

No. 00053-2020

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

- Que,** la Constitución de la República del Ecuador, en su artículo 3, numeral 1, ordena que es deber primordial del Estado garantizar sin discriminación alguna, el efectivo goce de los derechos establecidos en dicha Norma Suprema y en los instrumentos internacionales, en particular la salud;
- Que,** la citada Constitución de la República manda: "*Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.*";
- Que,** el artículo 360 de la Norma Suprema dispone: "*(...). La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.*";
- Que,** el artículo 361 de la Carta Fundamental preceptúa que el Estado ejerce la rectoría del Sistema Nacional de Salud a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, quien será responsable de formular la política nacional de salud, y de normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud;
- Que,** la referida Constitución de la República determina: "*Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.*";
- Que,** el artículo 365 de la Constitución establece que por ningún motivo los establecimientos públicos o privados ni los profesionales de la salud negarán la atención de emergencia. Dicha negativa se sancionará de acuerdo con la ley.
- Que,** la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 4, preceptúa que la Autoridad Sanitaria Nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en

- salud, así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia de la Ley Orgánica de Salud, siendo obligatorias las normas que dicte para su plena vigencia;
- Que,** el artículo 7 de la Ley Orgánica de Salud dispone que toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, entre otros el siguiente derecho: “(...) j) *Ser atendida inmediatamente con servicios profesionales de emergencia, suministro de medicamentos e insumos necesarios en los casos de riesgo inminente para la vida, en cualquier establecimiento de salud público o privado, sin requerir compromiso económico ni trámite administrativo previos. (...)*”;
- Que,** la Ley *Ibídem* prevé: “*Art. 22.- Los servicios de salud, públicos y privados, tienen la obligación de atender de manera prioritaria las emergencias obstétricas y proveer de sangre segura cuando las pacientes lo requieran, sin exigencia de compromiso económico ni trámite administrativo previo.*”;
- Que,** el Código Orgánico Administrativo, establece: “*Art. 130.- Competencia normativa de carácter administrativo. Las máximas autoridades administrativas tienen competencia normativa de carácter administrativo únicamente para regular los asuntos internos del órgano a su cargo, salvo los casos en los que la ley prevea esta competencia para la máxima autoridad legislativa de una administración pública. La competencia regulatoria de las actuaciones de las personas debe estar expresamente atribuida en la ley.*”;
- Que,** mediante Decreto Ejecutivo No. 1018 expedido el 21 de marzo de 2020, publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 195 de 4 de mayo de 2020, el Presidente Constitucional de la República del Ecuador designó al doctor Juan Carlos Zevallos López como Ministro de Salud Pública;
- Que,** la “*Norma del Subsistema de Referencia, Derivación, Contrareferencia, Referencia Inversa y Transferencia del Sistema Nacional de Salud*”, aprobada con Acuerdo Ministerial No. 4431 expedido el 21 de octubre de 2013, publicada en el Registro Oficial No. 151 de 26 de diciembre de 2013, es de aplicación obligatoria a nivel nacional por todo el Sistema Nacional de Salud y tiene como objetivo general “*1.1 Contribuir a garantizar la calidad, continuidad e integralidad de la atención en los establecimientos del SNS mediante la aplicación de la norma técnica del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia.*”;
- Que,** con Acuerdo Ministerial No. 0091-2017 expedido el 19 de junio de 2017, emitió la “*Norma Técnica Sustitutiva de Relacionamento para la Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria, y su Reconocimiento Económico*”, instrumento que tiene por objeto normar los procedimientos administrativos del relacionamiento interinstitucional por derivación de usuarios/pacientes, que garanticen el acceso universal, oportuno y equitativo a las prestaciones de salud en los establecimientos de salud de la red pública integral de salud y red privada complementaria;
- Que,** con Acuerdo Ministerial No. 00004520, publicado en la Edición Especial del Registro Oficial No. 118 de 31 de marzo de 2014, se expidió el Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública, mismo que señala como misión de la Dirección Nacional de Normatización: “*Desarrollar y definir todas las normas, manuales, protocolos, guías y otras normativas relacionadas a la gestión de la salud, a fin de que el Ministerio ejerza la rectoría sobre el Sistema Nacional de Salud, garantizando la calidad y excelencia en los servicios; y,*

asegurando la actualización, inclusión y socialización de la normativa entre los actores involucrados.”;

- Que,** es necesario implementar un sistema de respuesta rápida y de acceso oportuno que disminuya las muertes prevenibles de usuarios/pacientes con diagnóstico de emergencia priorizada en la Red Pública Integral de Salud;
- Que,** el informe técnico DNARPCS-2020-CTM-0002 de 20 de julio de 2020, elaborado por la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, revisado por el Director Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud y aprobado por la Directora Nacional de Normatización señala como conclusión “Solicitar la emisión del manual de activación de código de emergencia priorizada (EP) permitiendo estandarizar los diagnósticos que requieren el uso de emergencia priorizada”; y, recomienda que: “Una vez que se oficialice este documento, se deberá socializar a los establecimientos de salud de la RPIS. La socialización estará a cargo de la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, mientras que la implementación lo realizará cada establecimiento de salud de la RPIS” (sic); y,
- Que,** con memorando No. MSP-VGVS-2020-0923-M de 26 de julio de 2020, el Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud remitió el referido informe técnico y solicitó al Coordinador General de Asesoría Jurídica que se realicen los trámites necesarios para la expedición del presente Acuerdo Ministerial.

