud y las Direcciones de Salud, son responsables de la aplicación y monitoreo de la presente Norma Técnica de Salud dentro de ámbito regional que les corresponde.

Las Direcciones Generales y Gerencias General de las Redes de Salud y de los Establecimientos de Salud – según el caso - son las responsables de la implementación, aplicación y monitoreo a nivel local de la presente Norma Técnica de Salud.

9



MINISTERIO DE SALUD



MINISTERIO DE SALUD



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

A.M. Holgado S.



MINISTERIO DE SALUD

J.C. B. Carmen S.



MINISTERIO DE SALUD

F. Mazzotti S.

## ANEXO N° 1

### INDICADORES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

#### INDICADORES DE PROCESO



P. Mazzetti S.

1. Porcentaje de casos manejados de acuerdo a guías de práctica clínica para enfermedades prevalentes.

Estándar  $\geq 80 \%$

#### INDICADORES DE EFICIENCIA



J.C. Del Carmen S.

1. Razón de Emergencias por Consulta Médica.

Mide la relación que existe entre las atenciones de emergencia con respecto a las atenciones de consultas médicas.

Estándar: 1/10



A.M. Holgado S.

2. Tasa de Reingresos a emergencia dentro de las 48 Horas.

Estándar:  $< 1 \%$

#### INDICADORES DE CALIDAD

1. Promedio de tiempo de espera en el servicio de emergencia para ser atendido según casos de prioridad.

Permite evaluar la calidad y oportunidad del servicio que se brinda en el Servicio de Emergencia, a través de la cuantificación del tiempo desde la recepción hasta la atención del paciente.

Estándar:

Casos de Prioridad I : atención inmediata.

Casos de Prioridad II : períodos de menos o igual a 10 minutos.

Casos de Prioridad III : períodos de menos o igual a 20 minutos.

2. Porcentaje de Pacientes en Sala de Observación con Estancias mayores o iguales a 12 horas.

Permite evaluar el tiempo de permanencia del paciente en Sala de Observación de Emergencia.

Estándar: 0 % de pacientes con estancia mayor a 12 horas.

3. Porcentaje de Fallecidos en Emergencia

Estándar  $< 2 \%$  de los atendidos.

4. Porcentaje de usuarios que refieren estar satisfechos con la atención brindada por el servicio.

Estándar  $\geq 80\%$  de los atendidos

5. Porcentaje de trabajadores de emergencia que refieren estar satisfechos con el trabajo en el servicio.

Estándar  $\geq 80\%$  de los trabajadores de emergencia

9

7



ANEXO Nº 2  
 SERVICIO DE EMERGENCIA – EXÁMENES AUXILIARES E IMÁGENES

EXÁMENES AUXILIARES	CLASIFICACIÓN			
	II-1	II-2	III-1	III-2
<b>PATOLOGÍA CLÍNICA</b>				
Hemoglobina	X	X	X	X
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
Fibrinógeno			X	X
Reticulocitos		X	X	X
Grupo y Rh	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 Pirúvica- Fosfatasa alcalina		X	X	X
Deshidrogenasa Láctica			X	X
Dimero D		X	X	X
Creatino fosfoquinasa – Banda M		X	X	X
Troponina			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

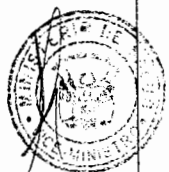
<b>IMÁGENES</b>				
Rayos X con equipo portátil	X	X	X	X
Ecocardiograma con Doppler.				X
Ecografía general		X	X	X
Tomografía Axial Computarizada			X	X
Resonancia Magnética				X
Doppler Transcraneano				X

<b>OTROS</b>				
Electroencefalografía			X	X
Electromiografía				X
Electrocardiografía	X	X	X	X


**ANEXO N° 3**  
**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>	Médico Internista (*) Cirujano General Pediatra Gineco-Obstetra Anestesiólogo. Traumatólogo	.Emergenciólogo (*) o Médico Internista Cirujano General Traumatólogo Pediatra Gineco-Obstetra Anestesiólogo  <b>Programación Reten:</b> Cardiólogo Otras especialidades de acuerdo a demanda.	Emergenciólogo (*) o Médico Internista Cirujano General Traumatólogo Anestesiólogo Neurocirujano Pediatra Gineco-Obstetra Cirujano de Tórax Cardiólogo  <b>Programación Reten:</b> Psiquiatra Urólogo Oftalmólogo Otorrinolaringólogo Cirujano Cabeza y Cuello Neurólogo. Nefrólogo
<b>Enfermera</b>	Enfermeras: en Tópico, en Unidad de Vigilancia Intensiva y en Sala de Observación. (**)	Enfermera: en Tópicos, en Shock Trauma y en Sala de Observación. (**)	Enfermera: en Tópicos, en Shock Trauma y en Sala de Observación. (**)
<b>Obstetiz</b>	Obstetiz en Tópico de atención obstétrica	Obstetiz en Tópico de atención obstétrica	Obstetiz en Tópico de atención obstétrica
<b>Técnico en Enfermería</b>	Técnico de Enfermería por Enfermero (***) Camillero.	Técnico de Enfermería por Enfermero (***) Camilleros.	Técnico de Enfermería por Enfermero (***) Camilleros.

