DIARIO OFICIAL
DE LA REPUBLICA DE CHILE
Ministerio del Interior y Seguridad Pública

I SECCIÓN

LEYES, REGLAMENTOS, DECRETOS Y RESOLUCIONES DE ORDEN GENERAL

Núm. 43.385 | Martes 25 de Octubre de 2022 | Página 1 de 24

Normas Generales

CVE 2205886

MINISTERIO DE SALUD

Subsecretaría de Redes Asistenciales

APRUEBA REGLAMENTO SOBRE CONDICIONES CLÍNICAS GENERALES Y CIRCUNSTANCIAS PARA CERTIFICAR ESTADO DE EMERGENCIA O URGENCIA EN PACIENTE ADULTO, RECIÉN NACIDO Y PEDIÁTRICO

Núm. 34.- Santiago, 12 de noviembre de 2021.

Visto:

Lo dispuesto en los artículos 24 y 32, Nº 6 de la Constitución Política de la República, en el decreto con fuerza de ley Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley Nº 2.763, de 1979 y de las leyes Nº 18.933 y Nº 18.469; en la ley Nº 19.650, que Perfecciona Normas del área de la salud; en el decreto supremo Nº 369 de 1985, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento del Régimen de Prestaciones de Salud, en el decreto Nº 140, de 2005, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud y en la resolución Nº 7, de 2019, de la Contraloría General de la República, que Fija Normas de Excepción del Trámite de Toma de Razón.

Considerando:

1. Que, la protección de la vida y la conservación de la salud, constituyen derechos inalienables de las personas, y es deber del Estado asegurarlos a través de las políticas de salud.

2. Que, es deber del Ministerio de Salud velar por el acceso igualitario a las prestaciones sanitarias que requiera una persona, en especial, cuando de esta atención dependa su vida.

3. Que, los artículos 2° y 3°, letra a), de la ley Nº 19.650 y el artículo 11° de la ley Nº 18.469, todos refundidos en el artículo 141 del decreto con fuerza de ley Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud, establecen en lo pertinente, que las prestaciones comprendidas en el Régimen General de Garantías de Salud se otorgarán por el Fondo Nacional de Salud, a través de los establecimientos correspondientes a la red asistencial de cada servicio de salud y aquellos de carácter experimental a través de sus establecimientos, con los recursos físicos y humanos de que dispongan, sin perjuicio de los convenios que puedan celebrar al efecto los Servicios de Salud o Fonasa con otros organismos públicos o privados.

4. Que, el inciso segundo, del artículo 141, del decreto con fuerza de ley Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud, dispone que, en casos de emergencia o urgencia, debidamente certificados por un médico cirujano, el Fondo Nacional de Salud pagará directamente al prestador público o privado el valor por las prestaciones que hayan otorgado a sus beneficiarios, de acuerdo con los mecanismos dispuestos en esa ley.

5. La citada normativa dispone, además, que en casos de emergencia o urgencia se prohíbe a los prestadores exigir a los beneficiarios de esa ley, dinero, cheques u otros instrumentos financieros para garantizar el pago o condicionar de cualquier otra forma dicha atención, añadiendo, en su inciso segundo, que el Ministerio de Salud determinará por reglamento las condiciones generales y las circunstancias bajo las cuales una atención o conjunto de atenciones será considerada de emergencia o urgencia.

6. Que, para efectos de dar cumplimiento a este último precepto legal, el Ministro de Salud constituyó un grupo de trabajo con representantes de la Subsecretaria de Redes Asistenciales, el Fondo Nacional de Salud y la Superintendencia de Salud, además de representantes de sociedades médicas y expertos en el área de salud con la finalidad de tener una visión práctica y actualizada de este tipo de prestaciones de emergencia y sus problemáticas asociadas.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

7. Que, el resultado de este trabajo coordinado permitió consensuar un conjunto de condiciones clínicas generales que deben considerarse para la certificación de estado de emergencia para paciente adulto, recién nacido y pediátrico y la regulación de trámites administrativos que resultan necesarios para mejorar la gestión por parte de los prestadores públicos y privados, Servicios de Salud e Instituciones de Salud Previsional (Isapres) y su correspondiente fiscalización a cargo de los organismos competentes del sector salud.

8. Que, en base a las consideraciones expuestas,

Decreto:

Apruébese el siguiente reglamento sobre condiciones clínicas generales y circunstancias para certificar estado de emergencia o urgencia en paciente adulto, recién nacido y pediátrico.

TÍTULO I
Disposiciones generales

Artículo 1. Atención de emergencia o urgencia. Toda persona que se encuentre en una condición de emergencia o urgencia tendrá derecho a ser atendida en una unidad de emergencia, sin que proceda exigir dinero o algún tipo de instrumento financiero para garantizar el pago o condicionar de otra forma su atención.

Respecto del financiamiento de dichas atenciones, deberá estarse a lo dispuesto en el artículo 2 del presente reglamento.

Para efectos de este reglamento la expresión emergencia se entenderá como emergencia o urgencia, en los términos que previene el Art. 11° de la ley Nº 18.469.

Artículo 2. Beneficio de pago directo y préstamo. Los beneficiarios de Fonasa y los afiliados a Isapre cuya atención sea certificada como de emergencia por un médico cirujano de una unidad de emergencia, tendrán derecho a impetrar el beneficio que establecen los artículos 141 y 173 del decreto con fuerza de ley Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Este beneficio consiste en el pago directo por parte de Fonasa o Isapre, según sea el caso, al prestador público o privado, el valor de las prestaciones otorgadas en caso de emergencia debidamente certificada, que se traduce en un préstamo al beneficiario o afiliado de los montos no cubiertos, según el arancel Fonasa o el plan de salud convenido.