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES CONFERIDAS POR LOS ARTÍCULOS 154, NUMERAL 1, DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y 130 DEL CÓDIGO ORGÁNICO ADMINISTRATIVO

ACUERDA:

- Art.1.-** Aprobar y autorizar la publicación del Manual denominado “*Activación de Código de Emergencia Priorizada (EP)*”.
- Art.2.-** Disponer que el Manual de “*Activación de Código de Emergencia Priorizada (EP)*”, sea aplicado a nivel nacional como una normativa del Ministerio de Salud Pública de cumplimiento obligatorio para los prestadores públicos de servicios de salud; y, para los financiadores/aseguradores públicos en su reconocimiento económico.
- Art. 3.-** Publicar el referido Manual en la página web del Ministerio de Salud Pública.


DISPOSICIÓN FINAL

De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial que entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud a través de la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud.

Dado en el Distrito Metropolitano de Quito a **24 AGO. 2020**



Juan Zevallos
 Dr. Juan Zevallos López
 Ministro de Salud Pública

	Nombre	Area	Cargo	Sumilla
Revisado	Dr. Francisco Solórzano	Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud	Viceministro	<i>[Signature]</i>
	Dra. Diana Molina	Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud	Subsecretaria Encargada	<i>[Signature]</i>
	Mgs. Gabriel Rivadeneira	Coordinación General de Asesoría Jurídica	Coordinador	<i>[Signature]</i>
	Abg. Mary Elena Cruz	Dirección Nacional de Consultoría Legal	Directora	 Firmado electrónicamente por: MARY ELENA CRUZ
	Mgs. Patricia Paredes	Dirección Nacional de Normatización	Directora	<i>[Signature]</i>
	Mgs. Darío Medranda	Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud	Director	<i>[Signature]</i>
Elaborado	Dr. José Acapiña	Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud	Especialista	<i>[Signature]</i>
	Dra. Elina Herrera	Dirección Nacional de Consultoría Legal	Coordinadora de Gestión Interna	ELINA DEL CARMEN HERRERA CANAR Firmado digitalmente por ELINA DEL CARMEN HERRERA CANAR Fecha: 2020.08.04 12:04:39 -05'00'

00053-2020

Activación de Código de Emergencia Priorizada (EP)

Manual

2020

MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

Lenin



00053-2020

Activación de Código de
Emergencia Priorizada (EP)

EN BLANCO

XXXXXXXXXXXX

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Activación de Código de Emergencia Priorizada (EP). Manual. Quito. Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud. Dirección Nacional de Normatización. 2020.

Ministerio de Salud Pública
Av. Quitumbe Ñan y Amaru Ñan, Quito - Ecuador
Teléfono: 3814400
www.msp.gob.ec

Edición general: Dirección Nacional de Normatización

En este manual de “Activación de Código de Emergencia Priorizada (EP)” se reúnen un conjunto de pautas, desarrolladas de manera sistemática para apoyar y orientar en la organización del nivel desconcentrado del sector salud, que corresponden Microredes Distritales y Zonales respectivamente; incluyendo los criterios y herramientas técnicas de organización por procesos, articulación intersectorial e interinstitucional, y el funcionamiento en red del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de implementar una herramienta de traslado institucional rápida para los casos de emergencia.

Publicado en xxxxxxxx de 2020
ISBN xxx x xxxxxx xxx



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-Compartir Igual 3.0 Ecuador](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/ecuador/), y puede reproducirse libremente citando la fuente sin necesidad de autorización escrita, con fines de enseñanza y capacitación no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Como citar este documento:

Ministerio de Salud Pública. Activación de Código de Emergencia Priorizada (EP). Manual: Quito. Dirección Nacional de Normatización, 2020. Disponible en <https://www.salud.gob.ec>

Impreso por:
Corrección de estilo:
Hecho en Ecuador

00053-2020

Autoridades del Ministerio de Salud Pública

Dr. Juan Carlos Zevallos López, Ministro de Salud Pública
Dr. Xavier Solórzano, Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud,
Dra. Diana Molina, Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud, Encargada
Dr. Darío Medranda Rivas, Director Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud
Mgs. Patricia Paredes Arce, Directora Nacional de Normatización

Equipo de redacción y autores

Aucapiña José, médico oncólogo, especialista, Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria en Salud
Gordillo Maria, médica, analista, Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria en Salud
Calero Sofia, médica, Coordinadora SIREM Norte
Pérez Karla, médica, Coordinadora SIREM Sur
Guerra Karina, Asistente Administrativa 2 – Gestión interna sala de situación.
Francés Fuenmayor, Líder del Servicio de Emergencia Hospital Baca Ortiz
Maribel Cruz, Líder del Servicio de Emergencia de Hospital Eugenio Espejo.
Wilson Merecí, Director Médico Hospital Gineco Obstétrico Nueva Aurora.
Walter Moya, Director Médico Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora.
Luis Mejía, Especialista en Pediatría - Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora.
Olga Nieto, Especialista en Neonatología - Hospital Gineco Obstétrico Nueva Aurora.
Danny Flores, Especialista en Emergencias y Desastres
Daniela Ortiz S., Especialista Zonal de Control Técnico Médico

Equipo de revisión y validación

Avilés Villalba Esteban, médico, Quito
Galarza Gardenia, especialista en Gerencia de Salud, coordinadora, Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria en Salud, Quito
Montero Williams, especialista en Gerencia de Salud, especialista, Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria en Salud; Quito
Ordoñez Andrea, psicóloga, Quito
Raza Amaya Ximena, magister en Salud Pública, coordinadora, Dirección Nacional de Normatización, Quito
Karina Garcia, Administrador/Coordinación Nacional de Articulación, Intituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
Cynthia Yangua, Médico/ Coordinación Nacional de Articulación- Intituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
Lucía Carrión, Médico/ Coordinación Nacional de Articulación - Intituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
Salomé Sarango, Líder de derivaciones/ Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Pichincha - Intituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
Vanessa Cañas Jefa de la Unidad Técnica de Gestión Hospitalaria / Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín - Intituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
Felipe Ortiz T, Auditor Médico - Direccion Nacional de Salud de la Policia Nacional.