- (\*) Médicos Asistentes de Planta del Servicio de Emergencia.  
Para sala de observación 1 médico por 6 a 10 pacientes, según nivel.
- (\*\*) 01 enfermero por cada 06 pacientes en sala de observación y 01 enfermero por cada 3 pacientes en Vigilancia Intensiva
- (\*\*\*) 01 - 02 técnicos de enfermería por cada enfermera en sala de observación de acuerdo al grado de dependencia de los pacientes



J.C. Del Carmen S.



M. Céspedes M.



A.M. Holgado S.



P. Mazzetti S.



**ANEXO Nº 4**  
**LISTA DE DAÑOS SEGÚN PRIORIDAD DE ATENCION**

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 polípnea, taquípnea, 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% de superficie corporal.
  - Caída o precipitación del altura.
  - 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 Cardiac  $< 50$  x min.
- Frecuencia Cardiac  $> 150$  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.

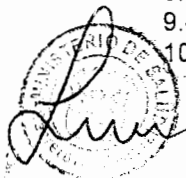
**PEDIÁTRICO**

**Lactante**

- Frecuencia Cardiac  $\leq 60$  x min.
- Frecuencia Cardiac  $\geq 200$  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).



J.C. Del Carmen S.



A.M. Holgado S.

9



D. Gópedes M.



P. Mazzetti S.

- 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%.

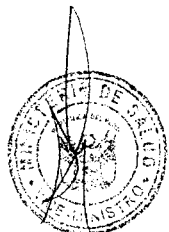
17.- Suicidio frustrado.

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.



J.C. Del Carmen S.,



A.M. Huguado S.

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 Tópico ó 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.



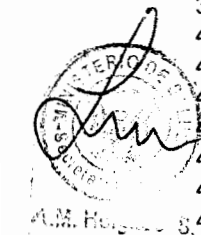
D. Gáspares II



P. Mazzetti S.

- 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.

J.C. Del Carmen S.



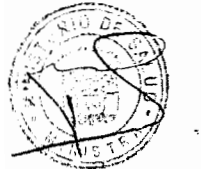
- 39.- Cuadro de demencia con conducta psicótica.
- 40.- Esguinces.
- 41.- Contusiones o traumatismos leves sin signos o síntomas de fractura o luxación.
- 42.- Enfermedad Inflamatoria de la pelvis.
- 43.- Coagulopatía.
- 44.- Flebitis o Tromboflebitis.
- 45.- Herpes Zoster ocular.
- 46.- Enfermedad 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 movimientos 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  $T^{\circ} \geq 38^{\circ} C$ .
- Niños menores de 2 años con  $T^{\circ} \geq 39^{\circ} C$ .
- 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 con sangrado activo que requiere sutura.
- Niños que han sufrido agresión física.

P. Mazzetti S.



- 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 ó Consultorio de Emergencia, teniendo prioridad la atención de casos I y II.



J.C. Del Carmen S.

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

2.- Herida que no requiere sutura.

3.- Intoxicación alimentaria.

4.- Trastornos de músculos y ligamentos.

5.- Otitis Media Aguda.

6.- Deshidratación hidroelectrolítica leve.

7.- Osteocondropatía aguda.

8.- Sinusitis aguda.

9.- Hiperémesis gravídica sin compromiso metabólico.

10.- Urticaria.

11.- Fiebre > de 39° sin síntomas asociados.

12.- Síndrome vertiginoso y trastorno vascular.

13.- Celulitis o absceso con fiebre.

14.- Funcionamiento defectuoso de colostomía, ureterostomía, talla vesical u otros similares.

15.- Lumbalgia aguda.

16.- Broncoespasmo leve.

17.- Hipertensión arterial leve no controlada.

18.- Signos y síntomas de depresión.

19.- Crisis de ansiedad o disociativas.