Artículo 3. Revisión de la certificación de estado de emergencia. Corresponderá a Fonasa, respecto de sus beneficiarios y en casos calificados, revisar las condiciones de emergencia certificadas por un médico cirujano, esto es, en el sentido de verificar y determinar que las atenciones y prestaciones otorgadas correspondan a una atención médica de emergencia como también que una atención que no ha sido considerada como tal deba calificarse así, para fines de su financiamiento.

Todo ello, sin perjuicio de las facultades que le corresponden a la Superintendencia de Salud, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 117 y siguientes, del decreto con fuerza de ley Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Artículo 4. Definiciones. Para efectos del presente reglamento, se entenderá por:

1. Condiciones generales de emergencia: Estados clínicos descritos para cada uno de los tipos de emergencia en un paciente adulto, recién nacido o pediátrico. Estas condiciones se encuentran indicadas en los títulos V y VI del presente reglamento.

2. Unidad de Emergencia: Servicio de atención médico cirujano quirúrgico, pediátrico o materno-infantil, ubicado en las instalaciones de un establecimiento de salud con autorización sanitaria, cuya dotación de médicos cirujanos, enfermeras, matronas, u otros profesionales de la salud aseguran la atención permanente las 24 horas del día, durante todo el año para consulta de urgencia de pacientes cuya gravedad y estado crítico pueden implicar riesgo de muerte o eventuales secuelas graves. Pueden ser de carácter público o privado.

3. Emergencia: Condición de salud o cuadro clínico que involucre estado de riesgo de muerte o riesgo de secuela grave de una persona y que requiera atención médica inmediata e impostergable.

Esta condición se certificará por un médico cirujano durante la evaluación de la atención médica de emergencia. No procederá dicha certificación durante el procedimiento de admisión ni en la etapa de categorización o Triage del paciente.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

4. Atención médica de emergencia: Prestación o conjunto de prestaciones otorgadas a una persona de forma inmediata, en una unidad de emergencia, con la finalidad de superar el riesgo de muerte o riesgo de secuela grave que presenta, hasta su estabilización.

5. Riesgo de muerte: Alta probabilidad de pérdida de la vida en forma inminente, debido a la aparición imprevista de un problema de salud, determinada por un médico cirujano en un proceso de atención médica de emergencia.

6. Riesgo de secuela grave: Alta probabilidad de falla grave de la función de un órgano o extremidad o riesgo de pérdida total o parcial y definitiva del órgano o extremidad afectada, que requiere atención inmediata.

7. Certificación de estado de emergencia: Declaración escrita y firmada por un médico cirujano de una unidad de emergencia, que da cuenta que una persona se encuentra en una condición de salud o cuadro clínico de riesgo de muerte o riesgo de secuela grave. El certificado de estado de emergencia deberá estar fundado en los antecedentes clínicos y paraclínicos del paciente, los cuales quedarán registrados en el Dato de Atención de Urgencia (DAU) que lleve el establecimiento de salud.

El certificado de estado de emergencia deberá contener la siguiente información:

1. Nombre completo y rol único nacional del paciente.

2. Fecha y hora de la certificación de estado de emergencia.

3. Hipótesis diagnóstica concordante con el diagnóstico consignado en el Dato de Atención de Urgencia (DAU).

4. Nombre, rol único nacional y firma del médico cirujano que certifica el estado de emergencia.

5. Nombre del establecimiento de salud.

6. Afiliación del paciente, con indicación si es beneficiario Fonasa o Isapre. En este último caso, nombre de la Isapre a la cual estuviere afiliado o fuere beneficiario.

En caso de los pacientes sin identificación, el prestador deberá adoptar todas las medidas necesarias para obtener esa información, debiendo en el intertanto identificar al paciente con la sigla N/N.

En el caso de recién nacidos no inscritos en el Servicio de Registro Civil e Identificación, se utilizará el rol único nacional de la madre, padre, abuela o abuelo.

En el caso de personas extranjeras se deberá indicar su condición migratoria y número de pasaporte.

8. Capacidad clínica resolutiva: Suficiencia de una unidad de emergencia, en personal y recursos físicos para brindar una atención médica de emergencia a una persona, de acuerdo a la patología que presenta.

9. Segunda certificación de emergencia: Procede cuando el paciente en condición de emergencia ha sido atendido en una unidad de emergencia que no cuenta con capacidad resolutiva para superar el cuadro que presenta, debiendo ser trasladado a otro establecimiento que cuente con dicha capacidad. En tal caso, ambos establecimientos deberán certificar el estado de emergencia del paciente.

10. Paciente terminal: Todo paciente que cumple copulativamente las siguientes condiciones:

1. Padecer una enfermedad o condición patológica diagnosticada por un equipo médico progresiva e irreversible con pronóstico fatal a corto o mediano plazo, que no sea susceptible de un tratamiento de eficacia demostrada que pueda modificar el pronóstico de muerte próxima, o bien las terapias en uso han dejado de ser eficaces.

2. Que, la condición clínica que define el ingreso a la unidad de emergencia no sea susceptible de tratamiento de eficacia demostrada que pueda modificar el pronóstico de muerte próxima, o bien las terapias en uso han dejado de ser eficaces.

