



**SANTIAGO**, 06 de diciembre de 2022.

**REF.:** Supervisión de cumplimiento de sentencia. Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Nota CDH-10- 2016/260 del 02.06.2022.

**Señora**  
**Romina I. Sijniensky**  
**Secretaria Ejecutiva Adjunta**  
**Ilustrísima Corte Interamericana de Derechos Humanos**  
**San José-Costa Rica**

Excelentísima Señora Secretaria Adjunta:

Tengo el agrado de dirigirme a V.E. de conformidad con lo señalado en la Resolución de Supervisión de Cumplimiento de esta Honorable Corte con fecha 02 de junio de 2022, en relación con lo dispuesto en el punto resolutivo 5 que dispone que el Estado presente a la Corte Interamericana de Derechos Humanos, un informe sobre las reparaciones pendientes de cumplimiento, de conformidad con lo indicado en el punto resolutivo 3 de la presente resolución, el Estado viene a informar lo siguiente:



**c) Informar sobre los avances que se adopten en el Hospital Sótero del Río, en cuanto a infraestructura indispensable para brindar una atención adecuada, oportuna y de calidad (punto resolutivo 14 de la Sentencia)**

En cuanto a los avances relativos a infraestructura de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Sótero del Río, los protocolos vigentes de atención frente a urgencias médicas, y las acciones implementadas para la mejora en la atención médica de los pacientes en la UCI, particularmente de las personas mayores, se informa lo siguiente:



## **I. Infraestructura**

De acuerdo a lo informado mediante Oficio N° 428 de fecha 15 de septiembre de 2022 del Director del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río (CASR), la dotación de camas de la Unidad de Cuidados Intensivos es de 48 camas durante el año 2022, lo cual permite un mejor manejo de pacientes en riesgo vital, incluidos personas mayores.

Por otra parte, cabe mencionar lo siguiente en torno a la Unidad de Geriátrica del Hospital, creada mediante Resolución Exenta N° 724 de fecha 06 de mayo de 2019, del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río del Ministerio de Salud, la cual inició sus actividades en abril de 2020:

- Su objetivo general es el desarrollo de un sistema de atención hospitalaria centrado en la persona mayor, con énfasis en el respeto al paciente y con un enfoque biopsicosocial y comunitario. Para ello se cuenta con una organización tal que permite la continuidad de los cuidados, enfocada también en disminuir los días de estadía hospitalaria y, de esta forma, evitar la pérdida de funcionalidad de la persona mayor.
- Sus objetivos específicos son; disminuir tiempo de estadía hospitalaria; mantener, y si es posible, mejorar la funcionalidad de los pacientes durante la estadía hospitalaria; y sensibilizar a los equipos de salud sobre la importancia del abordaje multidisciplinario en las personas mayores, favoreciendo la eficiencia en el uso de recursos sanitarios y sociales.
- Cuenta con 12 camas en la Unidad Geriátrica Aguda, la cual recibe pacientes que requieren monitorización por patología aguda y/o pacientes en un estado de fragilidad.
- Además, cuenta con 8 camas básicas, donde se hospitalizan pacientes con patologías menos graves, que se encuentran en rehabilitación (por ejemplo, en contexto de un accidente cerebrovascular, fractura de cadera, post cirugía cardíaca, etc.), y en ocasiones para pacientes en fin de vida con el objeto de brindar bienestar y confort en el último periodo de vida.



- La Unidad de Geriátrica del CASR cuenta con un equipo de Médicos Generales, Médicos especialistas en Geriátrica, Kinesiólogos, Terapeutas Ocupacionales, Fonoaudiólogos, Enfermera(o)s Universitarios y Técnicos en Enfermería.

Finalmente, se informa que, hasta septiembre de 2022, la Unidad en comento ha dado cuenta de 1000 ingresos hospitalarios aproximadamente, con un promedio de 4 días de estadía para los casos de pacientes agudos, y 7 días de estadía en caso de pacientes de cama básica.

## **II. Protocolos urgencias médicas**

El protocolo vigente en la Unidad de Emergencia Adulto del CASR es de junio de 2019 y contempla el sistema de priorización de la demanda y los flujos de atención en dicha Unidad. Para su conocimiento se adjunta dicho protocolo y el documento "Criterios clínicos de ingreso-egreso Unidades de Paciente Crítico Adulto" de octubre de 2020.

Asimismo, se hace presente que en los protocolos y atención de pacientes en Unidades Críticas no se discrimina por la edad del paciente, considerando que se trata de personas que ingresan a dichas Unidades con riesgo vital, y que debe actuarse de conformidad a su estado de salud, sin excepciones.

## **III. Acciones implementadas para la mejora de atención médica en UCI**

Tanto en la Unidad de Paciente Crítico, como en distintas dependencias del CASR, se encuentran instalados distintos carteles informativos (de 60 x 45 cm), que dicen relación con los derechos y deberes de los pacientes, dentro de los cuales se incluye el siguiente "Toda persona mayor de 60 años y/o con discapacidad tendrá derecho a Atención Preferente". Asimismo, se cuenta con afiches específicos de Atención Preferente a personas mayores de 60 años y aquellas con discapacidad, informando que "La Atención Preferente implica un acceso diferenciado a prestaciones que incluyen consultas de salud, prescripción y dispensación de medicamentos y toma de exámenes y procedimientos médicos." Se adjuntan copia del informe elaborado por el Ministerio de Salud, el cual incluye fotografías de los carteles y afiches señalados en los párrafos precedentes.



**d) Implementar programas permanentes de educación en derechos humanos (punto resolutivo 13 de la Sentencia); y diseñar una publicación o cartilla que desarrolle los derechos humanos de las personas mayores en materia de salud (punto resolutivo 15 de la Sentencia)**

Para el cumplimiento de estos puntos de la sentencia, el Estado viene a informar que, el Ministerio de Salud ha dispuesto la creación de un grupo de trabajo para dar cumplimiento a la sentencia dictada por esta Ilustrísima Corte. De esta forma, el grupo estará integrado por representantes de los siguientes estamentos ministeriales:

- Departamento de Derechos Humanos y Género, perteneciente al Gabinete del Ministerio de Salud.
- Departamento Ciclo Vital de la División de Prevención y Control de Enfermedades, perteneciente a la Subsecretaría de Salud Pública.
- División de Atención Primaria, perteneciente a la Subsecretaría de Redes Asistenciales
- División de Gestión de la Red Asistencial, perteneciente a la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

El grupo de trabajo contará con la asesoría técnica de la Subsecretaría de Derechos Humanos, del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, para el adecuado cumplimiento de sus objetivos específicos. Asimismo, se informa que el Grupo podrá convocar a otros profesionales del Ministerio de Salud y/o expertos del intra y extra sector, cuya participación y colaboración se estime conveniente por su extensa experiencia en la materia.

Se hace presente que el grupo ya ha llevado a cabo su primera sesión, en la cual se estableció un cronograma de trabajo, sin perjuicio de que su oficialización se encuentra todavía pendiente.

**e) Adoptar las medidas necesarias, a fin de diseñar una política general de protección integral a las personas mayores (punto resolutivo 16 de la Sentencia).**



- *Proyecto de Ley Integral de Las Personas Mayores y de Promoción del Envejecimiento digno, activo y Saludable (Boletín 13822-07).*

En octubre del año 2020 se presentó al Congreso Nacional, a través de Mensaje, el proyecto de ley “para promover el envejecimiento positivo, el cuidado integral de las personas mayores, y el fortalecimiento de la institucionalidad del adulto mayor” (Boletín 13822-07).

Al respecto, con fecha 27 de mayo de 2022, el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, con el apoyo técnico del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), en conjunto con el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, el Ministerio Secretaría General de la Presidencia, Ministerio de Hacienda, Ministerio del Trabajo y Previsión Social, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación y Dirección de Presupuestos, presentó un conjunto de indicaciones, dentro del plazo especial, para adecuar dicho proyecto de ley a los estándares internacionales de derechos humanos de las personas mayores.

Las indicaciones presentadas en dicha oportunidad buscan generar un marco jurídico para las personas mayores, reconociendo su calidad de titulares de derechos específicos, así como los principios establecidos en los tratados internacionales ratificados por Chile, en particular la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores. Asimismo, se busca establecer el deber de promover y proteger el pleno goce y ejercicio de todos los derechos y libertades de las personas mayores.

Dentro de las indicaciones presentadas se incorporó el establecimiento de una Política Nacional de Envejecimiento (Artículo 15). Esta Política tendrá como principal propósito promover un envejecimiento digno, activo y saludable para toda la población y en especial, la protección de los derechos y libertades fundamentales de las personas mayores consagrados en esta ley y en los tratados internacionales de derechos humanos ratificados por Chile y que se encuentren vigentes. Asimismo, esta Política deberá contemplar una dimensión integral, enfoque territorial y de curso de vida, adoptando las medidas necesarias para que participen y contribuyan todos los ministerios e instituciones pertinentes.

Adicionalmente, con el fin de avanzar en el proceso de cumplimiento de la sentencia dictada en este caso, con fecha 11 de noviembre de 2022, Cancillería remitió al Ministerio de Desarrollo Social y Familia un análisis de la iniciativa legal antes citada,



con la finalidad de establecer la posibilidad de incorporar los estándares establecidos en este caso, en particular en materia de consentimiento informado y derecho a la salud de las personas mayores.

Con fecha 18 de noviembre del presente año, el Ministerio de Desarrollo Social y Familia informó que para evaluar la incorporación de algunas modificaciones al proyecto y hacer más explícito estos estándares, los asesores legislativos de dicho Ministerio y del SENAMA se encuentran coordinándose para determinar la posibilidad de incluir indicaciones en el segundo trámite constitucional del proyecto de ley.

El Estado informará a esa Ilustre Corte Interamericana los avances que se reporten en esta materia.



Complejo Asistencial  
Dr. Sótero del Río  
Asesoría Jurídica



000428 \*15.09.2022

OFICIO N°

**OBJ:** Informa sobre cumplimiento de medidas dispuestas por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en caso Poblete Vilches y otros vs. Chile.

**REF:** Ord. A/103 N° 2791 de 18/08/2022, del Subsecretario de Redes Asistenciales.

**DE:** MANUEL ORELLANA ROJAS  
DIRECTOR (S)  
COMPLEJO ASISTENCIAL DR. SÓTERO DEL RÍO

**A:** FERNANDO ARAOS DATTOLLI  
SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES

En relación con lo solicitado en su oficio de la referencia, cumpla con informar respecto del estado de avance de las medidas adoptadas en este Establecimiento respecto del cumplimiento de la sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en caso Vinicio Poblete Vilches.

**1.- Avances en infraestructura UCI:**

La dotación de camas de la Unidad de Cuidados Intensivos, es de 48 camas en este año 2022.

Actualmente, contamos con una red de oxígeno medicinal líquido para la Unidad de Paciente Crítico, gracias a la instalación de una estación criogénica cuyo suministro está a cargo de la empresa Indura S.A.

**2.- Los protocolos vigentes aplicables en la Unidad de Paciente Crítico son los siguientes:**

- Almacenamiento y conservación de medicamentos en servicios clínicos v.4
- Contención física en paciente con agitación psicomotora Prevención EA v.6
- Criterios de Indicación Médica de Transfusiones v.7
- Criterios de indicación, retiro, instalación y manejo del tubo endotraqueal v.10
- Criterios de Ingreso, Egreso y Derivación de Pacientes con Intento de Suicidio Unidad Psiquiatría v.2
- Criterios clínicos de Ingreso y Egreso UPC Adulto v.2
- Devolución de Fármacos desde servicios clínicos a Unidad de Farmacia v.2
- Entrega de Turno Centro de Responsabilidad del Adulto CASR v.0
- Formato de Prescripción de Medicamentos en el CASR. v.4
- Identificación de Pacientes v.7
- Manejo de Enfermería de pacientes adultos sometidos a Ventilación Mecánica v.5



- Manejo de Traqueostomía v.11
- Manejo Post Exposición laboral con sangre y fluidos corporales de alto riesgo en el personal v.10
- Manual de Toma de Muestra 2018 v.3
- Norma de Adquisición de medicamentos en el Arsenal Farmacológico CASR v.4
- Norma de Almacenamiento de Material Estéril v.6
- Norma de Prevención de Infecciones del Tracto Urinario Asociadas a Cateter Urinario Permanente v.10
- Notificación de Reacciones adversas y Farmacovigilancia v.3
- Plan de Evacuación Emergencia y Desastres del CASR v.5
- Prevención de caídas v.5
- Prevención de Errores de Medicación v.5
- Prevención de Infecciones del Torrente Sanguíneo relacionadas a Catéteres Vasculares v.3
- Prevención de Ulceras por Presión (UPP) v.7
- Procedimiento de Adquisición de insumos al arsenal del CASR v.2
- Procedimiento en caso de accidentes relacionados con medicamentos antineoplásicos v.3
- Programa de Capacitación CASR v.5
- Programa de Orientación en Calidad y Seguridad en la Atención v.2
- Programa de Orientación Técnicos Paramédicos UPC Adulto
- Protocolo Contención Física en agitación psicomotora Unidad de Psiquiatría v.3
- Protocolo preparación previa a la atención Kinésica respiratoria en Adulto v.6
- Protocolo Reanimación Cardiopulmonar del Adulto v.3
- Registros Clínicos v.6
- Requisitos en Solicitudes de Exámenes de Imagenología v.4
- Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención v.5
- Sistema y Proceso de Vigilancia Activa de las IAAS v.12
- Solicitud de Medicamentos desde Unidades Clínicas v.1
- Solicitud, Despacho, Almacenamiento, Devolución y Eliminación de insumos v.1

3.- Respecto de las mejoras en la atención de pacientes desde una perspectiva geriátrica, es pertinente destacar que mediante resolución exenta N° 724 de 06/05/2019, de este Director, fue creada la **Unidad de Geriatría**, dependiente del Centro de Responsabilidad del Adulto, integrada por médicos geriatras y un equipo multidisciplinario de Enfermeras, Kinesiólogos, Fonoaudiólogos, Terapeutas ocupacionales, Nutricionistas, Trabajadoras Sociales, Psicólogos y Químico Farmacéutico clínico.