20.- Signos y síntomas de infección urinaria alta.

21.- Pacientes con neurosis de ansiedad.

22.- Pacientes sicóticos con reagudización de sus síntomas pero aún sin conducta psicótica.



A.M. Hidalgo S.

9

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.- Enfermedad 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.



P. Mazzetti S.

ANEXO N° 5  
LISTADO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS

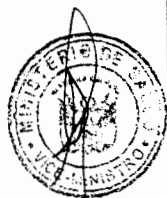
PRODUCTO	CLASIFICACION			
	II- 1	II- 2	III-1	III - 2
Analizador de Gases y Electrolitos Portátil			X	X
Aspirador de Secreciones Neonatal		X	X	X(5)
Aspirador de Secreciones Rodable		X	X	X
Bomba de Infusión un canal		X	X	X
Bomba de Infusión de Jeringa	X	X	X	X(5)
Camilla de Transporte	X	X	X	X
Cama Camilla - Tipo multipropósito	X	X	X	X
Capnógrafo más 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
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
Hemoglobinómetro	X	X	X	X
Laringoscopio adulto	X	X	X	X
Laringoscopio pediátrico – Neonatal	X	X	X	X
Maletín de Reanimación Cardio Pulmonar Portátil	X	X	X	X
Monitor de Transporte		X	X	X
Monitor de Funciones Vitales de 05 parámetros			X	X
Monitor de Funciones Vitales de 06 parámetros			X	X(1)
Monitor de Funciones Vitales Neonatal - 05 parámetros				X(5)
Monitor Esofágico de Gasto Cardíaco Continuo			X	X(1)
Monitor de Presión Intracraneal		X	X	X(2)
Pulso-oxímetro adulto	X	X	X	X(5)
Pulso-oxímetro pediátrico – neonatal		X	X	X(5)
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 NACIONAL DE CORAZON. – ESSALUD.  
 (2) = INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS.  
 (3) = INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO.  
 (4) = INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS.  
 (5) = INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL  
 INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGIA Y EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION  
 se ajustarán a su especialidad.

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

**ANEXO N° 6**  
**LISTADO DE MATERIAL FUNGIBLE**

PRODUCTO	
AEROCÁMARA	
AGUJA DE SUTURA QUIRÚRGICA CORTANTE	
AGUJA DE PUNCIÓN LUMBAR (ESPINAL)	
BOLSA COLECTORA DE ORINA	
RECIPIENTE DE DRENAJE TORÁXICO HORARIO	
BOLSA CALENTADORA DE FLUIDOS	
BOLSA DE REANIMACIÓN RESPIRATORIA DESCARTABLE	
CAMPANA DE OXÍGENO	
CAMPANA DE OXÍGENO PARA TRAQUEOSTOMÍA	
CÁNULA BINASAL DE OXÍGENO	
CÁNULA BINASAL PARA OXÍGENO Y CO2.	
CÁNULA DE TRAQUEOSTOMÍA	
CATETER ENDOVENOSO CENTRAL MULTILUMEN	
CATETER ENDOVENOSO CENTRAL PEDIÁTRICO	
CATETER ENDOVENOSO PERIFÉRICO	
CLORHEXIDINA ESPUMA CON DISPENSADOR	
COBERTOR PARA CALENTAMIENTO CORPORAL	
CONECTOR BÁSICO CIRCUITO CERRADO- LÍNEAS SANGUINEAS	
CONECTOR CIRCUITO CERRADO- LÍNEAS SANGUINEAS	
ELECTRODO DISCO DESCARTABLE	
EQUIPO MICROGOTERO CON CÁMARA GRADUADA	
FILTRO HUMEDIFICADOR PARA VENTILADOR MECÁNICO	
FILTRO ANTIBACTERIANO PARA VENTILADOR MECÁNICO	
FILTRO PARA SOLUCIONES ENDOVENOSAS	
GLUTARALDEHIDO	
INTERFASE PARA VENTILADOR NO INVASIVO	
JERINGA DE BULBO ASEPTO PARA IRRIGACIÓN	
LLAVE DOBLE VÍA DESCARTABLE	
LLAVE TRIPLE VÍA DESCARTABLE	
MASCARILLA ASÉPTICA	
MASCARILLA QUIRÚRGICA Y RESPIRADOR CONTRA PARTICULAS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD	
MÁSCARA NEBULIZADORA DESCARTABLE	
MÁSCARA DE OXÍGENO TIPO VENTURI	
MÁSCARILLA DE OXÍGENO CON RESERVORIO	
MÁSCARA LARÍNGEA - SET	
MÁSCARA LARÍNGEA - SET CON DISPOSITIVO GÁSTRICO	
PERÓXIDO DE HIDRÓGENO	
SET CALENTADOR DE FLUIDOS	
SET DE MEDICIÓN DE PRESIÓN VENOSA CENTRAL	
SET DE MONITOREO DE PRESION INTRACEREBRAL	
SONDA ESOFÁGICA DE MONITOREO HEMODINAMICO	
SONDA DE ASPIRACIÓN ENDOTRAQUEAL PUNTA ROMA C/DISPOSITIVO DE CONTROL DE FLUJO	
SONDA DE ASPIRACIÓN ENDOTRAQUEAL EN CIRCUITO CERRADO	