11. Adecuación del esfuerzo terapéutico: Ajustar un tratamiento de un paciente que, a juicio del equipo médico tratante, ha llegado a una condición de irrecuperabilidad ya sea por tratarse de un paciente terminal, o bien, sin serlo, cuando la gravedad de su enfermedad lo acerca a una muerte próxima, a pesar de la terapia aplicada.

12. Tratamiento paliativo: Consiste en proporcionar una atención integral a pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo, con el objeto de preservar una mejora en su calidad de vida, con un enfoque interdisciplinario, considerando la muerte como un proceso natural, sin acelerarla ni retrasarla, aplicando una adecuación del esfuerzo terapéutico.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

13. Paciente estabilizado: Persona que habiendo estado en una condición de riesgo de muerte o riesgo de secuela grave, certificada por un médico cirujano de una unidad de emergencia, y que aun teniendo una patología no resuelta o parcialmente solucionada, puede ser trasladada a otro centro asistencial, sin poner en riesgo su vida o la evolución de su enfermedad.

14. Certificado de estabilización: Documento emitido por un médico cirujano que da cuenta del término del estado de emergencia y de la condición de paciente estabilizado, y autoriza su traslado a otro centro asistencial, siempre que ello no importe un riesgo a su vida o a la evolución de su enfermedad.

El certificado de estabilización deberá contener la siguiente información:

1. Nombre completo y rol único nacional del paciente.
2. Fecha y hora de la certificación de estabilización.
3. Diagnóstico.
4. Condiciones clínicas que debe cumplir el traslado.
5. Nombre, rol único tributario y firma de médico cirujano que certifica la estabilización del paciente.
6. Nombre del establecimiento asistencial donde el paciente es estabilizado.
7. Afiliación del paciente o condición de beneficiario Fonasa o Isapre. En este último caso, nombre de la Isapre a la cual estuviere afiliado o de la cual fuere beneficiario.

15. Opción por modalidad de atención: Respecto de los beneficiarios Fonasa, es la decisión del paciente estabilizado, o de quien lo represente, de atenderse mediante la Modalidad de Atención Institucional o la Modalidad Libre Elección, según lo dispuesto en el libro II, del decreto con fuerza de ley Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Respecto de los beneficiarios de Isapre, es la decisión del paciente estabilizado de atenderse en un establecimiento de la red preferente de prestadores establecida en el plan de salud contratado o en la Modalidad de Libre Elección.

En ambos casos, los beneficiarios y afiliados asumirán los costos que derivan de la atención, de acuerdo a la Modalidad de atención o plan de salud convenido. Esta opción deberá constar en un documento firmado por el paciente o quien lo represente, una vez emitido el certificado de estabilización.

16. Documento de opción de Modalidad de Atención Institucional (DOMA): Documento que declara la opción del paciente estabilizado respecto de la Modalidad de Atención Institucional. Este documento debe ser firmado por el paciente o quien lo represente, una vez emitido el certificado de estabilización.

El documento deberá dejar constancia de la decisión del paciente -beneficiario Fonasa o afiliado a Isapre-, de optar por continuar su atención en la Modalidad Institucional o la Modalidad Libre Elección, entendiéndose que si el paciente opta por esta última, continuará su atención en el prestador donde se certificó su estado de emergencia bajo la Modalidad de Libre Elección.

El DOMA deberá contener la siguiente información:

1. Nombre completo, rol único nacional y la firma del paciente.
2. Nombre completo, rol único nacional y/o rol único tributario de la persona natural que representa al paciente, si procediere.
3. Fecha y hora de emisión del documento.
4. Afiliación del paciente o condición de beneficiario Fonasa o Isapre. En este último caso, nombre de la Isapre a la cual estuviere afiliado o de la cual fuere beneficiario.

En el caso de los recién nacidos no inscritos en el Servicio de Registro Civil e Identificación, debe registrarse el rol único nacional de la madre, padre, abuela o abuelo. En el caso de personas extranjeras se deberá indicar su condición migratoria y número de pasaporte.

En caso de que el paciente o quien lo representante se niegue a firmar se deberá dejar constancia de esta circunstancia por un profesional del establecimiento de salud, entendiéndose para estos efectos, que el paciente o la persona que lo represente ha optado por la Modalidad de Atención Libre elección.

17. Rescate: Es la gestión que debe realizar el Servicio de Salud respectivo, en el caso de los beneficiarios Fonasa, una vez que el paciente estabilizado optó por ser atendido en la red asistencial pública; y las Isapres para el caso de los afiliados a ésta, para trasladar al paciente a la red de prestadores convenidos en el plan de salud.

En el caso de los beneficiarios Fonasa, el Servicio de Salud que debe atender al beneficiario, o su delegado, podrá siempre acceder al paciente para constatar su condición de estabilización y

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

realizar su traslado al centro asistencial de la red de salud que determine, si aún ello no se ha dispuesto, asumiendo la gestión de dicho traslado.

18. Gestión de Traslado: Procedimiento que consiste en la movilización de un paciente del establecimiento de salud que certificó la estabilización del paciente a otro establecimiento de salud, bajo las condiciones e indicaciones consignadas en la certificación de estabilización.

19. UGCC: Unidad de Gestión Centralizada de Casos, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, del Ministerio de Salud.

20. Fonasa: Fondo Nacional de Salud.

21. Isapre. Institución de Salud Previsional.

22. DAU: Dato de atención de urgencia.

23. DEIS Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud.

24. Código de Establecimiento DEIS: Estructura numérica que se le asigna a un establecimiento para su identificación, la cual se origina a solicitud de establecimiento y se asigna de acuerdo a los criterios del DEIS.