Atentamente,



MANUEL ORELLANA ROJAS  
DIRECTOR (S)  
COMPLEJO ASISTENCIAL DR. SÓTERO DEL RÍO

DISTRIBUCION:

- Subsecretario de Redes Asistenciales
- Dirección del SSMSO
- Oficina de Partes

<b>CRITERIOS CLÍNICOS DE INGRESO-EGRESO UNIDADES DE PACIENTE CRÍTICO ADULTO</b>	Requerimiento	: GCL 1.5
	Código	: SDA/UPC/0087
	Revisión N°	: 02
	Vigencia	: Octubre 2020
	Página	: 1 de 16

## 1. PROPÓSITO

Estandarizar los criterios de ingreso y egreso hacia y desde la Unidad de Paciente Crítico Adulto, dado que constituye una decisión medica compleja, por tanto se deben establecer criterios para la solicitud del cupo en dicha unidad, basados en elementos de juicio concretos, permite un mejor resultado en la recuperabilidad y rehabilitación de ellos como también un mejor aprovechamiento de los recursos humanos, tecnológicos y financieros.

## 2. CAMPO DE APLICACIÓN

A todo paciente critico que requiera ingreso y egreso hacia y desde la Unidad de Paciente Critico Adulto (UCI / UTI / UCO)

## 3. RESPONSABLES

Jefe UPC: Supervisar el cumplimiento del protocolo

Jefe Técnico UPC: Evaluar cumplimiento de criterios de ingreso a UCI

Médicos Residentes UPC: Ingresar y egresar pacientes de acuerdo a criterios del protocolo.




## 4. TERMINOLOGÍA

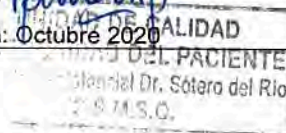
### Abreviatura

- **UPC:** Unidad de Paciente Crítico
- **UCI :** Unidad de Cuidado Intensivo
- **UTI :** Unidad de Tratamiento Intermedio
- **UCO:** Unidad Coronaria
- **Residente UPC:** Médico con 22 hrs. o turno de 28 hrs. tanto de Unidad de Cuidado Intensivo, Intermedio o Unidad Coronaria

### Definiciones

- **UPC:** Es aquella estructura que reúne a la unidad de cuidados intensivos (UCI) y al Unidad de Tratamiento Intermedio (UTI) de un establecimiento. En consecuencia, si existen camas indiferenciadas, es decir , que según necesidad asistencial puede constituir una cama para paciente UCI o UTI, estas son de UPC, independiente de la planta física que se encuentre o la especialidad que estas cuenten, ejemplo Médicas, Quirúrgica, Neurológica o Neuroquirúrgico o Coronarias, así como si cuentan con diferentes Jefaturas

<p>Elaborado por: Dr. Jorge Godoy</p> <p>Cargo: Ex Jefe Unidad de Paciente Crítico</p> <p>Fecha: Diciembre 2009</p>	<p>Revisado por: Dra. Carolina Ruiz Balart Cargo: Medico Jefe UPC Adultos Firma: </p> <p>Revisado por: Dra. Patricia Barrera Beyrocal Cargo: Medico Jefe Unidad de Calidad Firma: </p> <p>Fecha: Octubre 2020</p>	<p>Aprobado por: Dr. Gonzalo Menchaca Cargo: Director CASR Firma: </p> <p>Fecha: Octubre 2020</p>
---	---	--





<b>CRITERIOS CLÍNICOS DE INGRESO-EGRESO UNIDADES DE PACIENTE CRÍTICO ADULTO</b>	Requerimiento	: GCL 1.5
	Código	: SDA/UPC/0087
	Revisión N °	: 02
	Vigencia	: Octubre 2020
	Página	: 2 de 16

## 5. ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO

### 5.1. INGRESO DE PACIENTES A UPC

- Para ingresar un paciente es requisito fundamental que sea previamente evaluado por el Jefe técnico de la UCI/UTI/UCO o el Médico residente de la Unidad, que deberá concurrir a evaluar el enfermo con la **mayor celeridad** dentro de lo posible, dejando consignado en la ficha la hora de concurrencia y la opinión si amerita o no traslado a U.P.C.,
- El Jefe de la UPC/UCO , Jefe Técnico de la UCI/UTI/UCO o el Médico residente de la Unidad están facultados para decidir el ingreso de un paciente a la unidad
- Las vías de ingreso a UPC pueden ser:
  - A través de la unidad de emergencia hospitalaria del establecimiento
  - Pacientes hospitalizado en otras unidades funcionales del establecimiento y que presenten un agravamiento en su enfermedad y requiera manejo en UPC
- Ante la presencia de disfunción o fallas hemodinamia, ventilatoria o multisistémica grave, el paciente deberá permanecer en uno de los reanimadores de la unidad de emergencia o en la unidad donde se encuentre hospitalizado, recibiendo las medidas de reanimación y soporte vital necesarias para garantizar su estabilidad hasta que sea evaluado por el residente de la UPC, según corresponda, y exista una definición de la conducta a seguir o en su defecto hasta gestionar un cupo disponible dentro de la unidad.
- De no existir disponibilidad de camas en UPC en la institución o en su red, se gestionará la búsqueda de camas a través de la unidad de gestión de camas (UGCC) del MINSAL, por intermedio de la gestora de cama de la institución en conjunto con conformidad de la jefatura de la UPC
- En caso de rechazo de ingreso a UPC, quedará consignado en la ficha clínica del paciente el motivo o causa junto a la firma y nombre completo del Médico que hay evaluado de forma presencial al paciente

#### 5.1.1 Solicitud de ingreso a UPC: debe realizarse personalmente o por teléfono

- Solicitud debe ser realizado por el Médico residente del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río: médico general, internista, cirujano, neurocirujano, cardiocirujano, cardiólogo u otro especialista según corresponda el caso, que enfrente un paciente que cumpla con criterios de ingreso y que se encuentre en cualquier dependencia del Hospital
- Para solicitar el traslado se deberá llamar o asistir a la unidad de UPC/UCO .La solicitud se realizará a cama de UTI, UCI o UCO de acuerdo a los parámetros establecidos en este protocolo
- Cirujano que intervendrá paciente electivo y que tenga criterio de ingreso a U.P.C. Deberá solicitar el ingreso el día previo señalándolo en la tabla operatoria. La secretaria de Pabellón enviará aproximadamente a las 14:00 hrs. la tabla del día siguiente. Frente a la no existencia de cama en UPC para el post operatorio debe gestionarse una solución en trabajo en equipo con Unidad de Gestión de Camas , Jefaturas de UPC correspondientes
- Cardiocirujano solicita cama el día previo a la cirugía al Jefe UCO o quien subrogue.
- Anestesiista. Cuando por algún evento médico-quirúrgico este estime que el paciente requiere de U.P.C. deberá comunicarse con el Residente de la Unidad a la cual correspondería trasladar al paciente (UCI. Intermedio. UCO)
- **Situaciones especiales:** podrá solicitarse cama a pacientes fuera del grupo atareo del adulto **si hay alguna condición clínica que así lo amerite.**

<b>CRITERIOS CLÍNICOS DE INGRESO-EGRESO UNIDADES DE PACIENTE CRÍTICO ADULTO</b>	Requerimiento	: GCL 1.5
	Código	: SDA/UPC/0087
	Revisión N°	: 02
	Vigencia	: Octubre 2020
	Página	: 3 de 16

## 5.2 CRITERIOS DE INGRESOS A UCI

Se consideran pacientes candidatos a ingresar a UCI, aquellos que cumplan con las condiciones que se señalan para definir al paciente crítico

### A) CRITERIO POR PRIORIDAD

- **PRIORIDAD 1:** Incluye pacientes críticos inestables, con disfunción de uno o más sistemas **POTENCIALMENTE RECUPERABLES**, que necesitan tratamiento intensivo (ventilación mecánica, monitorización hemodinámica invasiva, hemodiálisis veno-venosa continua, infusión continua de drogas vasoactivas, ECMO u otras medidas invasivas de soporte hemodinámico o respiratorio) y pacientes que serán potenciales donantes de órganos
- **PRIORIDAD 2:** Incluye pacientes con una enfermedad crónica que presentan una complicación aguda o severa reversible, y que se benefician con los procedimientos practicados en la UCI
- **PRIORIDAD 3:** Incluye pacientes que al momento de la admisión no se encuentran en situación crítica, pero que requieren de los sistemas de monitorización invasiva de una UCI (ejemplo los postoperatorios de cirugías de alta complejidad), y aquellos que se encuentran en riesgo de necesitar en el corto plazo tratamiento intensivo. De acuerdo a la estructura organizacional de las UPC, en que la UTI se encuentran adosadas a la UC, parte de estos pacientes pueden ser ingresados a ella
- **PRIORIDAD 4:** Según las características de la planta física de cada institución, considera a pacientes con criterios de ingreso a UTI pero que necesitan de precauciones específicas que solo puedan ser provistas en la UCI.

## 5.3 CRITERIO DE INGRESO POR MODELO POR DIAGNOSTICO

En este se plantean los diagnósticos o condiciones de traslado a Unidades de Paciente Crítico.

- Paciente Crítico Médico
- Paciente Crítico Quirúrgico
- Paciente Crítico Obstétrico

### 5.3.1 PACIENTE CRÍTICO MÉDICO

#### A.- SISTEMA CARDIOVASCULAR

##### I.- ANGINA INESTABLE

- a) Estable Hemodinámicamente:  
**Primera alternativa:** Unidad Coronaria  
**Segunda alternativa:** Intermedio UPC
- b) Con Congestión pulmonar, Inestabilidad hemodinámica o Arritmias  
**Primera alternativa:** Unidad Coronaria  
**Segunda alternativa:** UCI

<b>CRITERIOS CLÍNICOS DE INGRESO-EGRESO UNIDADES DE PACIENTE CRÍTICO ADULTO</b>	Requerimiento	: GCL 1.5
	Código	: SDA/UPC/0087
	Revisión N°	: 02
	Vigencia	: Octubre 2020
	Página	: 4 de 16

## II.- INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

- a) Killip I – II  
**Primera alternativa:** UCO  
**Segunda alternativa:** Intermedio
- b) Killip III – IV  
**Primera alternativa:** UCO  
**Segunda alternativa:** Intensivo

## III.- TRASTORNOS DE CONDUCCION

Bloqueo auriculo ventricular de alto grado sintomático:

- a) **Inestable** (Shock cardiogénico y/o compromiso de conciencia.)  
De acuerdo a condición clínica y tiempo de traslado a unidad definitiva, se deberá considerar Marcapasos transcutáneo de urgencia. Instalación de Marcapaso transvenoso transitorio en Servicio de Urgencia por residente de Unidad Coronaria  
**Primera alternativa:** UCO  
**Segunda alternativa:** Intermedio
- b) **Estable** (hemodinamia estable y sin evidencia de hipoperfusión )  
Se instalará la sonda de Marcapaso transvenoso transitorio en la Unidad de Ingreso  
**Primera alternativa:** UCO  
**Segunda alternativa:** Intermedio

## IV.- ARRITMIAS COMPLEJAS QUE NECESITAN MONITORIZACION E INTERVENCION

- Fibrilación Ventricular recuperada.
- Taquicardia ventricular monomorfa sostenida
- Taquicardia ventricular polimorfa (Torsión de las puntas)
- Fibrilación Auricular o Flutter auricular de alta frecuencia que se acompañen de congestión pulmonar y/o compromiso hemodinámico.

**Primera alternativa:** Unidad Coronaria

**Segunda alternativa:** Unidad Intermedio o U.C.I. de acuerdo a la necesidad de ventilación mecánica y grado de compromiso hemodinámico.