0 S O 00053-2020

Marcelo Saenz Saltos, Doctor, Subdirector Médico de la Direccion Nacional de Salud de la Policia Nacional.

Edwin Campoverde Santos, Médico Emergenciólogo – Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas.

Monica Gualotuña Bahamonde, Médico Emergenciólogo - Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas.



Contenido

1.	Presentación	6
2.	Introducción.....	7
3.	Antecedentes y justificación	7
4.	Objetivos	8
4.1.	Objetivo general	8
4.2.	Objetivos específicos	8
5.	Alcance.....	8
6.	Glosario de términos.....	8
7.	Desarrollo.....	9
7.1.	Listado de patologías que se activan en EP	11
8.	Datos a ser informados al SIREM para activar EP	15
8.1	Reporte al SIREM	15
9.	Abreviaturas.....	16
11.	Anexos.....	18

00053-2020

1. Presentación

El Ministerio de Salud Pública como Autoridad Sanitaria Nacional, ejerce la rectoría del Sistema Nacional de Salud enfocándose en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y la atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención integral de salud articulando los diferentes niveles de atención, para lo cual los gestores de los servicios de salud deben contar con instrumentos administrativos que estandaricen, regularicen y respalden las prácticas institucionales.

En este contexto es necesario estandarizar los diagnósticos de activación código de emergencia priorizada, el cual constituye una herramienta para alertar a todo el personal de la gravedad de la condición de salud del paciente y resolver de manera ágil la llegada a un establecimiento de salud de igual o mayor complejidad, que permita solventar la atención de la emergencia.

Dr. Juan Carlos Zevallos López
Ministro de Salud Pública

2. Introducción

El Ministerio de Salud Pública (MSP), como ente rector en Salud, trabaja de forma permanente en la mejora continua de los procesos de referencia/derivación, a fin de generar métodos prácticos y eficientes que permitan la atención oportuna en los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) de las diferentes patologías emergentes que se pueden presentar en todos los grupos etarios, y por ende la disminución de la tasa de mortalidad relacionada a estos casos.

El funcionamiento de la Red Pública Integral de Salud y su gestión ha permitido evidenciar la necesidad de estandarizar los procesos institucionales que faciliten la dinámica de atención a usuarios/pacientes que requieren cuidado en salud emergente, quienes suelen ingresar al sistema de salud a través de la atención prehospitalaria, quienes se encargan de brindar los primeros auxilios y transportar al usuario/paciente a un establecimiento de salud cercano, para que se le brinde la atención necesaria y así solventar la emergencia.

La Activación de Código de Emergencia Priorizada (EP) es una respuesta rápida de traslado del usuario/paciente en condición de emergencia, que requiere intervención inmediata en un establecimiento de salud de igual o mayor nivel de complejidad. En el anexo 20 de los Lineamientos Operativos del Modelo de Atención Integral en Salud y Red Pública Integral de Salud se define el procedimiento para el manejo de la atención de emergencia en la estructuración de la Red Pública Integral de Salud.(1) en la cual se determina la atención inmediata en la sala de reanimación – Shock trauma que difiere de la activación de Código de Emergencia Priorizada (EP), en el que se establece acciones emergentes por diagnósticos específicos que requieren atención especializada.

3. Antecedentes y justificación

El Servicio Integrado de Redes de Emergencias Médicas (SIREM) o quien haga sus veces, tiene por objeto gestionar la atención en salud de los usuarios/pacientes que se encuentren en situación de emergencia o condición crítica, sin importar si posee o no un seguro de salud público o privado, garantizando el acceso oportuno a los servicios de salud.

Con base en los registros de gestión del SIREM, respecto de la Activación de Código de Emergencia Priorizada (EP) en establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención en la RPIS, en el periodo enero a junio de 2019, se activaron 14 283 emergencias, de las cuales el 6.74% (959) correspondieron a EP, existiendo discrepancias en este concepto; por lo que es pertinente estandarizar los diagnósticos a ser activados en EP aplicando la opinión consensuada de profesionales de la salud expertos en su atención (emergenciólogos, ginecólogos, pediatras, neonatólogos, intensivistas).

El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) acoge la desconcentración del Estado en zonas, distritos y circuitos y la organización territorial de la Red de Salud.(2)

“Las zonas, provincias y distritos conformarán las redes y micro redes territoriales, para su articulación se requiere establecer las características de la oferta de las instituciones públicas y privadas en su territorio, considerando criterios como capacidad resolutive, accesibilidad, isócrona, cartera de servicios, tipología de las unidades de acuerdo a la normativa del MSP y las características de la demanda”.(2)

En el proceso administrativo para la Auditoría de la Calidad de la Facturación de Servicios de Salud, se establecen los lineamientos a través de los cuales se regulan los documentos que respalden al paciente y al gestor en el proceso de derivación y recepción del paciente/usuario, así como para el reconocimiento económico a quien presta un determinado servicio.

4. Objetivos

4.1. Objetivo general

Implementar un sistema de respuesta rápida y de acceso oportuno, que disminuya las muertes prevenibles de usuarios/pacientes con diagnóstico de emergencia priorizada (EP) en la Red Pública Integral de Salud

4.2. Objetivos específicos

1. Permitir el acceso a una atención de salud oportuna y eficiente en un establecimiento de salud, cuya cartera de servicios disponga de las condiciones y talento humano apropiados para solventar la emergencia de acuerdo a su capacidad resolutive.
2. Establecer el proceso y flujo a seguir para la activación de la EP.
3. Determinar los diagnósticos para la activación de código de EP por los cuales un usuario/paciente debe ser trasladado en transporte sanitario desde un establecimiento de salud a otro de igual o mayor complejidad.