TÍTULO II
De la certificación de estado de emergencia

Artículo 5. Pacientes sin identificación. Todo establecimiento de salud público o privado deberá contar con un procedimiento de registro de los pacientes sin identificación. Dicho registro deberá contener la siguiente información: código de establecimiento DEIS, año de atención, número consecutivo de paciente.

La falta de rol único nacional o de rol único tributario de una persona no impedirá que se otorgue la atención médica de emergencia, correspondiendo al prestador público o privado adoptar las medidas necesarias que permitan determinar su identidad, cuando el paciente o quien lo represente, no pueda proporcionarla.

Artículo 6. Excepciones al beneficio. Las siguientes atenciones médicas de emergencia no darán derecho al beneficio previsto en el artículo 2 del presente reglamento.

a. El paciente, o quien lo represente, que una vez ingresado a una unidad de emergencia con capacidad clínica resolutiva, rechaza la atención médica disponible para superar la emergencia.

b. El paciente que estando hospitalizado y recibiendo las atenciones médicas de emergencia en una unidad de emergencia con capacidad clínica resolutiva para superar dicha condición, decide su traslado, por sí o quien lo represente, a otro establecimiento de salud.

c. El paciente terminal en los términos que establece el numeral 10 del artículo 4, del presente reglamento.

d. El paciente que durante el curso de su atención ambulatoria y/o hospitalización, requiere atención médica de emergencia para superar un riesgo de muerte o riesgo de secuela grave sobreviviente.

e. Persona que ingresa fallecida a una unidad de emergencia. El médico cirujano de la unidad de emergencia deberá constatar el fallecimiento y que la persona no es susceptible de maniobras de reanimación cardiopulmonar.

f. El recién nacido con diagnóstico de una patología prenatal con posibilidad de resolución en la red de prestadores Fonasa o Isapre, que es atendido electivamente por ese diagnóstico en un establecimiento asistencial que no forma parte de su red de salud.

En los casos señalados precedentemente, el financiamiento de las atenciones médicas será de cargo del paciente de acuerdo con el plan de salud convenido, en el caso de los afiliados a una Isapre o a la modalidad de atención de que se trate, en el caso de beneficiarios Fonasa.

Artículo 7. Certificado de estado de emergencia. El médico cirujano de la unidad de emergencia deberá emitir el certificado del estado de emergencia para paciente adulto o pediátrico en el plazo máximo de 6 horas desde la primera atención médica del paciente en dicha unidad.

En el caso del recién nacido, su condición de estado de emergencia se podrá certificar por un médico cirujano, desde el nacimiento y durante el periodo de puerperio inmediato, esto es hasta las 48 horas siguientes desde el parto vaginal y/o hasta las 72 horas siguientes desde el parto por cesárea. Esta certificación se respaldará con el comprobante de parto respectivo.

Con todo, tratándose de establecimientos de la red del Sistema Nacional de Servicios de Salud, la certificación de estado de emergencia deberá constar en el DAU o en la ficha clínica, en el caso del recién nacido.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

Artículo 8. Adecuación del esfuerzo terapéutico. El beneficio previsto en el artículo 2 del presente reglamento cesará desde el momento en que el médico cirujano registra en la ficha médica del paciente la decisión de adecuación del esfuerzo terapéutico. Dicha decisión debe contar con el consentimiento informado del paciente o de su representante.

Una vez registrada la adecuación del esfuerzo terapéutico, el paciente, o quien lo represente, podrá elegir la continuidad de su atención en el establecimiento donde se le otorgaron las atenciones de emergencia, en la Modalidad de Libre Elección para beneficiarios de Fonasa y afiliados a Isapre. Esta decisión quedará registrada en la ficha clínica del paciente. En este caso, el establecimiento de salud podrá solicitar un instrumento financiero para garantizar el pago de las atenciones que en adelante se brinden.

Artículo 9. Segunda certificación de emergencia. La primera certificación de emergencia se extenderá hasta el traslado del paciente, debiendo dejarse constancia en su ficha clínica de su condición de salud y las razones que respaldan esa decisión. Además, el paciente o su representante deberá firmar el consentimiento informado. Dicho traslado será financiado y autorizado por Fonasa o por la Isapre, según corresponda.

La negativa injustificada del paciente o de su representante a ser trasladado tendrá como efecto la pérdida del beneficio establecido en el artículo 2 del presente reglamento.

Corresponderá a Fonasa y a la Isapre, según el caso, orientar la búsqueda de una segunda unidad de emergencia con capacidad resolutiva de acuerdo con la condición clínica del paciente, ajustándose a los protocolos internos de cada establecimiento de salud.

En el caso de beneficiarios de Fonasa, esta autorización la realizará la UGCC, que determinará el prestador que realizará la segunda certificación de emergencia.

Respecto de los afiliados a Isapre, esta entidad será la que determinará el prestador que realizará la segunda certificación de emergencia.

Artículo 10. Actualización de información del paciente y falta de afiliación. El paciente o quien lo represente, deberá proporcionar oportuna y fielmente la información que le sea requerida por el establecimiento de salud, para su adecuada identificación, atención y certificación, especialmente su rol único nacional o rol único tributario y su domicilio.

Con todo, el establecimiento de salud deberá informar al paciente o a su representante de su obligación de actualizar su domicilio, previo a la certificación de estabilización.