## V.- TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

- a) Con Insuficiencia Respiratoria aguda grave que requiera ventilación mecánica invasiva y/o inestabilidad hemodinámica (con necesidad inmediata de trombolisis sistémica)  
**Primera alternativa:** UCI  
**Segunda alternativa:** UCO
- b) Con Insuficiencia Respiratoria aguda leve a moderada y sin compromiso hemodinámico(sin necesidad inmediata de trombolisis sistémica)  
**Primera alternativa:** Intermedio  
**Segunda alternativa:** UCO

## VI.- DISECCION AORTICA

- a) Disección Aórtica Tipo A  
Tratamiento quirúrgico con necesidad de cirugía de reemplazo de aorta ascendente de emergencia.  
**Primera alternativa:** UCO  
**Segunda alternativa:** UCI

<b>CRITERIOS CLÍNICOS DE INGRESO-EGRESO UNIDADES DE PACIENTE CRÍTICO ADULTO</b>	Requerimiento	: GCL 1.5
	Código	: SDA/UPC/0087
	Revisión N °	: 02
	Vigencia	: Octubre 2020
	Página	: 5 de 16

- b) Disección Aórtica Tipo B  
Tratamiento médico inicial, si hay complicación, conducta quirúrgica  
**Primera alternativa:** Intermedio UPC  
**Segunda alternativa:** UCO

#### VII.- TAPONAMIENTO CARDIACO

- a) Causa traumática  
**Primera alternativa:** UCI
- b) Causa Médica  
**Primera alternativa:** UCO  
**Segunda alternativa:** Intermedio

#### VIII.- SHOCK

- CARDIOGENICO:  
**Primera alternativa:** UCO
- DISTRIBUTIVO-SEPTICO-HIPOVOLEMICO:  
**Primera alternativa:** UCI

#### IX.- INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA

- a) Con insuficiencia respiratoria o compromiso hemodinámico:  
**Primera alternativa:** UCO  
**Segunda alternativa:** UCI
- b) Sin insuficiencia respiratoria ni compromiso hemodinámico:  
**Primera alternativa:** UCO  
**Segunda alternativa:** Intermedio UPC
- c) Con Insuficiencia respiratoria que requiera Ventilación Mecánica o alta probabilidad de caer en ella.  
**Primera alternativa:** Unidad Intensivo UPC

#### X.- EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS

La unidad de ingreso dependerá del daño en órgano blanco y la necesidad de ventilación invasiva.

- a) Encefalopatía hipertensiva, Accidente cerebro vascular, Hemorragia intracerebral o subaracnoidea.
- b) Síndromes hipertensivos asociados al embarazo (Eclampsia)
- c) Insuficiencia renal aguda o crónica reagudizada  
En estos 3 casos se considera como **Primera alternativa:** UCI
- d) Infarto al miocardio, isquemia miocárdica o edema agudo del pulmón  
**Primera alternativa:** UCO  
**Segunda alternativa:** Intensivo

#### XI.- PARO CARDIO-RESPIRATORIO RECUPERADO

Definir pronóstico vital y neurológico inmediatamente después de recuperado. Si el pronóstico es aceptable o no se puede definir, deberá trasladarse a Unidad que corresponde según el diagnóstico probable.

Considerar hipotermia sistémica a la brevedad posible, según las características clínicas del paciente y el ritmo del paro cardiorespiratorio.

Considerar estudio coronariográfico cuando corresponda.

**Primera alternativa:** Intensivo



<b>CRITERIOS CLÍNICOS DE INGRESO-EGRESO UNIDADES DE PACIENTE CRÍTICO ADULTO</b>	Requerimiento	: GCL 1.5
	Código	: SDA/UPC/0087
	Revisión N °	: 02
	Vigencia	: Octubre 2020
	Página	: 6 de 16

**Segunda alternativa:** Unidad Coronaria (en caso paro Cardio-respiratorio durante la evolución de un infarto agudo al miocardio o por arritmias ventriculares complejas)

## **XII. SINCOPE**

De alto riesgo, sugerente de etiología cardiogénica, se debe mantener monitorizada hasta descartar factor etiológico y definir conducta definitiva.

**Primera alternativa:** UCO

**Segunda alternativa:** Intermedio

## **B.- SISTEMA BRONCOPULMONAR**

### **I.- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA**

- Falla Respiratoria aguda o crónica reagudizada que requieran de Ventilación Mecánica Invasiva. **Primera alternativa:** UCI
- Falla Respiratoria crónica que requiera ventilación mecánica no invasiva  
**Primera alternativa:** Intermedio
- Insuficiencia respiratoria aguda que requiere fracción inspirada de O<sub>2</sub> mayor de 50% o que presenta un deterioro progresivo de la insuficiencia respiratoria. **Primera alternativa:** Intensivo

### **II.- HEMOPTISIS MASIVA**

**Primera alternativa:** Intensivo

**Segunda alternativa:** Intermedio, si el paciente está estable y/o no requiere ventilación mecánica.

### **III.- STATUS ASMÁTICO: Primera alternativa:** Intensivo

### **IV.- CUIDADOS DE ENFERMERIA DE TIPO RESPIRATORIO, No disponible en sala común, Primera alternativa:** Intermedio UPC

## **C.- SISTEMA NEUROLOGICO Y NEUROQUIRURGICO**

### **I.- TEC**

- o TEC GRAVE: Glasgow 3 - 8

**Ingreso** a Unidad de Cuidado Intensivo

Puede ser de manejo quirúrgico o exclusivamente médico. Puede necesitar monitoreo de PIC, de saturación yugular o de presión tisular de oxígeno.

**Ingresará todo paciente que sea potencialmente donante independiente de su pronóstico**

- o TEC MODERADO: Glasgow 9 - 13

**Ingreso** a UPC: UCI o Intermedio de acuerdo a condición clínica

### **II.- HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA**

Toda HSA debe ingresar a UPC, de preferencia a **Ingresar** a UCI o de lo contrario a Intermedio si su condición lo permite

<b>CRITERIOS CLÍNICOS DE INGRESO-EGRESO UNIDADES DE PACIENTE CRÍTICO ADULTO</b>	Requerimiento	: GCL 1.5
	Código	: SDA/UPC/0087
	Revisión N°	: 02
	Vigencia	: Octubre 2020
	Página	: 7 de 16

### III.- TUMORES

- POST OP. DE CIRUGIA TRANSESEFENOIDAL
- Periodo crítico 48-72 horas, fundamentalmente por alteraciones hidroelectrolíticas
- Debe ingresar a la UPC
- **Primera alternativa:** Unidad Intermedio
- **Segunda alternativa:** Unidad Intensivo
  
- POST OP. CIRUGIA FOSA POSTERIOR: **Primera alternativa:** Unidad Intensivo
  
- POST OP. CIRUGIA TUMORAL SUPRATENTORIAL
- Habitualmente no requiere Ventilación Mecánica: **Ingresar** a UPC: UCI o Intermedio de acuerdo a características del tumor y tipo de cirugía
  
- POST OP. TUMORES RAQUIMEDULARES
  - Nivel Cervical, requieren ventilación mecánica: **Ingresar** Unidad Intensivo
  - Nivel Dorso Lumbar: Unidad Intermedio

Los pacientes de Neurocirugía electiva idealmente trasladar en el preoperatorio si existe disponibilidad de camas.

### IV.- ANEURISMA O MALFORMACION ARTERIOVENOSA NO ROTA

- Cirugía abierta (habitualmente requieren VMI menos de 12 horas): **Ingresar** Intensivo
- Procedimiento endovascular: **Ingresar** Intermedio

Como se señala más arriba, las cirugías electivas idealmente deben ingresar en el preoperatorio si existe disponibilidad de camas.

### V.- HIDROCEFALIA

- Hidrocefalia aguda: **Ingresar a** Intensivo
- Hidrocefalia crónica: **Ingresar** a Intermedio (por ejemplo, hidrocéfalo normotensivo)

### VI.- TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR

- **Cervical**  
Compromiso respiratorio, requiere de Ventilación Mecánica  
**Ingresar** a Intensivo
- **Dorso Lumbar**  
Habitualmente se asocia a trauma toracoabdominal  
**Ingresar a UPC:** Intermedio o Intensivo de acuerdo a condición del paciente

### VII.- COLECCIONES YUXTADURALES

- POST OPERATORIO HEMATOMA SUBDURAL CRONICO  
**Ingresar a UPC:** Intermedio habitualmente o a UCI de acuerdo a condiciones
- POST OPERATORIO HEMATOMA SUBDURAL AGUDO  
Se asocia a Traumatismo Craneoencefálico grave con complicación extra Sistema Nervioso Central como: Contusión Pulmonar, SDRA, Neumonía aspirativa.  
**Ingresar a UPC:** UCI habitualmente o Intermedio de acuerdo a condición
- POST OPERATORIO HEMATOMA EXTRADURAL  
Trauma de cráneo que llega grave, pero se recuperan rápidamente post cirugía.  
**Ingresar a UPC:** Intermedio o UCI según condición (si sale extubado podría ingresar a Intermedio)
- POST OPERATORIO FRACTURA DE CRANEO CON HUNDIMIENTO  
**Ingresar a UPC:** Intensivo o Intermedio de acuerdo a condición clínica



<b>CRITERIOS CLÍNICOS DE INGRESO-EGRESO UNIDADES DE PACIENTE CRÍTICO ADULTO</b>	Requerimiento	: GCL 1.5
	Código	: SDA/UPC/0087
	Revisión N °	: 02
	Vigencia	: Octubre 2020
	Página	: 8 de 16

### VIII.- ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO (AVE) ISQUEMICO O HEMORRAGICO

Considerar pronóstico, necesidad de ventilación mecánica, necesidad de intubación, riesgo de herniación, compromiso del sensorio.

- AVE hemorrágico
  - Requiere cirugía (drenaje hematoma, craniectomía descompresiva)  
**Ingresar a intensivo**
  - No requiere cirugía: **Ingresar a Intensivo o Intermedio** de acuerdo a condición.  
**Considerar UCI** en caso de AVE de fosa posterior por riesgo de complicación
- AVE isquémico
  - Requiere cirugía: **Ingresan a UCI**
  - No requiere cirugía:
    - Fuera de ventana para trombolisis: **Ingresan a UCI** o Intermedio según condición clínica. **Considerar UCI** en AVE isquémico de fosa posterior por riesgo de complicación.
    - Sala de neurología en infartos lacunares o de rama pequeña.
    - En ventana terapéutica:- trombolisis se inicia en Urgencia y **traslado a Intermedio**

▪ Trombectomía:  
**Ingresar** a UCI o Intermedio de acuerdo a condición  
No califican para terapias anteriores: UCI-Intermedio o sala de neurología. Ojo con AVE fosa posterior.

▪ Trombosis de Senos Venosos  
**Ingresar a UPC:** UCI o Intermedio dependiendo del compromiso de conciencia, convulsiones, extensión, necesidad de ventilación mecánica

### IX.- COMA METABÓLICO, TOXICO O ANOXICO

**Ingresar a UPC:** UCI o Intermedio dependiendo de necesidad de intubación, de ventilación Mecánica

### X.- MENINGITIS CON ALTERACION DEL SENSORIO

**Ingresar a UPC:** UCI o Intermedio dependiendo del compromiso respiratorio y necesidad de ventilación mecánica

### XI.- MENINGOENCEFALITIS

**Ingresar a UPC:** UCI o Intermedio dependiendo de necesidad de ventilación mecánica, riesgo de convulsiones o de status epiléptico.

### XII.- ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL O NEUROMUSCULARES CON DETERIORO NEUROLOGICO O DETERIORO DE FUNCION RESPIRATORIA

Miastenia Gravis - Guillain Barré

**Ingresar a UPC:** UCI o Intermedio según necesidad de ventilación mecánica, presencia de disautonomía

<b>CRITERIOS CLÍNICOS DE INGRESO-EGRESO UNIDADES DE PACIENTE CRÍTICO ADULTO</b>	Requerimiento	: GCL 1.5
	Código	: SDA/UPC/0087
	Revisión N °	: 02
	Vigencia	: Octubre 2020
	Página	: 9 de 16

### **XIII.- STATUS EPILEPTICO**

**Ingreso a UPC:** UCI o Intermedio dependiendo de necesidad de ventilación mecánica, riesgo de depresión respiratoria y compromiso hemodinámico por el uso de drogas que se usan en este cuadro, recuperación de conciencia interictal

### **XIV.- POTENCIAL MUERTE CEREBRAL MIENTRAS SE DEFINE SU CONDICION DE**

Ingresará a UCI **todo potencial donante** con el objetivo de dar el apoyo multisistémico necesario hasta el diagnóstico de muerte encefálica y definición de condición de donante

## **D. SISTEMA GASTROINTESTINAL**

### **1) HEMORRAGIA DIGESTIVA**

Ingreso a UPC: UCI o Intermedio de acuerdo al compromiso hemodinámico, asociación a cuadro coronario, tratamiento médico o quirúrgico.

### **2) PANCREATITIS GRAVE**

Ingreso a UPC: UCI o Intermedio de acuerdo a condición clínica

### **3) INSUFICIENCIA HEPATICA FULMINANTE**

Ingreso a UCI

## **E.- INTOXICACION MEDICAMENTOSA**

Ingreso a UPC: UCI o Intermedio según necesidad de ventilación mecánica, compromiso hemodinámico, arritmias, convulsiones, manejo de vía aérea etc.

## **F.- SISTEMA ENDOCRINO**

### **1) CETOACIDOSIS DIABETICA**

### **2) SINDROME HIPEROSMOLAR**

### **3) TORMENTA TIROIDEA O COMA MIXEDEMATOSO**

### **4) INSUFICIENCIA SUPRARENAL**

### **5) ALTERACIONES ELECTROLITICAS Y ACIDO BASE**

- Trastornos del sodio, potasio, calcio, fosforo, magnesio
- Alcalosis y acidosis de tipo respiratoria y metabólica

*Factores a considerar para su ingreso a UPC o manejo en sala:*

- Severidad de la alteración electrolítica
- Inestabilidad hemodinámica
- Compromiso del sensorio
- Trastornos ácido base muy severos
- Falla respiratoria y necesidad de ventilación mecánica
- Convulsiones
- Arritmias
- Debilidad muscular

<b>CRITERIOS CLÍNICOS DE INGRESO-EGRESO UNIDADES DE PACIENTE CRÍTICO ADULTO</b>	Requerimiento	: GCL 1.5
	Código	: SDA/UPC/0087
	Revisión N°	: 02
	Vigencia	: Octubre 2020
	Página	: 10 de 16

## **G.- SISTEMA NEFROUROLOGICO**

### **I.- INSUFICIENCIA RENAL AGUDA Y CRONICA**

El ingreso a UPC está dado fundamentalmente por las urgencias vitales propias de estas patologías, como son:

- ✓ Hiperpotasemia
- ✓ Hipervolemia (edema pulmonar agudo)
- ✓ Acidosis metabólica
- ✓ Pericarditis Urémica
- ✓ Encefalopatía Urémica

El enfrentamiento inicial en el Servicio de Urgencia será el manejo médico de la hiperpotasemia, de la acidosis metabólica y de la hipervolemia.