5. Alcance

El presente manual es de cumplimiento obligatorio dentro del territorio nacional para los prestadores públicos de servicios de salud; y para los financiadores/aseguradores públicos en su reconocimiento económico.

6. Glosario de términos

Activación de Código de Emergencia Priorizada (EP): acción de referir o derivar un usuario/paciente conforme el listado de patologías de EP, descritos en el presente documento a los establecimientos de salud de la RPIS.(3)

Capacidad resolutive: es el grado de la oferta de servicios, para satisfacer las necesidades de salud de la población en diferentes términos como: cuantitativos, categoría, categorización, establecimientos de salud, estándar básico, farmacia institucional, farmacia interna, medicina transfusional, modelo de atención de salud, nivel de atención, nivel de complejidad, longitudinalidad o vínculo, transporte sanitario, tipología y unidad móvil.(4)

Emergencia: es la alteración de la integralidad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requieren de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida o funcionalidad de la persona y que requieren de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras.(6)

Emergencia priorizada (EP): Patologías con alto índice de mortalidad, que a través de una intervención oportuna y especializada disminuyen el riesgo de pérdida de vida o sus complicaciones.(5)

Estabilización del paciente: acciones iniciales de urgencia brindadas a un usuario/paciente con el propósito de estabilizar sus signos vitales a través de soporte vital o soporte vital avanzado.(5)

Inestabilidad hemodinámica: paciente sin respuesta sistémica reguladora a cambios hemodinámicos.(7)

Referencia o derivación de pacientes en emergencia priorizada (EP): es el procedimiento por el cual los establecimientos prestadores de salud activan la EP para trasladar al usuario/paciente de un establecimiento de salud a otro establecimiento de salud de igual o mayor complejidad de atención de la RPIS. (5)

UGR: Unidad de Gestión de Red

7. Desarrollo

Los establecimientos de salud que atiendan usuarios/pacientes que cumplan con el criterio para referir o derivar usuarios/pacientes en EP aplicarán el presente manual, para ello es necesario contar con:

- Unidad de Gestión de Red (UGR) /Jefe de guardia
- Acceso a un medio de comunicación: (teléfono, correo electrónico, etc.) habilitado para envío o recepción de información de los usuarios/pacientes.

Para activar la EP se debe efectuar el siguiente proceso:

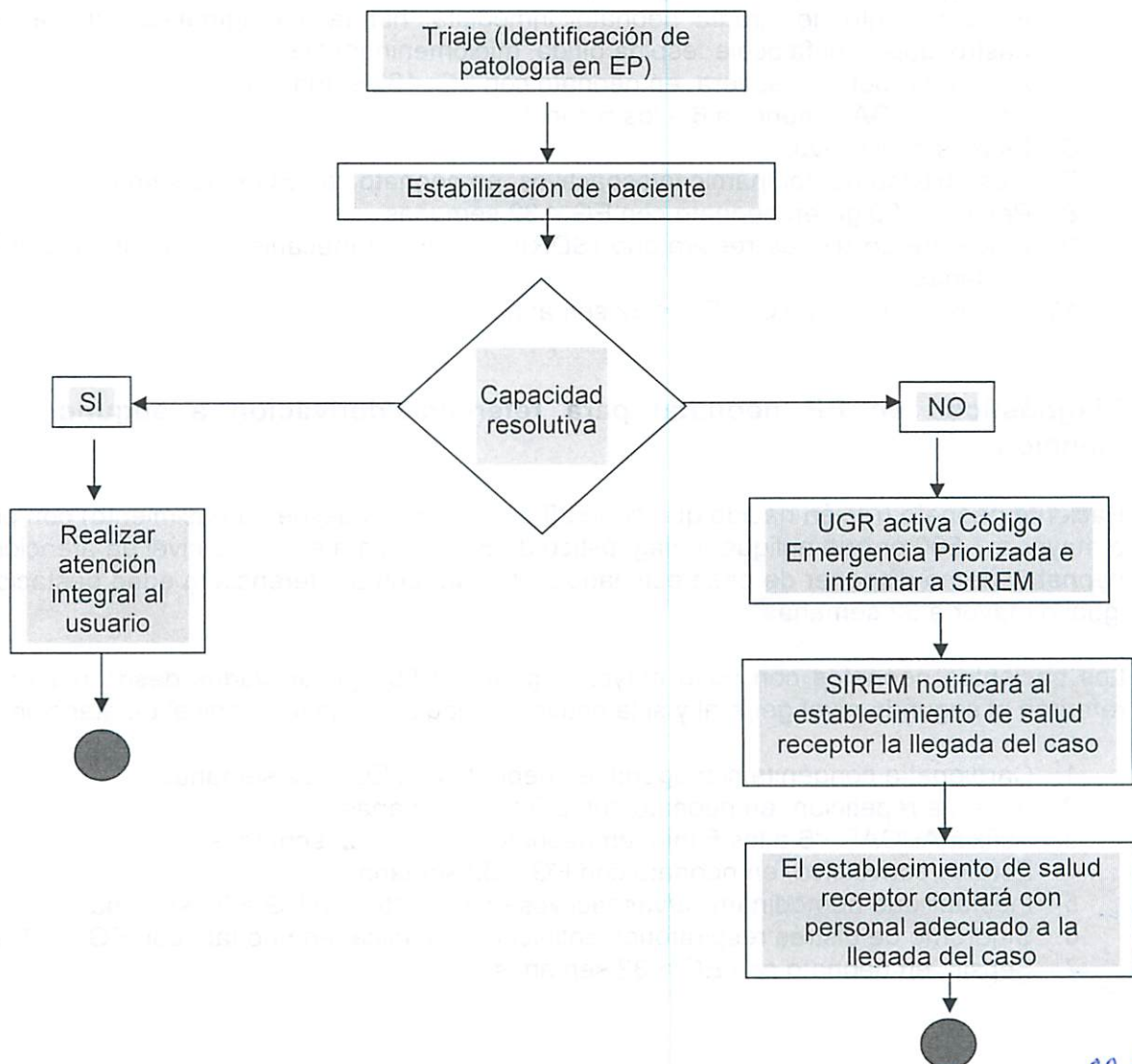
1. Identificar que el diagnóstico del usuario/paciente se encuentre en el listado de patologías de activación en EP. Responsable: Establecimiento de salud de la RPIS que atiende al usuario/paciente en el servicio de emergencia.
2. Estabilizar al usuario/paciente, de acuerdo a la capacidad resolutoria con la que cuente el establecimiento de salud, en procura de salvaguardar su integridad y su vida. Responsable: Establecimiento de salud de la RPIS que atiende al usuario/paciente en el servicio de emergencia.
3. Activar la EP e informar al SIREM Regional correspondiente. Responsable: Establecimiento de salud de la RPIS que atiende al usuario/paciente en el servicio de emergencia.
4. Notificar al establecimiento de salud de la RPIS receptor, acerca de que el usuario/paciente avanza en EP. Responsable: SIREM correspondiente.
5. Remitir a la unidad receptora información adicional (imagen, laboratorio, datos específicos, etc.) en caso de disponer de los mismos, mediante herramientas tecnológicas disponibles. Responsable: Establecimiento de salud de la RPIS que refiere o deriva al usuario/paciente.
6. Contar con el personal adecuado para la recepción y atención del usuario/paciente al momento de su llegada. Responsable: Establecimiento de salud de la RPIS que recibe al usuario/paciente.