J.C. Del Carmen S.



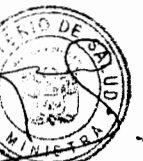
A.M. Rodríguez S.

9

M



M. P. P. S.

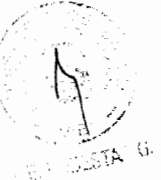


P. Mazzetti S.

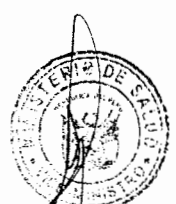
NTS N° -Minsa/DGSP V.01  
NORMA TÉCNICA DE SALUD DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA

9

PRODUCTO
SONDA DE DRENAJE TORÁXICO
SONDA FOLEY DOS VÍAS
SONDA NASOGÁSTRICA
TUBOS DE MAYO
TUBOS ENDOTRAQUEALES DESCARTABLE
VENDA ELÁSTICA
YODOPOVIDONA ESPUMA CON DISPENSADOR



A.M. Holgado S.



J.C. Del Carmen S.



P. Mazzetti S.

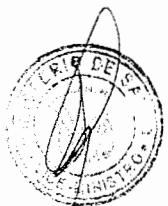
ANEXO N° 7

ATENCIÓN DE EMERGENCIA POR NIVELES SEGÚN PRIORIDADES

NIVEL DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	CATEGORÍA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	ATENCIÓN EN TÓPICOS SEGÚN PRIORIDAD	ATENCIÓN SEGÚN PRIORIDAD EN AMBIENTE DE OBSERVACIÓN	FEED BACK
Primer Nivel	I - 1 I - 2	Manejo inicial de prioridad I y II Manejo de prioridad III	Prioridad III	↑ ↓
	I - 3 I - 4	Manejo inicial de prioridad I y II y manejo de prioridad III		
Segundo Nivel	II - 1	Manejo inicial de Prioridad I, Manejo de prioridad II y prioridad III en caso acudan directamente	Prioridad II	
	II - 2	Manejo de prioridad I Manejo de prioridad II y prioridad III en caso acudan directamente	Prioridad I y II	
Tercer Nivel	III - 1 III - 2	Manejo de prioridad I y II	Prioridad I y II de mayor complejidad	



A.M. Holgado C.



J.C. Del Carmen S.



P. Mazzetti S.



## BIBLIOGRAFIA

- American College of Emergency Physicians. 1988.: "Prehospital Advanced Life Support skills, medications and equipment". Ann Emerg Med **Vol. 17**: 1109-1111.
- American College of Emergency Physicians. 1992. "Implementation of early defibrillation/Automated external defibrillation programs". Policy Statement. Dallas.
- American College of Emergency Physicians. 1994. "Guidelines on Emergency Medical Services Systems". Policy Statement. Dallas.
- Antón P, Peiró S, Aranaz JM, Calpena R, Compañ A. AdeQhos. 2002. "Un instrumento para la evaluación de la adecuación de la hospitalización en el pase de visita". Rev Calidad Asistencial **Vol. 17**:591-9.
- Aranaz JM, Vitaller J. 2002. "La calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria". Estudios para la Salud, nº 1. 2ª (Edición). Generalitat Valenciana. Valencia.
- Aranaz JM.1999. "La Calidad de los servicios sanitarios. Una propuesta general para los servicios clínicos". Rev Neurol (Barc) **Vol. 29**:1-5.
- Caminal J.2001. "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 **Vol. 16**:276-9.
- Carmona R, Rasumoff D. 1992 "Forensic aspects of tactical emergency medical support (TEMS)". The Tactical Edge Summer.
- Corral F, Ribacoba L, Barreña I, Pijoán JI, Garcia-Verdugo A, Gutiérrez G. 1999. "Adecuación en el área ambulatoria médica de un servicio de Urgencias hospitalario". Emergencias **Vol. 11**:105-13.
- Emergency Cardiac Care Committee and Subcommittee, 1992. AHA: "Ensuring effectiveness of community-wide emergency cardiac care". JAMA; **Vol. 268**: 2289-2295
- Federal Specifications - Ambulance KKK - A - 1822C.1990 "Emergency Medical Care Surface Vehicle" Washington, DC, DOT and GSA.
- Gea MT, Hernán M, Jiménez JM, Cabrera A. 2001."Opinión de los usuarios sobre la calidad del Servicio de Urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves". Rev Calidad Asistencial **Vol. 16**:37- 44.
- González del Yerro C, Puerta MD, Cabello L, Montes ML, Lorenzo S, López B et al. 2000. "Evaluación de la adecuación del ingreso y alta hospitalarios en un área de Urgencias". Rev Cal Asistencial **Vol.15**:15-23.
- Heiskell L, Carmona R. 1994. "Tactical emergency medical services: An emerging subspecialty of emergency medicine". Ann Emerg Med **Vol. 23**: 778-785.