El traslado a UPC estará dado fundamentalmente por la indicación de **TERAPIA DIALITICA INMEDIATA**

Por ejemplo:

- ✓ Hiperpotasemia con oligoanuria y con ECG que muestre alteraciones propias de hiperpotasemia.
- ✓ Hipervolemia: La terapia dialítica estará indicada principalmente por oligoanuria sin respuesta a terapia diurética y que curse con falla respiratoria por edema pulmonar.
- ✓ Acidosis metabólica refractaria al uso de bicarbonato.
- ✓ Pericarditis urémica.
- ✓ Encefalopatía urémica

### **INGRESO A UCI**

- ✓ Pacientes que requieran ventilación mecánica o riesgo de caer en ella
- ✓ Pacientes con inestabilidad hemodinámica, ya sea de origen cardiogénico o de causa séptica, etc.
- ✓ Pacientes que tengan indicación de Hemodiálisis continua.

### **INGRESO A INTERMEDIO**

- ✓ Pacientes que requieran diálisis inmediata y que no tengan las situaciones expuestas anteriormente.
- ✓ Pacientes que si bien la diálisis puede diferirse por algunas horas presentan alteraciones ácido base, electrolítica o de volemia que ameriten un monitoreo estricto en espera del procedimiento dialítico.
- ✓ Pacientes con Insuficiencia renal obstructiva a los cuales se le efectúe un drenaje de vía urinaria es aconsejable traslado dado los trastornos electrolíticos y poliuria post desobstrucción que se observan en estos pacientes.
- ✓ En Unidad de Intermedio se puede efectuar Hemodiálisis convencional

<b>CRITERIOS CLÍNICOS DE INGRESO-EGRESO UNIDADES DE PACIENTE CRÍTICO ADULTO</b>	Requerimiento	: GCL 1.5
	Código	: SDA/UPC/0087
	Revisión N°	: 02
	Vigencia	: Octubre 2020
	Página	: 11 de 16

### 5.3.2. PACIENTE CRÍTICO QUIRÚRGICO

#### I. CRITERIOS DE INGRESO A LA UNIDAD DE INTENSIVO (UCI)

- El criterio de ingreso a Intermedio, UCI o Unidad Coronaria (UCO) dependerá de lesiones asociadas y estado hemodinámico o ventilatorio.
- Todo paciente que en periodo postoperatorio requiera de Ventilación Mecánica o tenga alta probabilidad de requerirla.
- En pacientes con cirugías electivas en la cual se sospeche que va a requerir de Ventilación Mecánica en el post-operatorio, se deberá coordinar el día previo, solicitando en la tabla operatoria el cupo, para que el Residente Coordinador de la Unidad correspondiente tome las medidas pertinentes.
- Previo al inicio de la cirugía se deberá confirmar el cupo en la Unidad.
- **Una vez que el paciente ingrese a Pabellón la cama reservada no debe ser utilizada por ningún otro paciente, sin excepción alguna.**
- Pacientes hemodinamicamente inestables que requieran de estabilización preoperatoria.
- Si el paciente ha ingresado por Servicio de Urgencia, el cirujano responsable de intervenir al paciente deberá solicitar la cama
- Aquellos pacientes en que por prolongación del acto quirúrgico requieran de Ventilación Mecánica profiláctica, se coordinará con el Residente de U.C.I. la solicitud de cupo

#### a. PATOLOGÍAS QUIRÚRGICAS CON CRITERIOS DE INGRESO A UCI

- TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO Y RAQUIMEDULAR (ver normas en sección médica)
- ACCIDENTES VASCULARES (ver normas en sección médica)
- TRAUMA TORACICO
  - Todas aquellas que ponen en peligro la vida en forma inmediata.
  - -Obstrucción de la vía aérea
  - -Neumotórax a tensión
  - -Neumotórax abierto (herida torácica con flujo absorbente de aire o herida aspirante de tórax)
  - -Hemotorax masivo, mayor 1500 cc/24 hrs.
  - -Tórax inestable
  - -Taponamiento cardiaco

En aquellas que pudieran presentar las siguientes complicaciones en 24 hrs: Contusión pulmonar con Insuficiencia Respiratoria; Contusión cardíaca; Ruptura aórtica; Hernia diafragmática traumática; Ruptura traqueobronquial o Ruptura esofágica
- TRAUMA ABDOMINAL
  - Aquellas producidas por mecanismos de alta energía:  
Caídas de altura, por armas de fuego, aquellas que por inestabilidad hemodinámica requirió cirugía de urgencia y que en el intraoperatorio se sospeche de complicación postoperatoria.
- LESIONES DEL TRACTO GENITOURINARIO: El criterio de ingreso a Intermedio o a U.C.I. dependerá de lesiones asociadas y estado hemodinámico o ventilatorio.
  - Trauma cerrado causado por mecanismos de desaceleración, con riesgo vital inminente.
  - Heridas penetrantes al retroperitoneo o a pelvis.

<b>CRITERIOS CLÍNICOS DE INGRESO-EGRESO UNIDADES DE PACIENTE CRÍTICO ADULTO</b>	Requerimiento	: GCL 1.5
	Código	: SDA/UPC/0087
	Revisión N°	: 02
	Vigencia	: Octubre 2020
	Página	: 12 de 16

- FRACTURAS PELVIANAS  
Aquellas altamente inestables con sospecha de lesión vascular mayor.
- CARDIOCIRUGIAS: Todo paciente sometido a cirugía cardiaca ingresará a la UPC:  
**Primera alternativa:** Unidad Coronaria  
**Segunda alternativa:** UCI de la UPC  
En caso de pacientes de alto riesgo quirúrgico, en los que se prevén requerimientos prolongados en ventilación mecánica invasiva o estadía prolongada en Intensivo serán ingresados a:  
**Primera alternativa:** UCI de la UPC (según disponibilidad)  
**Segunda alternativa:** Unidad Coronaria

## II. CRITERIOS DE INGRESO A LA UNIDAD DE INTERMEDIO

- Pacientes que en postoperatorio requieran de mayor vigilancia o monitorización del estado hemodinámico o ventilatorio.
- Aquellos pacientes que por algún evento médico-quirúrgico intraoperatorio requieran según criterio del Anestesiólogo tratante de manejo en la Unidad de Intermedio UPC.
  - Ej.: paciente que presentó reacción anafiláctica grave en el intraoperatorio.
- Aquellos pacientes hemodinámicamente estables con riesgo menor de complicación en el post operatorio, en que por manejo analgésico postoperatorio requieran de periodo de observación mayor, serán manejados en Recuperación Anestésica

### a. PATOLOGÍAS QUIRÚRGICAS CON CRITERIOS DE INGRESO A UTI

Algunos casos que justifican el **ingreso** al Intermedio son:

- CIRUGÍAS VASCULARES MAYORES
- BY PASS AORTO-BIFEMORAL
- CIRUGÍA CAROTÍDEA
- CIRUGÍA MAXILOFACIAL MAYOR
- CIRUGÍAS PULMONARES. EJ.: LOBECTOMÍAS
- CIRUGÍAS DIGESTIVAS
  - Gastrectomías ampliadas
  - Quistectomías hepáticas, cuñas hepáticas, resección de metástasis
  - Colectomías totales.
- UROLÓGICAS
  - Prostatectomías radicales
  - Nefrectomías complejas
- TRAUMATOLÓGICAS
  - Gran cirugía de columna
  - Recambio prótesis de cadera
  - Prótesis de rodilla
- POLITRAUMATIZADOS sin riesgo de complicaciones hemodinámicas, ni ventilatorias (ver anexo trauma).



<b>CRITERIOS CLÍNICOS DE INGRESO-EGRESO UNIDADES DE PACIENTE CRÍTICO ADULTO</b>	Requerimiento	: GCL 1.5
	Código	: SDA/UPC/0087
	Revisión N°	: 02
	Vigencia	: Octubre 2020
	Página	: 13 de 16

### 5.3.3 PACIENTE CRÍTICO OBSTÉTRICO

#### PATOLOGÍAS O CONDICIONES QUE AMERITAN INGRESO A UPC

- **SINDROME DE HELLP**  
Ingreso a UPC: UCI o Intermedio según cuadro clínico
- **ECLAMPSIA**  
Ingreso a UCI
- **EMBOLIA DE LÍQUIDO AMNIOTICO**  
Ingreso a UCI
- **HEMORRAGIA OBSTETRICA**  
Se trasladarán fundamentalmente pacientes con trastornos hemorrágicos.  
Ejemplo: CID.HELLP. Ingreso a Intermedio
- **HIGADO GRASO AGUDO DEL EMBARAZO**  
Ingreso a Intermedio
- **INFECCIONES OBSTETRICAS**  
Shock Séptico de origen obstétrico: Ingresos a UCI
- **ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES**  
Edema Pulmonar agudo de cualquier origen  
Cardiopatías preexistentes que se descompensen
  - ej. Estenosis Mitral, Cardiomiopatía peripartoIngreso a UCI: si el paciente requiere ventilación o si tiene shock cardiogénico  
Ingreso a Intermedio: si se excluyen las condiciones anteriores
- **TRAUMA ABDOMINAL**  
Ingreso UCI
- **PACIENTE CRÍTICO RECUPERADO**  
Ingreso a UCI o Unidad Coronaria si la causa es un Síndrome Coronario Agudo
- **OTRAS PATOLOGIAS COMO:**
  - Crisis asmática
  - Síndrome convulsivo
  - Emergencias Hipertensivas
  - Tromboembolismo Pulmonar
  - Etc.Remitirse a las Normas de Ingreso en la sección médica.

### 5.4 EGRESO DE LA UNIDAD DEL PACIENTE CRÍTICO.

#### A. Solicitud del traslado

El egreso de un paciente desde la Unidad de Cuidados Intensivos, Intermedio o UCO, debe evaluarse continuamente, para detectar la necesidad de traslado a una Unidad de menor complejidad.

<b>CRITERIOS CLÍNICOS DE INGRESO-EGRESO UNIDADES DE PACIENTE CRÍTICO ADULTO</b>	Requerimiento	: GCL 1.5
	Código	: SDA/UPC/0087
	Revisión N°	: 02
	Vigencia	: Octubre 2020
	Página	: 14 de 16

### **Mecanismos de solicitud de egreso**

- Solicitud de egreso desde UPC a Servicios Clínicos del Complejo y otros centros asistenciales se realizará a través de la coordinación de Gestión de camas con la comunicación entre los residentes o coordinadores.

## **B. CRITERIOS DE EGRESO INTERMEDIO**

B.1. Generales: Pacientes que superaron la condición que motivó su ingreso a la unidad.

B.2. Específicos: Deben cumplir por lo tanto los siguientes requisitos específicos:

- Estables hemodinámicamente.
- Estabilizados metabólicamente.
- Sin requerimiento de monitorización hemodinámica ni electrocardiográfica continúa.
- Sin necesidad de vigilancia respiratoria permanente o aspiración frecuente de secreciones.
- Sin requerimiento de cuidado intensivo de enfermería: por dolor, por agitación o compromiso de conciencia.

B.3. No es indicación de permanecer en Intermedio o de ingresar a esta Unidad en las siguientes circunstancias:

- El no ser autovalentes, necesitar nutrición enteral o parenteral no son razones por si solas para ingresar o permanecer en UTI.
- Tampoco es indicación de hospitalización o permanencia en UTI la necesidad de prevención o terapia de úlceras de decúbito.

## **C. CRITERIOS DE EGRESO UCI**

El egreso de un paciente desde la Unidad de Cuidados Intensivos, debe evaluarse continuamente, para detectar la necesidad de traslado a Cuidados Intermedios u otra Unidad de tratamiento progresivo.

De acuerdo a los criterios de ingreso por el **MODELO DE PRIORIDADES**, debemos seguir la siguiente pauta:

- Los pacientes ingresados en prioridad 1, serán egresados a otras unidades cuando ya no requieran de tratamiento intensivo por más tiempo o cuando la terapia haya fracasado, o el pronóstico a corto plazo sea limitado y sin posibilidades de recuperación o beneficio con la terapia intensiva.
- Pacientes con pronóstico reservado, que están estables hemodinámicamente, pero dependen de ventilación mecánica invasiva crónica, deben ser trasladados en lo posible a unidades que otorgan este tipo de ventilación y poder observar así su evolución.
- Los pacientes que ingresan con prioridad 2, egresarán cuando ya no se requiere de terapia intensiva, pudiendo salir antes si su condición se deterioró y ya no se beneficia con la terapia intensiva.
- El paciente que ha estado con ventilación mecánica y es extubado deberá permanecer aproximadamente 24 hrs. en la UCI, por la eventualidad de reintubación o por tener que reconectar a ventilador. Podrán haber situaciones clínicas excepcionales en la cual el paciente puede ser egresado antes de las 24 horas ante lo cual el médico deberá dejar registrado en la ficha clínica el criterio usado.
- Pacientes que ingresaron en prioridad 3, egresarán cuando la monitorización no determine tratamiento intensivo y la indicación de monitorización desaparezca.
- No podrán egresar pacientes con requerimiento de vasopresores para mantener la perfusión sistémica, pudiendo si salir con inótrupos a dosis bajas como Dobutamina 5 gamas/kg/min.