Casos excepcionales para la activación de la EP

En los siguientes casos también se puede activar la EP:

1. En el caso de usuarios/pacientes que se encuentren hospitalizado en un establecimiento de salud de la RPIS, y que su condición clínica se complique, cuyo diagnóstico se encuentre conforme al listado de patologías en EP; y, que no pueda recibir su tratamiento en el establecimiento de salud en el cual se encuentra, debido a su limitada capacidad resolutive para su atención el cual ya haya sido gestionado la referencia o derivación a través de la Unidad de Gestión de Red o por medio de la activación del SIREM o quien haga sus veces, el establecimiento de salud requirente realizará la activación de la EP.
2. Una vez derivado el paciente a la RPC y si durante su atención se presentan complicaciones médicas que escapen de la capacidad resolutive del prestador, éste debe notificar al financiador/asegurador al que pertenece el usuario/paciente a fin de que se realice una nueva derivación.

Flujo de Activación de Emergencia Priorizada



7.1. Listado de patologías que se activan en EP

El listado ha sido estructurado en cuatro grupos:

- Neonatal
- Pediátrico
- Adultos
- Maternas

7.1.1. Neonatal

Diagnósticos de EP neonatal para referencia/derivación a tercer nivel de atención

Paciente neonato (recién nacido que tiene 28 días o menos desde su nacimiento) con peso menor a 1 500 gr que aplique a diagnóstico de EP avanza a tercer nivel de atención médica neonatal, de no contar con peso estimado se tomará como referencia la edad gestacional menor a 32 semanas.

1. Enterocolitis necrotizante perforada (cuando exista radiografía simple de abdomen que evidencie asas intestinales perforadas).
2. Cardiopatía congénita cianógena.
3. Requerimiento de cirugía neonatal inmediata: hernia diafragmática, atresia esofágica, gastrosquisis, onfalocele, espina bífida, mielomeningocele.
4. Apnea a repetición severa, en neonato con EG < 32 semanas.
5. Asfixia, APGAR menor a 6 a los 5 minutos.
6. Estatus convulsivo.
7. Inestabilidad hemodinámica/vasoactivos, en neonato con EG < 32 semanas.
8. Peso < 1500 gr, en neonato con EG < 32 semanas
9. Síndrome de distrés respiratorio (SDR)/ ventilación mecánica, en neonato con EG < 32 semanas.
10. Sepsis, en neonato con EG < 32 semanas.

Diagnósticos en EP neonatal para referencia/derivación a segundo nivel de atención

Paciente neonato (recién nacido que tiene 28 días o menos desde su nacimiento) con peso igual o mayor a 1 500 gr que aplique a diagnóstico de EP avanza a segundo nivel de atención médica neonatal, de no disponer de peso estimado se tomará como referencia la edad gestacional (EG) igual o mayor a 32 semanas.

Los pacientes neonatos con peso mayor o igual a 2 500 gr, activados desde primer nivel, se referirán al segundo nivel general y si la patología requiere a un tercer nivel de atención.