La falta de afiliación del paciente a alguna entidad previsional de salud al momento de su ingreso a una unidad de emergencia no será impedimento para brindar las atenciones de salud que requiera, de manera inmediata e impostergable. En este caso, el valor de las atenciones que reciba el paciente se determinará según el arancel publicado por el establecimiento de salud.

Artículo 11. Servicio de traslado prehospitalario. Ante situaciones de riesgo de muerte o riesgo de secuela grave, los servicios de traslado prehospitalario deberán priorizar el traslado del paciente a la unidad de emergencia más cercana que cuente con capacidad resolutiva suficiente para la atención adecuada de su condición de emergencia.

Sólo en caso de que la condición clínica del paciente lo permita, su traslado se podrá realizar, a la unidad de emergencia correspondiente a su red de atención, de acuerdo con su plan de salud o modalidad de atención, siempre que el establecimiento cuente con capacidad clínica resolutiva. Sin embargo, si el paciente o su representante manifiesta su voluntad de ser ingresado a un establecimiento que no pertenece a su red de atención, deberá dejarse constancia de dicha decisión.

Artículo 12. Normativa aplicable. En aquellos casos en que la situación de riesgo de muerte o riesgo de secuela grave tenga su origen en un evento regulado por las siguientes leyes especiales, el médico cirujano deberá dejar registro de dicha circunstancia en la ficha clínica del paciente, debiendo el prestador de salud realizar las gestiones necesarias para darles cumplimiento.

Para el otorgamiento del beneficio establecido en el artículo 2 del presente reglamento, se dará cumplimiento preferente a las siguientes leyes:

1. Ley Nº 16.744, que establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

2. Ley Nº 18.490, que establece seguro obligatorio de accidentes personales causados por circulación de vehículos motorizados.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

3. Ley Nº 19.966, que establece un Régimen de Garantías en Salud. En este caso, será obligatorio efectuar la notificación de las patologías ley de urgencia-GES en la página web de la Superintendencia de Salud.

4. Ley Nº 20.850, que crea un sistema de protección financiera para diagnóstico y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto. El beneficiario tendrá derecho a las prestaciones incluidas en el Sistema de Protección Financiera de que trata esta ley, hasta ser trasladado a alguno de los prestadores aprobados por el Ministerio de Salud. En esta circunstancia, los costos de los tratamientos cubiertos por esta ley y que sean proporcionados por el prestador de urgencia, le serán rembolsados por Fonasa, con cargo al Fondo de Tratamientos de Alto Costo, de conformidad con lo previsto en el artículo 3º de la citada ley.

Artículo 13. Financiamiento de las atenciones de emergencia. Para efectos del préstamo a que se refiere el artículo 2 del presente reglamento, Fonasa o a la Isapre, según corresponda, pagará directamente al prestador público o privado, el valor de las atenciones de emergencia debidamente certificadas, en la parte de que sea de cargo de éstos, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 31º de la ley Nº 18.469, salvo que el beneficiario o afiliado decida no hacer uso del préstamo, una vez emitido el Certificado de Préstamo por Fonasa o la Isapre.

En tal caso, el beneficiario o afiliado pagará directamente a Fonasa o a la Isapre, las prestaciones que sean de su cargo, según el valor del arancel de la Modalidad Libre Elección en el primer caso y su plan de salud, en el segundo.

TÍTULO III
De la certificación de la estabilización y rescate

Artículo 14. Certificación de estabilización y envío de informe actualizado. En caso de verificarse las condiciones descritas en el numeral 13, del artículo 4 del presente reglamento, el médico cirujano deberá emitir el certificado de estabilización dejando constancia en la ficha clínica del paciente de las condiciones que deberá cumplir el traslado del paciente.

Además de lo anterior, el médico cirujano deberá emitir un informe actualizado de todas las atenciones recibidas por el paciente, incluidas las condiciones y requisitos de su traslado y acciones para recuperación.

Para efectos de coordinar y gestionar el rescate por el Servicio de salud en caso de ser beneficiario Fonasa o por la Isapre, respecto de sus afiliados, el informe actualizado deberá ser remitido a la UGCC en el primer caso y en el segundo, a quien determine la respectiva institución de salud.

Artículo 15. Documento de Opción de Modalidad de Atención Institucional (DOMA). La decisión de opción de Modalidad de Atención Institucional deberá declararse informadamente por el paciente y constar en un documento denominado DOMA.

Si el paciente se encuentra imposibilitado para firmar el DOMA y no cuenta con una persona que lo represente, se entenderá que ha optado por su atención en la red de prestadores que le corresponda bajo modalidad de Atención Institucional o red preferente de prestadores, debiendo el médico cirujano dejar constancia de ambas circunstancias en la ficha clínica del paciente.

En caso de negativa injustificada del paciente o de su representante de firmar el DOMA, se deberá dejar constancia en el mismo documento de ello y en su ficha clínica, entendiéndose para estos efectos, que el paciente ha optado por mantenerse en el establecimiento en el cual se encuentra, asumiendo los costos derivados posteriores a su estabilización de acuerdo con su previsión de salud. En este último caso, el establecimiento de salud podrá solicitar las garantías para el pago de las atenciones otorgadas, de acuerdo a la normativa vigente.

Si el paciente o su representante opta por la Modalidad de Atención Institucional, continuará su atención de salud en los organismos que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud, o entidades públicas o privadas con las cuales dichos organismos o Fonasa hayan celebrado convenios para estos efectos.