<b>CRITERIOS CLÍNICOS DE INGRESO-EGRESO UNIDADES DE PACIENTE CRÍTICO ADULTO</b>	Requerimiento	: GCL 1.5
	Código	: SDA/UPC/0087
	Revisión N°	: 02
	Vigencia	: Octubre 2020
	Página	: 15 de 16

- Casos de decisión compleja deberá ser visto por el Comité de Ética
- No egresaran pacientes, que cumplan criterios de permanencia en la unidad, con el fin de ingresar a otro paciente, aunque este último tenga indicación de uci.

**D. CRITERIOS DE EGRESO UCO:**

- Tiene que estar resuelta su condición cardiológica aguda
- Paciente con hemodinamia estable, sin requerimiento de drogas vasoactivas ni apoyo ventilatorio invasivo ni monitorización electrocardiográfica continua.

**5.5 TRASLADO DE PACIENTES**

El traslado o egreso fuera del recinto Hospitalario desde la UPC, UCI/UTI/UCO, deberá contar con la aprobación del Jefe de UPC /UCO, jefe técnico o residente de la unidad, que determinara los requerimiento de número y tipo de personal necesario o de ambulancia para este tipo de pacientes. Todo paciente critico debe concurrir debidamente monitorizado y con soporte ventilatorio invasivo o no invasivo de acuerdo a sus patología y gravedad.

Durante situaciones de emergencia sanitaria, o estados que afectan la salud pública del país (ejemplo: pandemia), el jefe de la Unidad de Emergencia adulto, Unidad Coronaria, Recuperación o el residente jefe de ese equipo durante horas no hábiles, estará autorizado excepcionalmente para solicitar traslado a Unidad Gestión de Camas sin esperar visación de residente de la Unidad de Paciente Critico cuando este, no se encuentre disponible

**5.6 SISTEMA DE REGISTRO EN FICHA CLINICA**

Tanto en ingreso como egresos se debe contar con registros mínimos en ficha clínica, con un orden jerárquico, consignando la evolución por problemas y planes, las decisiones deben ser fundamentadas debidamente, usando un lenguaje técnico y detallado, con datos de máxima exactitud, sin abreviaturas

**6. INDICADOR**

Nombre del indicador	Porcentaje de pacientes que cumplen con criterios de ingreso a UPC
Dimensión de la calidad	Oportunidad de atención prestada en UCI
Justificación	Necesario para el adecuado uso de los recursos, garantizando la oportunidad y calidad de atención recibida por parte de los pacientes.
Fórmula	$\frac{\text{Nº de paciente cumplen con criterios de ingreso UPC}}{\text{Total de pacientes ingresados evaluados}} \times 100$
Población	Se realizará muestreo estadístico
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Información de pautas de cotejo efectuadas a los pacientes UCI Estadística total derivada de las pautas cotejo.
Estándar( Umbral)	85%
Responsables	Médico Jefe UPC
Periodicidad	Semestral



<b>CRITERIOS CLÍNICOS DE INGRESO-EGRESO UNIDADES DE PACIENTE CRÍTICO ADULTO</b>	Requerimiento	: GCL 1.5
	Código	: SDA/UPC/0087
	Revisión N °	: 02
	Vigencia	: Octubre 2020
	Página	: 16 de 16

## 7. MODIFICACIONES DEL DOCUMENTO

COD	Fecha de vigencia	Fecha de vigencia anterior	Puntos a modificar	Descripción breve
SDA/UPC/0087	25/05/2015	Abril 2010		Se actualiza procedimiento Se agregan situaciones especiales Se reformula indicador
SDA/UPC/0087	Octubre 2020	25/05/2015	1. 2. 4. 5.1 5.2 5.5 5.6	Propósito Campo de aplicación separado Definiciones Se actualizan criterios de ingreso a UPC Se modifica Criterios de prioridad de ingreso. Se agrega traslado de pacientes desde UPC Se agrega Registro en ficha clínica



COMPLEJO ASISTENCIAL  
DR. SÓTERO DEL RÍO  
UNIDAD DE CALIDAD Y  
SEGURIDAD DEL PACIENTE



COMPLEJO ASISTENCIAL  
**DR. SÓTERO DEL RÍO**  
JUNTOS PARA UNA MEJOR SALUD

1015

001401 02.12.2020

**RESOLUCION EXENTA N°**

**VISTO:** Manual de Acreditación de Prestadores Institucionales del Ministerio de Salud, Memorandum N° 012 de fecha 30 de Enero de 2018 de Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río lo previsto en el Artículo 46 del Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud aprobado por Decreto Supremo N° 140 de 2004 de Salud; DFL N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763 y las Leyes 18.933 y 18.469, Resolución TRA N° 449/62/2019 del Servicio de Salud metropolitano Sur Oriente de 03 de Abril de 2019, dicto lo siguiente:

**CONSIDERANDO**

Estandarizar los criterios de ingreso y egreso hacia y desde la Unidad de Paciente Crítico Adulto, dado que constituye una decisión médica compleja, por tanto se deben establecer criterios para la solicitud del cupo en dicha unidad, basados en elementos de juicio concretos, permite un mejor resultado en la recuperabilidad y rehabilitación de ellos como también un mejor aprovechamiento de los recursos humanos, tecnológicos y financieros.

**RESOLUCIÓN**

1. **DEJESE SIN EFECTO**, Resolución Exenta N° 786 de fecha 08/06/2015, que tuvo por objeto aprobar protocolo denominado "CRITERIOS CLÍNICOS DE INGRESO-EGRESO UNIDADES DE PACIENTE CRÍTICO ADULTO".
2. **APRUÉBESE**, Protocolo denominado "CRITERIOS CLÍNICOS DE INGRESO-EGRESO UNIDADES DE PACIENTE CRÍTICO ADULTO", correspondiente a la revisión N°02, el que se transcribe a continuación:

3. **SEÑALESE**, que el protocolo “**CRITERIOS CLÍNICOS DE INGRESO-EGRESO UNIDADES DE PACIENTE CRÍTICO ADULTO**”, se encuentra publicado en página intranet del Complejo Asistencial Doctor Sotero del Río.

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE**



**DR. GONZALO MENCHACA OLIVARES**  
DIRECTOR  
COMPLEJO ASISTENCIAL DR. SOTERO DEL RÍO



**TRANSCRITA FIELMENTE**  
MINISTRO DE FE

**DR. GMO/PLB/PBB/MP**  
**DISTRIBUCION:**

- Dirección, Complejo Asistencial Dr. Sotero del Río
- Subdirección Médica CASR
- Unidad de Paciente crítico adulto
- Subdirección Administrativa CASR
- Centro de Responsabilidad del Adulto
- Centro de Responsabilidad de la Mujer
- Centro de Responsabilidad del Niño
- Centro de Responsabilidad de Atención Ambulatoria
- Centro de Responsabilidad de Pabellones
- Subdirección de Unidades de Apoyo
- Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente
- Unidad Asesoría Jurídica
- Oficina De Partes



<b>SISTEMA DE PRIORIZACIÓN DE LA DEMANDA Y FLUJOS DE ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTO DEL CASR</b>	Requerimiento	: AOC 1.2
	Código	: D/SDA/462
	Nº Revisión	: 00
	Fecha Vigencia	: 01 Junio 2019
	Página	: 1 de 15

### 1. PROPOSITO:

Establecer la prioridad de atención según gravedad en los usuarios que consultan en la Unidad de Emergencia Adulto del CASR, considerando necesidad y rapidez requerida, a través de un sistema de priorización estructurada ESI (Índice de Severidad de Emergencias) y definición de flujos de atención según nivel de categorización.

### 2. CAMPO DE APLICACIÓN:

Este sistema de categorización y definición de flujo de atención, será aplicado a todo usuario que solicite atención en la Unidad de Emergencia Adulto del CASR.

### 3. RESPONSABLES DE SU APLICACIÓN:

**Proveer Insumos para puesta en marcha y manutención de protocolo:** Dirección del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.

**Categorización de los pacientes y definición de flujo a seguir según categoría:** Enfermeras/os con certificación en ESI TRIAGE.

**Gestionar y garantizar la oportunidad de la atención medica de acuerdo a la categorización asignada:** Medico Jefe de turno o Subrogante en conjunto con Enfermero coordinador de turno.

**Monitorizar la demanda de atención:** Jefaturas Médicas y de Enfermería.

**Evaluación de la correcta aplicación del protocolo y capacitaciones:** Jefaturas y Comité de TRIAGE.

**Evaluación y seguimiento de los indicadores, entrega de informes y estadísticas (según se solicite):** Unidad de Informatica del CASR y Unidad de Gestión y Desarrollo.

### 4. TERMINOLOGÍA Y/O ABREVIATURAS:

**Categorización de pacientes:** Proceso que es aplicado a todo paciente que ingresa a la Unidad de Emergencia Adulto del CASR en el cual se determina la prioridad y rapidez de atención, clasificando al usuario en categorías definidas según gravedad.

**Prioridad de atención:** Determinada por el profesional de enfermería en relación a criterios de nivel alto de agudeza (C1 o C2) o según los recursos necesarios previstos para ayudar a determinar un nivel de triage (C3, C4 o C5).

**ESI: Índice de Severidad de Emergencias:** Es un sistema estandarizado de categorización basado en un algoritmo que consta de cinco niveles y con el que se determina la prioridad de atención de los usuarios que consultan en los Servicios de Urgencias, evaluando la agudeza de la enfermedad y los recursos necesarios en su atención.

**Selector de demanda:** Box ubicado al ingreso de la Unidad de Emergencia Adulto, en donde se evalúa al usuario y se categoriza según prioridad de atención. Además, como segunda parte del proceso, se controlará signos vitales según corresponda. Todas las funciones supervisadas por enfermero/a de selector de demanda y/o enfermera/o coordinador de flujos.

Elaborado por: Equipo Comité de TRIAGE Urgencia Adulto	Revisado por: Dr. Lázaro Calderón Ramírez Médico Jefe Unidad de Emergencia Adulto	Aprobado por: Dr. Gonzalo Menchaca Olivares Director CASR
Jefaturas Médicas y de Enfermería UEA	E.U. Ana Maria Molina Osorio Enfermera Supervisora (s) Emergencia Adulto	
Fecha: Junio 2019	Fecha: Junio 2019	Fecha: Agosto 2019







COMPLEJO ASISTENCIAL DR. SÓTERO DEL RÍO  
UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTO



**SISTEMA DE PRIORIZACIÓN DE LA DEMANDA Y  
FLUJOS DE ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE  
EMERGENCIA ADULTO DEL CASR**

Requerimiento	: AOC 1.2
Código	: D/SDA/462
Nº Revisión	: 00
Fecha Vigencia	: 01 Junio 2019
Página	: 2 de 15

**Categorización:** Sistema de clasificación de los pacientes atendidos en las Unidad de Emergencia Adulto según sistema ESI, que se basa en el análisis de la condición de ingreso del usuario y de la cantidad de recursos que se necesitan para su atención. Se categorizará al 100% de los usuarios que se inscriban en la unidad, en un sistema de 24 horas continuo y con personal exclusivo y capacitado para dicho sector, en 5 categorías que van de C1 a C5.

**DAU Electrónico:** Documento único de registro de la atención del usuario en las Unidades de Emergencia, el cuál es informatizado.

**Tiempos de respuesta para atención médica:** Tiempo que existe desde que el paciente es categorizado por enfermera(o) hasta la primera evaluación que realiza el médico.

**Flujos de atención:** Distintas vías de atención que seguirá el usuario en la Unidad de Emergencia Adulto según su nivel de categorización y área de atención.

## 5. ORIGEN DE LA DEMANDA:

1.- **Consulta espontánea:** el usuario presenta algún tipo de malestar y decide consultar en el Servicio de Urgencia.

2.- **Derivación desde atención primaria y otros centros:** son aquellos pacientes que consultaron en su SAR, SAPU, CESFAM o consulta en centro particular y por criterios médicos son derivados y/o trasladados al Servicio de Urgencia.

3.- **Derivación desde otros Hospitales:** Son aquellos pacientes derivados de otros Hospitales para evaluación por especialistas.

4.- **Derivación desde CDT CASR:** son aquellos pacientes cursando cuadro agudo que por criterio médico han sido derivados a la Unidad de Emergencia desde el CDT del CASR.

5.- **Consultas espontáneas trasladados por SAMU o Ambulancias particulares:** son aquellos pacientes que ingresan traídos por móviles desde un determinado sitio del suceso ya sea por accidentes o descompensaciones en domicilios.

## 6. ESCALA DE CATEGORIZACIÓN:

La Unidad de Emergencia Adulto utiliza un sistema de categorización estructurado llamado ESI (Índice de Severidad de Emergencias) que consta de cinco niveles con el que se determina prioridad de atención, evaluando la agudeza de la enfermedad y los recursos necesarios en su atención.