1. Cardiopatía congénita cianógena, en neonato con EG > 32 semanas
2. Apnea a repetición, en neonato con EG > 32 semanas
3. Asfixia APGAR <6 a los 5 min, en neonato con EG >32 semanas
4. Estatus convulsivo, en neonato con EG > 32 semanas
5. Inestabilidad hemodinámica/vasoactivos en neonato con EG > 32 semanas
6. Síndrome de distrés respiratorio/ventilación mecánica, en neonato con EG > 32 semanas
7. Sepsis, en neonato con EG > 32 semanas

0505-2020
00053-2020

7.1.2. Pediátrico

Diagnósticos EP pediátrico para referencia/derivación a tercer nivel de atención

1. Lesión por onda expansiva (material explosivo) *
2. Trauma tóraco-abdominal por aplastamiento
3. Asfixia por inmersión
4. Politraumatismo con índice de trauma entre 1 y 8 (anexo 1)
5. Quemadura: Agua caliente $\geq 40\%$ y fuego o aceite $\geq 20\%$ de Superficie corporal total. (SCT) (anexo 2).
6. Quemaduras eléctricas. Sin importar el porcentaje de Superficie corporal total quemada (SCTQ).
7. Quemadura con lesiones por inhalación. Sin importar el porcentaje de SCTQ.
8. Quemaduras químicas. Sin importar el porcentaje de SCTQ.
9. Quemaduras de 2do grado $>10\%$ con factores de riesgo **
10. Quemaduras de 2do grado $>20\%$ sin factores de riesgo
11. Quemaduras de 3er grado $>5\%$ con factores de riesgo
12. Quemaduras de 3er grado $>10\%$ sin factores de riesgo
13. Trauma craneoencefálico (TCE) con Glasgow ≤ 12 puntos; que disminuye en 2 puntos y se mantiene
14. TCE Grave Glasgow igual o menor a 8pts (Anexo 3)
15. Trauma penetrante de tórax/ abdomen

* Lesión por onda expansiva: Por bombas, explosiones domésticas (gas) o industriales y material pirotécnico.

** Factores de riesgo:

Menores a 2 años

- Quemaduras en áreas especiales o primarias: cabeza, cara, cuello, manos, pies e ingle
- Quemadura asociada a trauma: TCE, tóraco-abdominal o politrauma.
- Quemadura en pacientes con comorbilidad: infecciones, diabetes, inmunosupresión, nefropatías y cardiopatías con repercusión hemodinámica.

Diagnósticos EP pediátrico para referencia/derivación a segundo nivel de atención

1. Estatus convulsivo
2. Insuficiencia respiratoria con DOWNES ≥ 4
3. Politraumatismo con índice pediátrico $0 \leq 3$
4. Shock descompensado
5. TCE leve Glasgow ≥ 13 puntos
6. TCE moderado Glasgow < 13 puntos

7.1.3. Maternas

Diagnósticos de EP en maternas para referencia/derivación a tercer nivel de atención

1. Adolescente (< 15 años) con labor de parto.
2. Persona viviendo con VIH con amenaza de parto pretérmino o ruptura prematura de membranas (RPM) en embarazo < 32 semanas con amenaza parto pretérmino.
3. Criterios NEAR MISS en embarazo < 32 semanas.

4. Eclampsia en embarazo <32 semanas.
5. Embarazo <32 semanas con labor de parto.
6. Paciente con cesárea anterior (periodo intergenésico de 2 años) con embarazo <32 semanas con labor de parto.
7. Embarazo con feto con malformación mayor del sistema nervioso central (hidrocefalia, mielomeningocele, espina bífida) con labor de parto.
8. Embarazo con feto con malformaciones gastrointestinales mayores (gastrosquisis, onfalocele, atresia o estenosis duodenal) con labor de parto.
9. Monitoreo fetal categoría II en embarazo <32 semanas.
10. Embarazo múltiple <34 semanas o peso fetal <1500gr con labor de parto.
11. Presentación anormal o distócica <32 semanas, con labor de parto.
12. Preeclampsia con o sin signos de severidad en embarazo < 32 semanas
13. Shock séptico obstétrico

Diagnósticos EP materno para referencia/derivación a segundo nivel de atención

En caso de requerir atención en la unidad de cuidados intensivos para la madre, enviar a tercer nivel.

1. Persona viviendo con VIH con amenaza de parto pretérmino o ruptura prematura de membranas (RPM) en embarazo >32 semanas.
2. Criterios NEAR MISS en embarazo >32 semanas.
3. Eclampsia en embarazo >32 semanas.
4. Hemorragia aguda del primer, segundo y tercer trimestre del embarazo.
5. Hemorragia posparto con choque hemorrágico.
6. Paciente con cesárea anterior (periodo intergenésico de 2 años) con embarazo >32 semanas con labor de parto.
7. Meconio pesado con compromiso del bienestar fetal
8. Monitoreo fetal categoría II >32 semanas
9. Embarazo múltiple >34 semanas/ peso fetal >1500gr con labor de parto
10. Parto domiciliario (con signos de hemorragia, shock séptico, retención placentaria u otra condición que requiera atención por un nivel de mayor complejidad tanto para la madre como para el neonato)
11. Presentación anormal o distócica >32 semanas, con labor de parto.
12. Preeclampsia con o sin signos de severidad en embarazo > 32 semanas
13. Prolapso y procúbito de cordón umbilical
14. Sepsis materna

7.1.4. Adultos

Los diagnósticos detallados a continuación deberán cumplir con los requisitos mencionados en cada uno de ellos, en caso de no disponer de los medios (equipos diagnósticos) se comunicará al establecimiento de salud de la RPIS que recepta al usuario/paciente.

Para avanzar directamente a tercer nivel de manera obligatoria deberán contar con tomografía computarizada (TAC) de cráneo o electrocardiograma, según sea el caso, de lo contrario avanzarán a segundo nivel general según georreferencia.