J.C. Del Carmen S.



J.C. Del Carmen S.



J.C. Del Carmen S.



J.C. Del Carmen S.



J.C. Del Carmen S.

J.C. Del Carmen S.



D. Mazzetti S.

D. Mazzetti S.

- Lillibridge S, Burkle F, Noji E. 1994. "Disaster mitigation and humanitarian assistance training for uniformed service medical personnel". *Mil Med* Vol. **159**: 397-403.
- Lorenzo S, Mateos MA, Pombo N. 1998. "Medición de la satisfacción de los pacientes en los servicios de urgencias". *Rev Calidad Asistencial* Vol. **13**: 444-6.
- McArdle, Rasumoff, Kolman. 1992. "Integration of emergency medical services and special weapons and tactics teams: The emergence of the tactically trained medic". *Prehospital and Disaster Medicine* Vol. **7**: 285-288.



A.M. Velgado S.

Metcalf WR: State and Regional EMS Systems, in Roush WR (ed).1994. "Principles of EMS Systems" 2nd Ed., American College of Emergency Physicians, Dallas, pp 123-134.

- Mira JJ, Buil JA, Rodriguez J, Aranaz J. 1997. "¿Es posible mejorar la coordinación entre niveles asistenciales?". *Med Clí (Barc)*,109:439.

- Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Carbonell MA, Pérez-Jover V, Blaya I, García A, Aranaz JM<sup>a</sup>. 2001. "Qué es lo que más valoran y lo que más disgusta a los pacientes y acompañantes en Urgencias". *Rev Calidad Asistencial* Vol. **16**: 390-6.

- Ochoa J, Ramalle-Gómar E, Villar A, Ruiz JI, Bragado L, Gimeno C. 2000. "Visitas inapropiadas al servicio de urgencias de un hospital general". *Med Clin (Barc)* Vol. **115**:377-8.

- Ochoa-Gómez J, Villar A, Ramalle-Gomara E, Carpintero JM, Bragado L, Ruiz-Azpiazu JI.2002. "Adecuación de los ingresos hospitalarios urgentes". *An Med Interna* Vol. **19**:8-10.

- Ommaya AK, Simpson L, Walker E. More. 1998. " On assessing outcomes of emergency care". *Ann Emerg Med* Vol. **31**:301-3.

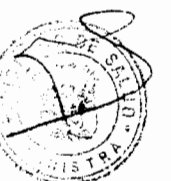
- Sempere T, Peiró S, Sendra P, Martínez C, López I. 1999. "Validez del protocolo de adecuación de urgencias Hospitalarias." *Rev Esp Salud Pública*, Vol. **73**:465-79.

- Shemer J, Heller O, Adler, et al. 1992. "Lessons from the Israel Defense Forces Medical Corps' experience in the organization of international medical disaster relief forces". *Prehospital and Disaster Medicine* Vol. **7**: 282-284.

- Stone CK, Benson NH: Specialty Transport, in Roush WR (ed). 1994. "Principles of EMS systems" 2nd Ed., ACEP, Dallas, pp 183-201.

- Tomás-Vecina S, Duaso E, Ferrer JM, Rodriguez , Porta R, Epelde F.2000. "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* Vol. **17**:229- 38

- Tovar M, Oliva JP, Díaz MA, Valero C, de Burgos E, Zapata M. 2000. "Asistencia por propia iniciativa a un Servicio de Urgencias". *Todo Hospital* Vol. **166**:267-73.



p. Mazzetti S.