La escala de categorización otorga 5 niveles de priorización, los que se organizan de la siguiente manera:

**C1: Usuario grave con riesgo vital.** Requiere atención inmediata.

ESI describe a estos usuarios como aquellos que requieren atención y/o intervención inmediata para salvar su vida.



<b>SISTEMA DE PRIORIZACIÓN DE LA DEMANDA Y FLUJOS DE ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTO DEL CASR</b>	Requerimiento	: AOC 1.2
	Código	: D/SDA/462
	Nº Revisión	: 00
	Fecha Vigencia	: 01 Junio 2019
	Página	: 3 de 15

**C2: Situación de alto riesgo o de inestabilidad.**

Usuario que por su condición de inestabilidad o de alto riesgo, requiere atención priorizada. En esta categorización, según sistema ESI, se incluye a usuarios con alteración de conciencia, dolor intenso (EVA>7), o situación de alto riesgo.

**C3: Usuario complejo.**

Todo usuario que no se encuentra en una situación de riesgo que deba ser atendido precozmente y cuya complejidad de atención implique la aplicación de variados recursos físicos y humanos. ESI ubica en esta categoría a los usuarios que requieren 2 o más recursos.

**C4: Usuario sin riesgo vital.**

Usuario de complejidad baja, sin riesgo. ESI describe en esta categoría a usuarios que necesitan 1 solo recurso en su atención.

**C5: Usuario de menor complejidad.**

ESI describe en esta categoría a usuarios que no necesitan recursos en su atención.

Según recomendación MINSAL, usuarios en categorización C4 y C5, pueden consultar en APS y/o SAPU.

**6.1 DESCRIPCIÓN DE CATEGORÍAS CON TIEMPO DE RESPUESTA ESPERADA:**

Categoría ESI	Descripción	Tiempo de Respuesta
C1	Usuario grave con riesgo vital Requiere una evaluación e intervención inmediata para salvar la vida	Atención inmediata en sala de reanimación desde su admisión.
C2	Situación de alto riesgo o de inestabilidad	Atención dentro de los primeros 30 minutos desde su admisión.
C3	Usuario que requiere evaluación médica asistencialmente compleja por los recursos involucrados en su atención	Atención dentro de 90 minutos desde su admisión.
C4	Usuario sin riesgo vital Se estima un recurso en su atención	Atención dentro de 180 minutos desde su admisión.
C5	Usuario de menor complejidad, sin deterioro clínico No se destinan recursos ESI en su atención	Atención no urgente, se atiende según contingencia, su atención pudiera ser posterior a 5 horas desde su admisión.

**TIEMPOS DE RESPUESTA DE ATENCIÓN:** Los tiempos de respuesta de atención son estimados y pueden prolongarse según la demanda, congestión de la unidad por aumento de pacientes en espera de camas, desastre natural, consultas masivas por accidentes con múltiples víctimas u otra causa.



COMPLEJO ASISTENCIAL DR. SÓTERO DEL RÍO  
UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTO



**SISTEMA DE PRIORIZACIÓN DE LA DEMANDA Y  
FLUJOS DE ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE  
EMERGENCIA ADULTO DEL CASR**

Requerimiento	: AOC 1.2
Código	: D/SDA/462
Nº Revisión	: 00
Fecha Vigencia	: 01 Junio 2019
Página	: 4 de 15

**6.2 EJEMPLOS DE CATEGORIZACION DE PACIENTES SEGÚN ESI EN UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTO:**

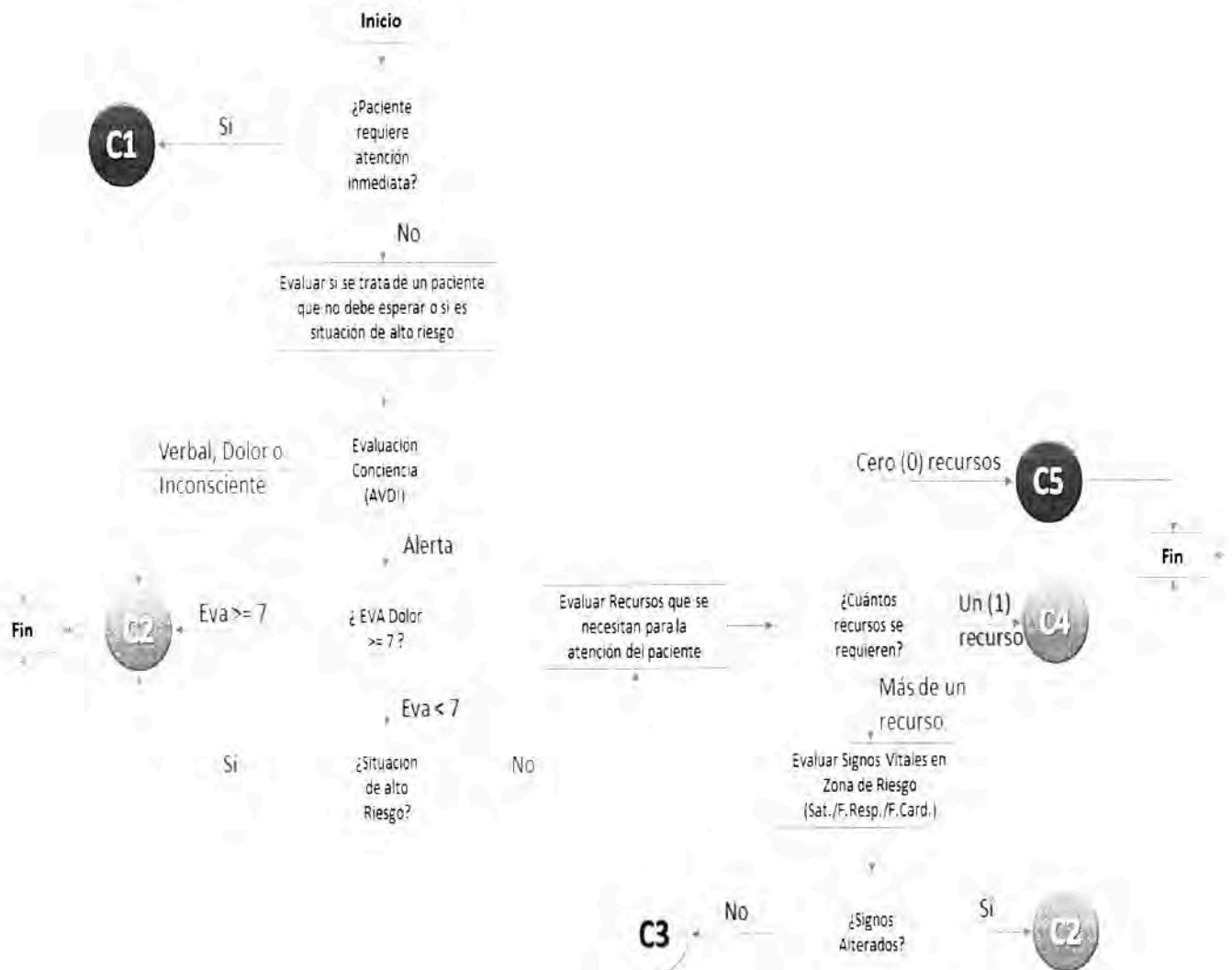
CATEG.	DESCRIPCIÓN	EJEMPLO
C1	Evaluación y manejo inmediato (sin tiempo de espera). Por su condición de riesgo vital y/o secuela permanente grave y necesidad imperiosa de realización de alguna maniobra clínica o tratamiento tiempo-dependiente, que mejore su pronóstico. Incluye a todo usuario que requiere una intervención inmediata para salvar su vida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PCR.</li> <li>- Paciente que no protege por sí mismo su vía aérea o que se encuentra gravemente lesionada.</li> <li>- Alteración severa de la ventilación.</li> <li>- Arritmia cardíaca inestable o sintomática.</li> <li>- Shock, independiente de su etiología .</li> <li>- Sangrado profuso activo de gran cuantía.</li> <li>- Hipoglucemia grave.</li> <li>- Politraumatizado.</li> <li>- Gran quemado.</li> <li>- Otros.</li> </ul>
C2	Usuario cursando con un cuadro clínico que requiere ser precozmente estabilizado. Usuario inestable, con situación de alto riesgo, que requiere atención priorizada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolor torácico de alto riesgo.</li> <li>- Sincope o antecedentes de sincope recuperado.</li> <li>- FC &gt;120 x min.</li> <li>- Quemaduras en cara, cuello, genitales.</li> <li>- Taquiarritmias con FC &gt;120 x min.</li> <li>- Compromiso de conciencia cuanti o cualitativo, paciente no alerta.</li> <li>- Dolor severo EVA&gt;7.</li> </ul>
C3	Usuario que en su atención requiere de intervenciones médicas, de enfermería, estudio de laboratorio, imagenología y/o procedimientos. 2 o más recursos ESI.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retención urinaria aguda.</li> <li>- Fracturas de hueso largo o cadera con un dolor leve o moderado (EVA&lt;7) y sin concomitantes de mayor riesgo.</li> <li>- Quemaduras y/o heridas que requieran curación avanzada de enfermería.</li> <li>- Usuario con estabilidad hemodinámica que requieran de estudio de laboratorio.</li> <li>- Usuario anémico sintomático sin compromiso hemodinámico que requieran transfusión.</li> <li>- Usuario que requiera de hidratación endovenosa.</li> <li>- Usuario que requiera evaluación no urgente de un interconsultor.</li> <li>- Alcoholemia.</li> <li>- Constatación de lesiones.</li> </ul>
C4	Usuario sin riesgo vital. Se estima un recurso en su atención. Usuario con signos vitales estables.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuadros gastrointestinales no complicados.</li> <li>- Cuadros respiratorios simples.</li> <li>- Amigdalitis (viral, bacteriano).</li> <li>- Infección del tracto urinario bajo.</li> <li>- Consulta dental.</li> <li>- Esquinces.</li> </ul>



<b>SISTEMA DE PRIORIZACIÓN DE LA DEMANDA Y FLUJOS DE ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTO DEL CASR</b>	Requerimiento	: AOC 1.2
	Código	: D/SDA/462
	Nº Revisión	: 00
	Fecha Vigencia	: 01 Junio 2019
	Página	: 5 de 15

<b>C5</b>	<p>Usuario de menor complejidad, sin deterioro clínico. No se destinan recursos ESI en su atención. Sin criterios de atención de urgencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado gripal.</li> <li>- Picadura de insecto y/o lesiones dermatológicas localizadas y simples.</li> <li>- Dolor de garganta sin síntomas respiratorios.</li> <li>- Dolor ocular.</li> <li>- Solicitud de IC para atención en CDT.</li> <li>- Otros.</li> </ul>
-----------	--	---

**7 FLUJOGRAMA DE CATEGORIZACIÓN SEGÚN PROTOCOLO ESI IMPLEMENTADO EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTO:**







<b>SISTEMA DE PRIORIZACIÓN DE LA DEMANDA Y FLUJOS DE ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTO DEL CASR</b>	Requerimiento	: AOC 1.2
	Código	: D/SDA/462
	Nº Revisión	: 00
	Fecha Vigencia	: 01 Junio 2019
	Página	: 6 de 15

## 8 SITUACIONES DE ALTO RIESGO:

Las situaciones de alto riesgo que serán definidas en el siguiente protocolo deberán clasificarse como C2.

Un usuario de alto riesgo es el que presenta una afección que podría deteriorarse fácilmente, refiere signos o síntomas que sugieren una alteración que requiere una intervención pronta por parte del personal de salud, de lo contrario existe la posibilidad de que en un lapso corto de tiempo se vea amenazada la vida, una extremidad o un órgano.

Existen otras situaciones de alto riesgo en las cuales no está inminentemente amenazada la vida del usuario, pero si existe riesgo de dañar a otras personas como al personal de salud.

### **Las situaciones de alto riesgo se definen a continuación:**

- Dolor torácico sugerente de isquemia miocárdica en personas mayores de 40 años.
- Dolor torácico sugerente de isquemia miocárdica en usuarios con antecedentes de enfermedades coronarias, usuarios de marcapasos, obesidad, consumo reciente de cocaína y que presenten algunas comorbilidades como HTA, DM II y tabaquismo.
- Sincope de alto riesgo.
- Dolor abdominal en zona epigástrica transfixiante de inicio súbito asociado a palidez y sudoración.
- Usuarios que presenten hematemesis/melena o rectorragia y al ingreso al servicio de urgencias, se encuentren pálidos y sudorosos y/o con sangrado activo.
- Trabajador sanitario con punción de alto riesgo en un tiempo menor a 3 horas.
- Usuarios que presenten signos y síntomas sugerentes de accidente cerebrovascular en un tiempo menor a 24 horas. Destacar que estos usuarios por protocolo local serán evaluados de manera inmediata por equipo de medicina y neurología para definir si son candidatos a terapia fibrinolítica.
- Todo usuario con antecedentes de inmunosupresión (quimioterapia, usuario de inmunosupresores, portadores de VIH, trasplantados) que presenten fiebre.
- Usuarios con alto riesgo suicida u homicida, violento y/o psicótico.
- Usuarios heridos a bala en los que se sospeche la posibilidad de presencia de líquido libre o daño a algún órgano, que no clasifiquen para C1.
- Usuarios agredidos con arma blanca u otro elemento que se sospeche la posibilidad de presentar Neumotórax o hemo neumotorax, que no clasifiquen para C1.
- Usuarios no considerados como grandes quemados, que presenten quemaduras de tercer grado o quemaduras en genitales, cara, manos articulaciones y con sospecha de compromiso de vía aérea que no sean C1.
- Usuarios con sospecha de hiperpotasemia que, en su segundo proceso de atención, en la toma de electrocardiograma, presenten alteraciones electrocardiográficas.
- Cefalea intensa de inicio súbito con signos de alarma.
- Usuarios conscientes con historia de convulsión reciente y/o que se encuentren post-ictal.