Si el paciente o su representante opta por la Modalidad de Libre Elección, continuará su atención de salud en un prestador privado de acuerdo con dicha modalidad. En tal caso, y desde la suscripción del DOMA, el prestador de salud podrá solicitar al paciente un instrumento financiero para garantizar el pago de las atenciones que reciba en la anotada modalidad, de acuerdo a la normativa vigente.

En el caso de los afiliados de Isapre, la red preferente de prestadores será la definida en el respectivo plan de salud.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

Artículo 16. Información del paciente para su traslado. Para efectos del traslado del paciente, una vez emitida la certificación de estabilización, respecto de los beneficiarios Fonasa, el Servicio de Salud y la UGCC y respecto de los afiliados a Isapres, estas últimas, podrán solicitar información al prestador de salud donde se encuentra el paciente y el envío de una descripción clínica completa de las atenciones recibidas.

Junto con la emisión del certificado de estabilización, el prestador deberá proporcionar y remitir dicha información a la brevedad, y por la vía más expedita.

Artículo 17. Rescate de pacientes estabilizados. El Servicio de Salud para el caso de beneficiarios de Fonasa y las Isapres, respecto de sus afiliados, según corresponda, serán los encargados de gestionar el rescate de los pacientes estabilizados y realizar su traslado, procurando que se cumplan las indicaciones del médico cirujano del establecimiento que certificó la estabilización del paciente.

Respecto de beneficiarios Fonasa hospitalizados en establecimientos de salud privada y que han optado por la Modalidad de Atención Institucional, el Servicio de Salud correspondiente, en coordinación con la UGCC, determinará el centro asistencial de su red o el prestador público o privado en convenio con Fonasa al que serán derivados y gestionar su rescate, procurando que transcurra el menor tiempo posible entre la decisión del paciente y la fecha de su rescate.

Si el Servicio de Salud no cuenta con capacidad resolutiva para atender la situación clínica del paciente estabilizado, deberá coordinar con otros Servicios de Salud o la red GES o la red de alta complejidad u otras el traslado del paciente en el menor tiempo posible, informando a la UGCC de dichas gestiones.

En el caso de afiliados a Isapre, si el prestador en convenio no cuenta con capacidad resolutiva para atender la situación clínica del paciente estabilizado, deberá gestionar su traslado con su red de prestadores correspondiente.

La negativa injustificada de un paciente o de su representante que ha optado por la Modalidad de Atención Institucional a ser trasladado a un centro asistencial de su red de salud, que cuente con la capacidad resolutiva para continuar con su atención clínica, producirá como efecto el cambio a la Modalidad de Libre Elección, lo que deberá registrarse en la ficha clínica del paciente.

En tal caso, el prestador de salud podrá solicitar las garantías para el pago de las atenciones que reciba el paciente luego de su estabilización.

Si habiéndose gestionado el rescate del paciente este se niega injustificadamente a ser trasladado, deberá asumir el costo en que haya incurrido el respectivo Servicio de Salud hasta el momento de su negativa.

Artículo 18. Servicio de Salud competente para el rescate. En el caso de beneficiarios de Fonasa, la gestión de rescate estará a cargo del Servicio de Salud correspondiente del domicilio registrado en el certificado previsional de Fonasa, al momento de la certificación de la estabilización del paciente.

En caso de no existir registro en el certificado previsional, será responsabilidad del beneficiario, o de su representante, informar a Fonasa un domicilio, así como comunicar cualquier cambio de éste previo a la certificación de su estabilización.

En caso de no registrar un domicilio al momento de la estabilización, el rescate se deberá realizar por el Servicio de Salud de la unidad de emergencia cuyo médico cirujano certificó el estado de emergencia del paciente.

Artículo 19. Servicio de traslado de pacientes. Para efectos del rescate, y tratándose de beneficiarios Fonasa, el Servicio de Salud deberá disponer de un móvil o ambulancia perteneciente al establecimiento que certificó la estabilización del paciente o, en caso de no contar con ello, podrá contratar un servicio de traslado privado, con sujeción a la normativa pertinente.

El traslado del paciente deberá cumplir las indicaciones establecidas por el médico cirujano que certificó la estabilización.

No procederá el traslado para pacientes en situación de alta hospitalaria.

TÍTULO IV
De las funciones

Artículo 20. Funciones del médico cirujano de la unidad de emergencia. Sin perjuicio de la certificación de que trata el artículo 7 del presente reglamento, corresponderá al médico cirujano

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

de la unidad de emergencia de un establecimiento de salud público o privado las siguientes funciones:

a) Atender a todo paciente que llegue a la unidad de emergencia con una condición clínica que implique riesgo de muerte o riesgo de secuela grave.

b) Emitir el certificado de estabilización y un informe actualizado del paciente estabilizado, de acuerdo con el artículo 14 del presente reglamento.

c) Informar oportunamente al asegurador o a quien éste designe y por la vía más expedita cualquier modificación de la condición clínica del paciente estabilizado, que pueda influir en la gestión de su rescate o en las condiciones de su traslado.

d) Informar permanentemente al paciente o a quien lo represente de su condición clínica y de la gestión de rescate y traslado.

e) Cumplir con lo previsto en el artículo 18º del decreto supremo Nº 35, de 2013, del Ministerio de Salud, que aprueba el reglamento de la Ley Nº 19.451 que establece normas sobre trasplante y donación de órganos.

f) Realizar la epicrisis al egreso del paciente del establecimiento de salud.