Diagnósticos EP adulto para referencia/derivación a tercer nivel de atención

1. Enfermedad cerebrovascular (ECV) isquémica con necesidad de reperfusión de requerir avanzar hacia el tercer nivel de atención es obligatorio contar con el examen de apoyo diagnóstico de imagen tomografía axial computarizada simple realizada al usuario/paciente. Tomar en cuenta los siguientes parámetros

NIHSS (Puntaje de Accidente Cerebro Vascular del Instituto Nacional de Salud)	5 a 25
TAC	sin evidencia de hemorragia
Glucemia	50 y 400 mg/dl
Tiempo de evolución	no mayor a 4h

Fuente: Elaboración propia

2. Síndrome coronario agudo que amerita reperfusión urgente
 - ST elevado en ventana terapéutica (12 horas desde el inicio real del dolor hasta el inicio de la reperfusión mecánica o farmacológica). Considerar en este tiempo la hora de llegada del paciente a cada hospital y el tiempo que tardará en llegar el paciente al tercer nivel de atención médica.
 - ST elevado fuera de ventana terapéutica (mayor a 12 horas de evolución), con evidencia de isquemia persistente, determinada por la clínica del paciente como dolor intenso y refractario a la medicación, shock cardiogénico, que se evidencie EKG con nuevos bloqueos o arritmias graves, insuficiencia cardiaca aguda grave.
 - ST no elevado (independientemente de la ventana terapéutica), pero exclusivamente si presenta shock cardiogénico que este confirmado por ecocardiograma, complicaciones mecánicas, arritmias graves o según las escalas existentes para predecir dicho riesgo. (GRACE, TIMI).
3. Trauma craneoencefálico moderado-grave con necesidad quirúrgica urgente de requerir avanzar desde un hospital general hacia tercer nivel es obligatorio contar con el examen de apoyo diagnóstico de imagen tomografía axial computarizada simple realizada al usuario/paciente.
 - Craniectomía descompresiva temprana: en usuarios/pacientes con edema cerebral severo unilateral o bilateral difuso cuando la hipertensión intracraneal está fuera de control farmacológico.
 - Hematoma epidural: usuario/paciente con < 9 puntos en la escala de coma de Glasgow; independientemente del puntaje en la escala de coma de Glasgow, pacientes con alguno de los siguientes criterios:
 1. > 30 mL de volumen.
 2. Grosor del hematoma > 15 mm.
 3. Desviación de la línea media > 5 mm
 - Hematoma subdural: independientemente del puntaje en la escala de coma de Glasgow, pacientes que cumplan alguno de los siguientes criterios:
 1. Grosor del hematoma 10 mm.
 2. Desviación de la línea media 5 mm.
 3. Puntaje de Glasgow < 9 puntos.
 4. Deterioro neurológico rápido 2 puntos de Glasgow.
 5. Presión intracraneal > 20 mmHg
 - Hemorragia parenquimatosa: se consideran los siguientes criterios:

1. Volumen sanguíneo > 50 mL.
2. Lesiones de menor volumen asociadas a:
 - a) Compresión cisternal
 - b) Desviación de la línea media > 5 mm
 - c) Hipertensión intracraneal fuera de control

De no contar con el especialista en establecimientos de salud de la RPIS - segundo nivel de atención; por ningún motivo se negará la estabilización y manejo de usuarios/pacientes con diagnóstico de shock hemorrágico postraumático de posible origen cardíaco, pulmonar o vascular de grandes vasos, cuando no se disponga de especialistas en el segundo nivel.

Diagnósticos de EP en adultos para referencia/derivación a segundo nivel de atención

1. Enfermedad cerebro vascular sin necesidad de reperfusión
2. Insuficiencia respiratoria aguda grave
3. Paro cardiorespiratorio (resucitado)
4. Síndrome coronario agudo que no amerita reperfusión
5. Shock con inestabilidad hemodinámica
6. Shock hemorrágico post traumático
7. Estatus epiléptico
8. Trauma craneoencefálico moderado-grave sin necesidad de neurocirugía Glasgow igual o menor a 8 pts.

8. Datos a ser informados al SIREM para activar EP

8.1 Reporte al SIREM

1. Establecimiento de salud de la RPIS que activa el EP.
2. Nombre del médico responsable que activa el EP y su número telefónico de contacto.
3. Motivo de activación.
4. Datos del usuario/paciente:
 - a. Nombres y apellidos (si no se cuenta con datos, se registra como NN).
 - b. Edad
 - c. Número de cédula
 - d. Diagnóstico
 - e. Condición actual
 - f. Antecedentes de importancia (por ejemplo: Gineco-obstétricos para neonatos)
5. Hora de llega al establecimiento de salud que activa el EP.
6. Exámenes de laboratorio y/o imagen, información adicional.
7. Disponibilidad de transporte.
8. Hora de salida, nombre del acompañante y número telefónico de contacto.

9. Abreviaturas

APH	Atención prehospitalaria
ASN	Autoridad Sanitaria Nacional
DNARPCS	Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de la Salud
ECV:	Enfermedad cerebro vascular
Gr:	Gramos
IESS:	Instituto de Seguridad Social
ISSFA:	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
ISSPOL:	Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional
ITP:	Índice de trauma pediátrico
LP:	Labor de parto
MAIS:	Modelo de Atención Integral en Salud
ML	Mililitro
MSP:	Ministerio de Salud Pública
NIHSS.	Puntaje de Accidente Cerebro Vascular del Instituto Nacional de Salud (Traducido del inglés)
OMS:	Organización Mundial de la Salud
RN:	Recién nacido
RPC:	Red Privada Complementaria
RPIS:	Red Pública Integral de Salud
SCA:	Síndrome coronario agudo
SCT:	Superficie corporal total
SCTQ:	Superficie corporal total quemada
SDR:	Síndrome de distrés respiratorio
SIREM:	Sistema Integrado de Redes de Emergencias Médicas
SNC:	Sistema nervioso central
TCE:	Trauma cráneo encefálico
UCI:	Unidad de cuidados intensivos
UGR:	Unidad de gestión de red