**SISTEMA DE PRIORIZACIÓN DE LA DEMANDA Y  
FLUJOS DE ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE  
EMERGENCIA ADULTO DEL CASR**

Requerimiento	: AOC 1.2
Código	: D/SDA/462
Nº Revisión	: 00
Fecha Vigencia	: 01 Junio 2019
Página	: 7 de 15

- Traumatismo ocular con compromiso de la visión.
- Usuarios que refieren pérdida repentina de la visión.
- Fracturas expuestas o luxación de alguna extremidad.
- Usuarios con sospecha de isquemia aguda en alguna extremidad.
- Usuarios con historia de TEC, con amnesia post traumática, historia de convulsión en el lugar etc.
- Cualquier situación no descrita, que el enfermero categorizador considere situación de alto riesgo y que pueda comprometer la condición del paciente mientras espera su atención.

**9 DEFINICIÓN DE RECURSOS UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTO:**

**Recursos:**

- Evaluación por especialistas (ejemplo: neurocirujano, cardiólogo, neurólogo, otorrino, etc.)
- Estudios imagenológicos (ejemplos: TAC, radiografías, RNM, Ecografías, etc.)
- Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos (ejem.: coronariografía, endoscopias, etc.)
- Terapia respiratoria (ejemplos: Oxigenoterapia, nebulización, requerimiento de KNT).
- Instalación de sondas y/o drenajes (ejemplos: S.Foley, SNG, proctoclasia, etc.)
- Instalación de ortesis y/o reducciones. (ejemplos: yeso, férulas etc.)
- Transfusión de sangre y/o hemoderivados.
- Exámenes de laboratorio y sedimento de orina.
- Necesidad de procedimiento odontológico.
- Electrocardiograma.
- Suturas complejas.
- Curaciones avanzadas y/o que requieran curación por profesional enfermero.
- Alcoholemia.
- Vacunas (antitetánica, antirrábica, etc.).
- Evaluación por unidad de hospitalización domiciliaria.

**10 TOMA DEL ELECTROCARDIOGRAMA EN LOS SIGUIENTES MOTIVOS DE CONSULTA:**

- Consumo reciente de cocaína u otras drogas.
- Intoxicación medicamentosa y/o sustancias desconocidas.
- Dolor torácico en usuario con antecedentes de enfermedades coronarias (ejemplos: enfermedades cardíacas congénitas, IAM reciente, historia de insuficiencia cardíaca).
- Usuarios con descarga de corriente eléctrica reciente.
- Palpitaciones con frecuencia cardíaca mayor a 120 por minuto.
- Usuarios mayores de 50 años con frecuencia cardíaca menor a 40 pulsaciones por minuto.
- Dolor torácico sugerente de origen coronario (opresivo, retroesternal, irradiado a mandíbula o brazo, palidez, sudoración, disnea etc.)
- Dolor en zona epigástrica en usuarios con factores de riesgo (HTA, DM, fumador, obeso, con antecedentes de enfermedades coronarias).
- Usuario con historia de Sincope.



COMPLEJO ASISTENCIAL DR. SÓTERO DEL RÍO  
UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTO



<b>SISTEMA DE PRIORIZACIÓN DE LA DEMANDA Y FLUJOS DE ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTO DEL CASR</b>	Requerimiento	: AOC 1.2
	Código	: D/SDA/462
	Nº Revisión	: 00
	Fecha Vigencia	: 01 Junio 2019
	Página	: 8 de 15

- Usuarios con insuficiencia renal crónica, que no ha recibido última diálisis, con diálisis incompleta, con fistula disfuncional, entre otras.
- A todo usuario que, en la valoración inicial, se estime que es necesario tomar un electrocardiograma.

## **11 DESCRIPCIÓN DEL FLUJO DE USUARIOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTO:**

### **Descripción general de la unidad de Emergencia Adulto:**

La Unidad de Emergencia se encuentra ubicada en el primer piso del Establecimiento a un costado del CDT, está compuesta por:

- 1 sala de reanimación con capacidad para 3 camillas.
- 1 sala de monitorización y manejo de pacientes con inestabilidad, con 6 camillas.
- 8 box para evaluación de pacientes, 21 sillones clínicos para tratamiento y 1 sala de procedimientos.
- 1 sala y 1 pabellón de yeso para atención de pacientes traumatológicos.
- 31 camillas de observación y espera de pacientes para acceder a cama de dotación.
- 1 sala de Fast Track para atención de pacientes.
- 1 sala para atención de pacientes de maxilofacial.
- 1 sala de acogida de OIRS que se transforma a sala de Ultra Fast Track para evaluación de pacientes leves según contingencia.
- 1 módulo de categorización de pacientes y 1 módulo para control de signos vitales.
- 1 Sala de espera interna.

### **1.- Ingreso y admisión del usuario.**

El DAU (dato de atención de urgencia) de los usuarios que consultan, se realiza en el área denominada admisión, lugar donde el consultante, familiar o funcionario de ambulancia realiza el ingreso del usuario. El DAU electrónico se utilizara durante todo el proceso de atención de urgencia.

Personal de admisión generara DAU electrónico de inmediato, el cual deberá contener todos los antecedentes necesarios y requeridos para la correcta identificación y atención de paciente, los cuáles son: identificación completa mediante el registro de nombre completo, NN en caso de que no porte su cédula de identidad, registrar nombre social en caso de usuarios transexual; verificar cédula de identidad, nacionalidad, sexo y edad; dirección y comuna actualizadas según registros de Fonasa; teléfono actualizado de contacto; fecha y hora de admisión; motivo de consulta general (el motivo de consulta real será descrito por EU de TRIAGE); forma de ingreso del usuario al servicio (por sus medios, ambulancia, carabineros, etc.).

El recaudador es la persona encargada de verificar la situación previsional del consultante, realizar los cobros monetarios o firma de pagarés en casos correspondientes, además de registrar, según corresponda, accidentes de tránsito, laborales, entre otros.



<b>SISTEMA DE PRIORIZACIÓN DE LA DEMANDA Y FLUJOS DE ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTO DEL CASR</b>	Requerimiento	: AOC 1.2
	Código	: D/SDA/462
	Nº Revisión	: 00
	Fecha Vigencia	: 01 Junio 2019
	Página	: 9 de 15

Los pacientes graves podrán ingresar de inmediato a la Unidad de Emergencia dejando a posterior este proceso.

## 2.- Selector de demanda.

Posterior al proceso de admisión, el usuario es llamado al selector de demanda. En este sector, el primer profesional que tiene contacto con el usuario es el enfermero/a categorizador, quien es el encargado de evaluar y en base a la anamnesis, antecedentes mórbidos y condición clínica, lo clasificara en una de las 5 categorías del índice de severidad de emergencias (C1 a C5). Además, según corresponda, realizará toma de algunos signos vitales descritos en el algoritmo como pulso, saturación y frecuencia respiratoria a usuarios C3. Dependiendo de estos parámetros el usuario puede mantener su categorización C3 o aumentar su prioridad a C2.

## 3.- Definición del Flujo según Categorización en TRIAGE.

Posterior al proceso de categorización, según el índice de gravedad de emergencia y prioridad de atención, los flujos se definen de la siguiente manera:

**C 1:** ingresará de manera inmediata al box de reanimación.

**C 2:** por su condición de alto riesgo o inestabilidad, requieren una atención priorizada. Si requiere monitorización deberá ser evaluado en sala 3 o sala de reanimación según disponibilidad. Dependiendo de su condición clínica, el usuario también puede ser evaluado en fast track, box de medicina, cirugía y trauma según corresponda a su motivo de consulta. Los usuarios C2, mientras se genera un lugar para ser atendidos, pasarán a un segundo proceso de atención, donde el TENS realizara toma de signos vitales incluyendo presión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura, saturación, glicemia capilar según corresponda y toma de electrocardiograma a usuarios previamente definidos, ya sea, para cumplir con las metas GES y/o sugerencias locales.

Este usuario deberá esperar en sala de espera interna denominada como sala 1, siempre que no haya disponibilidad de camillas en sala 3 o box de atención.

**C 3:** serán la tercera prioridad de atención, siendo evaluados en box, fast track, medicina, cirugía, traumatología y maxilofacial según corresponda a su motivo de consulta. Estos usuarios al igual que los pacientes C2, pasaran a un segundo proceso de atención, donde el TENS realizara toma de signos vitales incluyendo presión arterial, temperatura, glicemia capilar según corresponda y toma de electrocardiograma a usuarios previamente definidos. El usuario C3, dependiendo del criterio de enfermería, condición clínica y disponibilidad de espacio físico al interior del servicio de emergencias, podrá hacer esperar su atención en sala 1 interna o sala de espera general.

**C 4 y C 5:** serán la cuarta y quinta prioridad de atención respectivamente, siendo evaluados en la sala de ultra fast track en caso que se habilite o cuando esté disponible algún box en sala de fast track, los pacientes de traumatología y maxilofacial pasaran a sala 4 y sala 6 respectivamente cuando ya sean atendidos los pacientes de mayor gravedad. Estos usuarios pasaran a un segundo



COMPLEJO ASISTENCIAL DR. SÓTERO DEL RÍO  
UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTO



**SISTEMA DE PRIORIZACIÓN DE LA DEMANDA Y  
FLUJOS DE ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE  
EMERGENCIA ADULTO DEL CASR**

Requerimiento	: AOC 1.2
Código	: D/SDA/462
Nº Revisión	: 00
Fecha Vigencia	: 01 Junio 2019
Página	: 10 de 15

proceso en donde el TENS realizara toma de signos vitales incluyendo frecuencia cardíaca, saturación, temperatura, presión arterial y glicemia capilar según corresponda.

Todos los usuarios C4 y C5 deben esperar su llamado para atención médica en sala de espera externa para ser atendidos.

#### 4.- Funciones del equipo.

##### Funciones del enfermero/a del selector:

- Categorizar al usuario según gravedad C1 a C5, aplicando el algoritmo emanado desde MINSAL contenido en el Registro Clínico Electrónico PULSO, Módulo Dato de atención de Urgencia Adulto (DAU).
- Registrar en el DAU todas las patologías crónicas del paciente y antecedentes de importancia.
- Definir motivo de consulta y área de atención medicina, cirugía, traumatología o maxilofacial y registrar aspectos relevantes que refiere usuario en anamnesis.
- Definir flujo de atención a seguir según su categorización y motivo de consulta.
- Verificar si atención de urgencia corresponde a accidente laboral y/o accidente de tránsito.
- Informar al usuario su categorización y cuál es la situación actual del servicio de emergencias, en relación a tiempos de espera para atención médica.
- Mantener contacto constante y directo con enfermero gestor de flujos y enfermero coordinador de turno.
- Pesquisar usuarios candidatos a protocolo Stroke de ACV.

Para asegurar la calidad de atención, posterior a la categorización por el profesional de enfermería, el usuario pasara a un segundo proceso que corresponde a la toma de signos vitales, toma de glicemia según corresponda (compromiso de conciencia, convulsiones, diabéticos descompensados, etc.) y de ECG en situaciones especiales.

##### Funciones del TENS en la segunda etapa de atención:

- Control de signos vitales (FC, PA, SAT, FR, Tº, HGT).
- Toma de electrocardiograma.
- Apoyo a enfermero gestor de flujos y a enfermero de selector.
- Recontrol de signos vitales de usuarios en espera de atención en sala interna según indicación de enfermero.

##### Funciones del enfermero/a gestor de flujos:

En este segundo proceso de atención, se plantea la necesidad de disponer de un segundo profesional de enfermería, quien deberá cumplir las siguientes funciones:

- Gestionar la pronta atención de los usuarios categorizados como C2 y C3.





<b>SISTEMA DE PRIORIZACIÓN DE LA DEMANDA Y FLUJOS DE ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTO DEL CASR</b>	Requerimiento	: AOC 1.2
	Código	: D/SDA/462
	Nº Revisión	: 00
	Fecha Vigencia	: 01 Junio 2019
	Página	: 11 de 15

- Gestionar la atención de usuarios que requieren atención más prioritaria dentro de una misma categorización.
- Comunicación directa con el médico encargado de evaluar los electrocardiogramas tomados en situación especiales.
- En situaciones de alta demanda, será el encargado de reevaluar a los usuarios que agraven su condición clínica, producto de la prolongación en los tiempos de espera de atención médica.
- Velar por el recontrol de signos vitales en pacientes categorizados C2 y C3 cuando el tiempo de espera para atención médica se prolongue más allá de lo recomendado.
- Apoyo a enfermero/a categorizador cuando la demanda sobrepase la capacidad de respuesta.
- Realizar algunas intervenciones básicas en sala 1 como administración de oxigenoterapia a usuarios que lo requieran.
- Comunicación directa y fluida con el enfermero categorizador.