Artículo 21. Funciones del establecimiento de salud. Corresponderá al establecimiento de salud público o privado que cuente con una unidad de emergencia las siguientes funciones:

a) Otorgar atenciones de emergencia a toda persona que ingrese con riesgo de muerte o riesgo de secuela grave, sin que pueda rechazar la atención fundado en que el paciente pertenece a la red de otro Servicio de Salud o red de prestadores preferente.

b) Contar con infraestructura y equipamiento suficiente que permitan otorgar atenciones de emergencia. Para asegurar la continuidad de esas atenciones deben disponer de una red de derivación expedita a médicos cirujanos especialistas, servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico las 24 horas del día, que considere exámenes de laboratorio, imagenología, unidades de hemodinamia y angiografía, pabellones quirúrgicos y unidades de medicina transfusional y unidades de cuidado intensivo e intermedio.

c) Disponer de los medios físicos que permitan la certificación de estado de emergencia y de estabilización.

d) Informar oportunamente de la condición clínica del paciente a Fonasa o a la Isapre, según corresponda, al momento de su ingreso al establecimiento, durante su estabilización y hasta su egreso.

e) Informar adecuadamente a los pacientes de los beneficios, deberes y derechos que les asisten producto de la atención de emergencia, de acuerdo con lo establecido en el presente reglamento.

f) Informar en forma inmediata a la Isapre respectiva los casos de pacientes estabilizados que han hecho uso de la opción que regula el artículo 15 de este reglamento. En el caso de los beneficiarios Fonasa, deberá informar a la UGCC.

g) Notificar a la Superintendencia de Salud y a la UGCC, a través de las plataformas que dispongan al efecto, los pacientes en condición de emergencia vital o secuela funcional grave GES. Asimismo, deberá informar los casos de pacientes beneficiarios de la ley N° 20.850 y su respectivo reglamento.

h) Informar a la Mutualidad correspondiente o al Instituto de Seguridad Laboral si la condición clínica de riesgo de muerte o de riesgo de secuela grave que presenta el paciente puede ser consecuencia de un accidente de trabajo, para efectos de acceder a los beneficios de la ley N° 16.744.

i) Informar al paciente o a su representante, su obligación de regularizar su situación previsional en el plazo máximo de tres días hábiles desde su ingreso a la unidad de emergencia y de mantener actualizado su domicilio desde su ingreso y hasta su estabilización.

Artículo 22. Funciones de la Isapre. Corresponderá a la Isapre a la cual se encuentre afiliado el paciente las siguientes funciones:

a) Contar con un sistema de información de sus afiliados y beneficiarios, que contemple al menos su identificación completa y el plan de salud con su red de prestadores GES y no GES, según las instrucciones impartidas por la Superintendencia de Salud.

b) Contar con un sistema de gestión del paciente en condición de emergencia, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a fin de facilitar la emisión del certificado de estado de emergencia.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

TÍTULO V

De las condiciones clínicas generales para la certificación de estado emergencia en un paciente adulto

Artículo 23. Plazo para emitir el certificado de estado de emergencia. El médico cirujano de una unidad de emergencia deberá emitir el certificado de estado de emergencia hasta las 6 horas posteriores del inicio de la atención médica de emergencia.

La certificación de estado de emergencia se emitirá si el paciente presenta alguna de las condiciones clínicas generales que se describen a continuación:

1. Condiciones clínicas generales que impliquen emergencia respiratoria, que requieren reanimación y/o manejo inmediato e impostergable:

1.1. Hipoxemia definida por una saturación de O_2 en sangre arterial menor o igual a 90 por ciento, pese a que la administración de la fracción inspirada de oxígeno suplementaria sea mayor o igual a un 50 por ciento.

1.2. Requerimientos de ventilación mecánica no invasiva o invasiva.

1.3. Requerimiento de cánula de alto flujo de O_2 asociado a pronación en vigilia.

1.4. Que requiera intubación traqueal inminente.

1.5. Cuerpo extraño en la laringe, tráquea o los bronquios.

1.6. Síndrome postinmersión con compromiso cardiopulmonar y/o neurológico.

1.7. Tromboembolismo pulmonar de riesgo alto o riesgo intermedio-alto o con parámetros que sugieren disfunción ventricular derecha.

1.8. Hemoptisis asociada a insuficiencia respiratoria.

1.9. Homotórax.

1.10. Neumotórax traumático o neumotórax a tensión definido o neumotórax moderado o severo o neumotórax con requerimiento de drenaje pleural.

1.11. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) con alguna de las siguientes situaciones clínicas:

i. Agudización grave asociada a hipoxemia aguda que requiere soporte ventilatorio.

ii. Compromiso de conciencia debido a hipercapnia y fatiga muscular. Se requiere que sean copulativas.

iii. Inestabilidad hemodinámica según criterios clínicos vigentes o necesidad de fármacos vasopresores.

iv. Neumotórax.

1.12. Crisis asmática en una o más de las siguientes situaciones:

i. Inestabilidad hemodinámica de acuerdo a criterios clínicos vigentes.

ii. Alteración del estado de conciencia de acuerdo a criterios clínicos vigentes y/o convulsiones.

iii. Necesidad de oxigenoterapia con fracción inspirada de oxígeno de 50% o más o bien que necesite ventilación asistida.

iv. Refractaria a tratamiento con terapia estándar, con uso de musculatura accesoria, PCO_2 mayor de 40 y taquipnea.

v. PEF menor a 40% o menor a 250 ml/min.