00053-2020

10. Referencias

1. Calderón CV, Castro R, Codirector D, Pedro :, Arcos I, Oviedo G. CONCEPTO DE URGENCIA, EMERGENCIA, CATÁSTROFE Y DESASTRE: REVISIÓN HISTÓRICA Y BIBLIOGRÁFICA. 2013;17 Disponible en: <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/17739/3/TFM cristina.pdf>
2. Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS. 2018. 81-84 p.
3. Concha Torre A, Rey Galán C, Los Arcos Solas M. Categorización y triage del niño politraumatizado. Bol Pediatr. 2008;48(204):137-44.
4. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Tipología sustitutiva para homologar los establecimientos de salud por niveles de atención y servicios de apoyo del Sistema Nacional de Salud. 2015;22. Disponible en: www.salud.gob.ec
5. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Elaboración propia. 2020.
6. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma técnica del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud. 2013.
7. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. "LEVANTAMIENTO DEL PROCESO DE INTERNACIÓN ÁREAS QUIRÚRGICAS". 2017;

00053-2020

11. Anexos

Anexo 1. Politraumatismo: se adjunta tabla de cálculo del índice de trauma pediátrico (ITP)

Índice de trauma pediátrico (ITP)

	+2	+1	-1
PESO	>20 Kg	10-20 Kg	<10 Kg
VÍA AÉREA	Normal	Sostenible	Insostenible
TAS	>90 mmHg o pulso radial palpable Central y periférico	90-50 mmHg o pulso femoral palpable Central	<50 mmHg o pulsos ausentes
S.N.C.	Despierto	Obnubilado o pérdida de conocimiento	Coma o descerebrado
HERIDA	No	Menor	Mayor o penetrante
FRACTURA	No	Cerrada	Abierta o múltiple

Riesgo de Mortalidad estimado:
>8 = 0%, entre 1 y 8 = 1-60%, entre 0 y ≤-3 = 70-100%

Fuente: Concha Torre A, Rey Galán C, Los Arcos Solas M. Categorización y triage del niño politraumatizado. Bol Pediatr. 2008;48(204):137-44(3)

Anexo 2. Tabla para cálculo del porcentaje de superficie corporal total (SCT)

ÁREA QUEIMADA	DE 0 A 1 ANOS	DE 1 A 5 ANOS	DE 5 A 9 ANOS	DE 9 A 14 ANOS	ADULTOS
Cabeza	19 %	17 %	13 %	11 %	7 %
Pescoco	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %
Tronco anterior	13 %	13 %	13 %	13 %	13 %
Tronco posterior	13 %	13 %	13 %	13 %	13 %
Nádegas	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %
Brazo derecho	4 %	4 %	4 %	4 %	4 %
Brazo izquierdo	4 %	4 %	4 %	4 %	4 %
Antebrazo derecho	3 %	3 %	3 %	3 %	3 %
Antebrazo izquierdo	3 %	3 %	3 %	3 %	3 %
Mano derecha	2,5 %	2,5 %	2,5 %	2,5 %	2,5 %
Mano izquierda	2,5 %	2,5 %	2,5 %	2,5 %	2,5 %
Coxa derecha	5,5 %	6,5 %	8 %	8,5 %	9,5 %
Coxa izquierda	5,5 %	6,5 %	8 %	8,5 %	9,5 %
Perna derecha	5 %	5 %	5,5 %	6 %	7 %
Perna izquierda	5 %	5 %	5,5 %	6 %	7 %
Pé derecho	3,5 %	3,5 %	3,5 %	3,5 %	3,5 %
Pé izquierdo	3,5 %	3,5 %	3,5 %	3,5 %	3,5 %
Xenitais	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Fuente: Tabla de Land & Browder

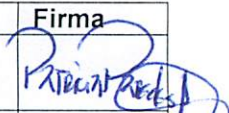
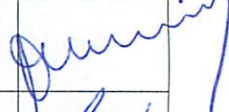

00053-2020

Anexo 3 Trauma craneoencefálico: Escala de Glasgow adaptada a la edad pediátrica

	Puntuación	Mayor de 1 año	Menor de 1 año	
Apertura ocular	4	Espontánea	Espontánea	
	3	Respuesta a órdenes	Respuesta a la voz	
	2	Respuesta al dolor	Respuesta al dolor	
	1	Sin respuesta	Sin respuesta	
	Puntuación	Mayor de 1 año	Menor de 1 año	
Respuesta motora	6	Obedece órdenes	Movimientos espontáneos	
	5	Localiza el dolor	Se retira al contacto	
	4	Se retira al dolor	Se retira al dolor	
	3	Flexión al dolor	Flexión al dolor	
	2	Extensión al dolor	Extensión al dolor	
	1	Sin respuesta	Sin respuesta	
	Puntuación	Mayor de 5 años	2 a 5 años	Menor de 2 años
Respuesta verbal	5	Orientado	Palabras adecuadas	Sonríe, balbucea
	4	Confuso	Palabras inadecuadas	Llanto consolable
	3	Palabras inadecuadas	Llora o grita	Llora ante el dolor
	2	Sonidos incomprensibles	Gruñe	Se queja ante el dolor
	1	Sin respuesta	Sin respuesta	Sin respuesta

Fuente: Traumatismos craneoencefálicos R. Hernández Rastrollo UCI pediátrica. Hospital Universitario Materno Infantil de Badajoz

Basándonos en esta escala, se clasifica el TCE como: leve, cuando la puntuación obtenida es 14 o 15; moderada, cuando obtenemos entre 9 y 13 puntos y grave, cuando la puntuación de Glasgow es inferior a 9.

	Nombre	Área	Cargo	Firma
Solicitado y aprobado	Mgs. Patricia Paredes	Dirección Nacional de Normatización	Directora	
Revisado	Ing. Darío Medranda	Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud	Director	
	MPh. Ximena Raza	Dirección Nacional de Normatización	Coordinadora	
Elaborado	Dr. José Aucapiña	Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud	Especialista	