#### **Funciones médicas:**

- Usuarios categorizados como C1 pasarán directo a sala de reanimación donde recibirán atención inmediata de médico a cargo.
- En Sala 3 de atención de pacientes C2, médico a cargo teniendo camillas libres será el encargado de llamar a los pacientes C2 en espera según prioridad.
- En el caso de no haber camillas disponibles en sala 3 para pacientes C2, paciente deberá ser atendido en sala de reanimación, en el caso de que por contingencia se exceda el número de pacientes C2 en espera médico de reanimador y/o médico coordinador de cirugía deberán gestionar la atención pronta de los pacientes.
- Usuarios en espera de evaluación C3 serán llamado por médicos a Box de atención cuando tengan cupo disponible, pacientes de área de traumatología harán ingreso a sala 4 cuando sean llamados por el especialista, a excepción de pacientes C2 que, por dolor intenso o situación de alto riesgo, serán ingresados de forma directa a dicha sala para evaluación priorizada.
- Usuarios en espera de evaluación por maxilofacial, harán ingreso a sala 6 de la unidad de emergencia cuando médico tenga disponibilidad de camilla para atención.

#### **Será responsabilidad del Médico Jefe de Turno o Subrogante:**

- ✓ Conocer y monitorizar la demanda de atención en todo momento.
- ✓ Gestionar y garantizar la atención médica en el tiempo oportuno de acuerdo a la categorización asignada.
- ✓ Garantizar la oportunidad de atención preestablecida por protocolo.



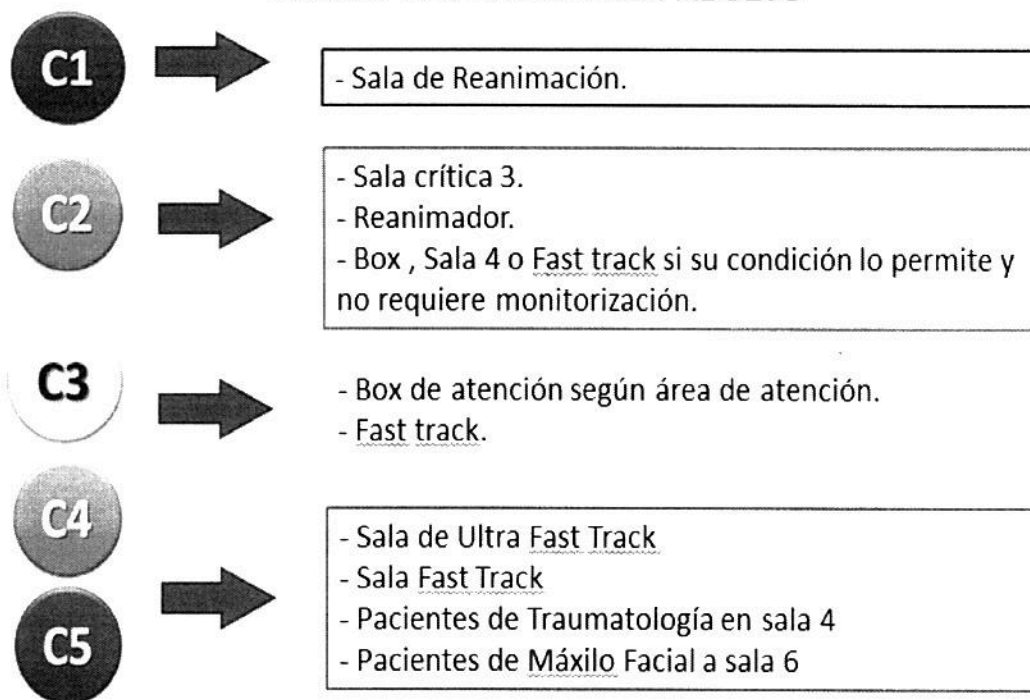
**SISTEMA DE PRIORIZACIÓN DE LA DEMANDA Y  
FLUJOS DE ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE  
EMERGENCIA ADULTO DEL CASR**

Requerimiento	: AOC 1.2
Código	: D/SDA/462
Nº Revisión	: 00
Fecha Vigencia	: 01 Junio 2019
Página	: 12 de 15

**Situaciones especiales:**

- Usuarios derivados desde otros centros para evaluación por especialista como neurocirujano o neurólogo serán atendidos en sala de reanimación, sala 3, sala 5 o box de atención según condición clínica y disponibilidad de camilla.
- Usuarios que consultan de forma espontánea y que tienen indicación de evaluación por neurocirugía, deberán ser evaluado primeramente por el equipo de cirugía.

**FLUJOS DE ATENCIÓN SEGÚN CATEGORIZACIÓN  
UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTO**



*Por protocolo de la unidad se deja establecido que todos los pacientes con sospecha o confirmación de IAM C/SDST y ACV en periodo de ventana deberán ser ingresados de forma inmediata y atendidos en reanimador independiente de si su categorización es C1 o C2, ambos seguirán mismo flujo.*



<b>SISTEMA DE PRIORIZACIÓN DE LA DEMANDA Y FLUJOS DE ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTO DEL CASR</b>	Requerimiento	: AOC 1.2
	Código	: D/SDA/462
	Nº Revisión	: 00
	Fecha Vigencia	: 01 Junio 2019
	Página	: 13 de 15

## 12 CRITERIOS DE CALIDAD DEL PROCESO DE CATEGORIZACIÓN.

- Categorización al 100% de la demanda bajo el modelo ESI.
- Mejorar tiempos de categorización en usuarios que consultan en el servicio.
- Definición de flujos claros según en nivel de categoría.
- Favorecer acceso oportuno para atención médica en los usuarios según su categoría con énfasis en los usuarios de mayor complejidad.

## 13 CRITERIOS DE EXCEPCIÓN A CONSIDERAR EN TIEMPOS DE ESPERA DE ATENCIÓN POST CATEGORIZACIÓN

Corresponde a situaciones en las cuales no se podrán cumplir los tiempos estipulados de atención, debido a contingencia de diversa naturaleza, las cuales pueden ser, por ejemplo:

- Número de hospitalizados que exceda la capacidad máxima de atención de usuarios en la Unidad de Emergencia, descrito en protocolo de contingencia.
- Pandemias que generen consultas masivas.
- Accidentes colectivos que requieran atención de múltiples víctimas.
- Intoxicaciones alimentarias que presenten consultas masivas.
- Situaciones de catástrofes naturales que requieran atención exclusiva de víctimas (terremotos, avalanchas, etc.)
- Contingencias del complejo (incendios, cortes de suministro de agua o eléctrico, que excedan la capacidad de resolución local).

## 14 REGISTRO CLÍNICO ELECTRONICO

La aplicación del protocolo ESI estará soportada a través del uso del registro clínico electrónico PULSO del establecimiento, aplicación de desarrollo local provista por la Unidad de Informática.

Se establece que toda necesidad de cambio en el flujograma de categorización de pacientes deberá ser discutida en el Comité de Triage y presentada formalmente a la Jefatura de Informática del establecimiento a fin de establecer los cambios necesarios en la herramienta de registro clínico electrónico.

Asimismo, cualquier necesidad de seguimiento de indicadores, entrega de informes consolidados o nuevas funcionalidades serán acordados de forma activa con la Unidad de Informática del hospital, tanto para reportes individuales (excepcionales) o reportes permanentes dentro del sistema informático.





COMPLEJO ASISTENCIAL DR. SÓTERO DEL RÍO  
UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTO



**SISTEMA DE PRIORIZACIÓN DE LA DEMANDA Y  
FLUJOS DE ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE  
EMERGENCIA ADULTO DEL CASR**

Requerimiento	: AOC 1.2
Código	: D/SDA/462
Nº Revisión	: 00
Fecha Vigencia	: 01 Junio 2019
Página	: 14 de 15

## 15 INDICADORES

Indicador N°1:

Nombre del Indicador	Porcentaje de pacientes categorizados en la Unidad de Emergencia del CASR.
Dimensión de la Calidad	Oportunidad de atención
Justificación	Garantizar la oportunidad y calidad de atención recibida por parte de los pacientes.
Fórmula	$N^{\circ}$ de pacientes categorizados en un periodo determinado x 100 /total de pacientes atendidos en igual periodo.
Población	Pacientes que solicitan atención en Unidad de Emergencia.
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Estadística de TRIAGE del DAU de pacientes de la unidad de Emergencia Estadística total de pacientes que solicitan evaluación en Unidad de Emergencia.
Estándar (Umbral)	100%
Periodicidad de medición	Mensual
Responsables	Médico Jefe de la Unidad de Emergencia Adulto. Supervisor (a) Unidad de Emergencia Adulto. De la medición y reportes: Jefatura Unidad Gestión y Desarrollo y Jefatura Unidad de Informática del CASR:

Indicador N°2:

Nombre del Indicador	Porcentajes de Pacientes categorizados como C2 que son atendidos dentro de 30 minutos.
Dimensión de la Calidad	Oportunidad de atención
Justificación	Asegurara la atención oportuna de los pacientes categorizados como C2, gestionando de manera oportuna su valoración y a su vez garantizar la seguridad del paciente.
Fórmula	$N^{\circ}$ de pacientes categorizados C2 que son atendidos en 30 minutos o menos, en un periodo determinado x 100/ Total de pacientes categorizados como C2 durante igual periodo.
Población	Pacientes que son Categorizados como C2 en la Unidad de Emergencia
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Estadística de TRIAGE del DAU de pacientes de la Unidad de Emergencia Estadística total de pacientes que solicitan evaluación en Unidad de Emergencia.
Estándar (Umbral)	80%
Periodicidad de medición	Mensual.
Responsables	Médico Jefe de la Unidad de Emergencia Adulto. Supervisor (a) Unidad de Emergencia Adulto. De la medición y reportes: Jefatura Unidad Gestión y Desarrollo y Jefatura Unidad de Informática del CASR.



<b>SISTEMA DE PRIORIZACIÓN DE LA DEMANDA Y FLUJOS DE ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTO DEL CASR</b>	Requerimiento	: AOC 1.2
	Código	: D/SDA/462
	N° Revisión	: 00
	Fecha Vigencia	: 01 Junio 2019
	Página	: 15 de 15

**16 ELABORACIÓN PROTOCOLO DE ESI TRIAGE Y DEFINICIÓN DE FLUJOS A CARGO DE COMITÉ DE TRIAGE Y JEFATURA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTO CASR:**

- Dr. Manuel Álvarez Espinoza, Médico Urgenciólogo.
- Dra. Carolina Aguilera Medina, Médico Urgenciólogo.
- E.U. Víctor Hugo Ávila Fernández, Enfermero de Urgencia.
- E.U. Gerson Caro Olivares, Enfermero de Urgencia.
- E.U. Michel Rojas Delgado, Enfermero de Urgencia.
- Ing. Raúl Abarca Figueroa, Jefe Unidad de Informática CASR.
- E.U. Angélica Espinoza Espinoza, Enfermera Jefa de Unidad.
- E.U. Ana María Molina Osorio, Enfermera Supervisora de Unidad de Emergencia Adulto.
- Dr. Lázaro Calderón Ramírez, Médico Cirujano Jefe Unidad de Emergencia Adulto.



COMPLEJO ASISTENCIAL  
DR. SÓTERO DEL RÍO  
UNIDAD DE CALIDAD Y  
SEGURIDAD DEL PACIENTE



**RESOLUCION EXENTA N°**

001225 \*29.08.2019

**VISTO:** Manual de Acreditación de Prestadores Institucionales del Ministerio de Salud, Memorándum N° 017 de fecha 12 de Febrero de 2018 de Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente del Complejo Asistencial Dr. Sotero del Río; lo previsto en el Artículo 46 del Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud aprobado por Decreto Supremo N° 140 de 2004 de Salud; DFL N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763 y las Leyes 18.933 y 18.469, Resolución Exenta N° 108 del 26.06.2018 del Ministerio de Salud que aprueba Orientación Técnica del Sistema de Priorización Estructurada de la atención de pacientes en la Unidades de Emergencia Hospitalaria – 2018; Resolución N° 6 del 26 de marzo de 2019 que fija normas sobre exención del trámite de toma de razón, de las materias de personal que se indican, de la Contraloría General de la República y Resolución TRA N° 449/62/2019 del 03 de abril del 2019 del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, dicto lo siguiente:

**CONSIDERANDO**

1. La necesidad de establecer la prioridad de atención según gravedad en los usuarios que consultan en la Unidad de Emergencia Adulto del CASR., considerando necesidad y rapidez requerida, a través de un sistema de priorización estructurada ESI (Índice de Severidad de Emergencia) y definición de flujos de atención según nivel de categorización.
2. Que, el citado protocolo fue creado el 01 de Junio de 2019.

**RESOLUCIÓN**

1. **APRUEBESE**, Protocolo denominado “SISTEMA DE PRIORIZACIÓN DE LA DEMANDA Y FLUJOS DE ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTO DEL CASR.”, correspondiente a la revisión N° 00.

2. **SEÑÁLESE**, que el mencionado protocolo está publicado en la Página Web del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río en el Link de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE**



*[Handwritten signature]*  
**DR. GONZALO MENCHACA OLIVARES**  
**DIRECTOR**

**COMPLEJO ASISTENCIAL DR. SÓTERO DEL RÍO**



*[Handwritten signature]*  
**TRANSCRITA FIELMENTE**  
**MINISTRO DE FE**

*Graciela Lillo Mendoza*  
**Ministro de Fé**  
**C.A.S.R.**

DR. GMO/PLB/PBB/MPA/acl

**DISTRIBUCION:**

- Dirección, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.
- Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.
- Unidad de Emergencia Adulto, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.
- Unidad Asesoría Jurídica, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.
- Oficina de Partes.