2. Condiciones clínicas generales que impliquen emergencia circulatoria, que requieren reanimación y/o manejo inmediato e impostergable:

2.1. Shock cardiogénico.

2.2. Shock hipovolémico.

2.3. Shock distributivo.

2 4. Shock mixto.

2.5. Arritmias cardiacas asociada a una o más de las siguientes situaciones, con electrocardiograma alterado en la atención de emergencia:

i. Inestabilidad hemodinámica de acuerdo a criterios clínicos vigentes.

ii. Que consulta por síncope acontecido en las últimas 6 horas.

iii. Con alteración aguda del estado de conciencia de acuerdo a criterios clínicos vigentes.

iv. Con signos de insuficiencia cardiaca descompensada.

v. Asociada a edema pulmonar agudo.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

vi. Asociadas a síndrome coronario agudo.
vii. Secundarias a intoxicación por drogas o tóxicos.
viii. Secundarias a trastornos hidroelectrolíticos severos.
ix. Todas las taquicardias ventriculares.
x. Necesidad de marcapasos transitorio.
xi. Infarto agudo del miocardio del ventrículo derecho complicado con bradiarritmia.
xii. Asociada a alteraciones electrocardiográficas de riesgo: síndrome QT largo, hipertrofia septal en menores de 40 años, síndrome de preexitación, DAVD (dispiasia arritmogénica ventrículo derecho), síndrome de Brugada.

2.6. Insuficiencia cardiaca aguda que requiere reanimación y/o manejo inmediato e impostergable, en las siguientes situaciones:

i. Inestabilidad hemodinámica de acuerdo a criterios clínicos vigentes y/o signos de mala perfusión.
ii. Edema pulmonar agudo asociado a inestabilidad hemodinámica o insuficiencia respiratoria.
iii. Insuficiencia respiratoria refractaria.
iv. Con requerimiento de ventilación mecánica invasiva o no invasiva.
v. Necesidad de drogas vasoactivas.
vi. Asociada a síndrome coronario agudo (SCA).
vii. Asociada a intoxicación por fármacos u otros cardiotóxicos.
viii. Asociada a arritmia grave.
ix. Asociada a disfunción aguda de uno o más órganos.

2.7. Síndrome coronario agudo, asociado a:

i. Infarto agudo al miocardio.
ii. Paro cardiorrespiratorio recuperado.
iii. Dolor torácico agudo con signos de alarma: síntomas neurovegetativos, compromiso hemodinámico, dificultad respiratoria, insuficiencia cardiaca, arritmias, compromiso de conciencia, síncope. Asociado al menos a una de las siguientes condiciones:

- ECG: alteraciones sugerentes de isquemia miocárdica.
- Alteración de las enzimas cardiacas.

2.8. Emergencia hipertensiva: hipertensión arterial asociada a una o más de las siguientes situaciones:

i. Insuficiencia renal aguda.
ii. Accidente cerebrovascular (ACV) isquémico y/o hemorrágico.
iii. Hemorragia intracraneal (HIC): intraparenquimatosa o subaracnoidea.
iv. Edema agudo de pulmón (EPA).
v. Síndrome coronario agudo (SCA).
vi. Disección aórtica.
vii. Encefalopatía hipertensiva.
viii. Eclampsia.

2.9. Miocarditis agudas.
2.10. Pericarditis aguda con alguna de las siguientes situaciones:

i. Signos de taponamiento cardiaco clínico o por otros medios.
ii. Derrame pericárdico por imagenología, mayor a 20 milímetros.
iii. Antecedentes de trauma local reciente.

2.11. Neumopericardio.
2.12. Taponamiento cardíaco.
2.13. Síncope con alguna de las siguientes situaciones:

i. Antecedentes de: enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, arritmias, cardiopatía valvular, historia de arritmia ventricular, miocardiopatía, historia familiar de muerte súbita, marcapasos.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

ii. Con los siguientes síntomas y/o signos: dolor torácico, valvulopatía, insuficiencia cardiaca, ictus, compromiso de conciencia.

iii. Con alteraciones en el electrocardiograma (ECG) realizado en la unidad de emergencia: signos de isquemia, bradicardia o taquicardia significativa, “QT” largo, bloqueos, dispositivo cardiaco disfuncional.

iv. Según la regla de San Francisco, síncope asociado a una de las siguientes situaciones:

- Historia de Insuficiencia cardiaca congestiva.
- Hematocrito menor del 30%.
- ECG anormal.
- Historia o queja de dificultad para respirar (disnea).
- Presión arterial sistólica menor de 90 mmHg en Triage (evidenciado en la primera evaluación de Triage, al ingreso al servicio de emergencia).
- O regla de San Francisco que se encuentre vigente.

3. Condiciones clínicas generales que impliquen emergencia neurológica aguda, que requieren reanimación y/o manejo inmediato e impostergable:

3.1. Accidente cerebrovascular isquémico agudo, menor de 72 horas de evolución.
3.2. Accidente cerebrovascular hemorrágico agudo.
3.3. Isquemia transitoria aguda (TIA) en las últimas 24 horas.
3.4. Hemorragia intracraneal aguda.
3.5. Hemorragia subaracnoidea agudas.
3.6. Traumatismo Encéfalo Craneal (TEC) moderado y severo: según criterios de la guía clínica GES vigente.
3.7. Infección aguda del sistema nervioso central.
3.8. Coma.
3.9. Golpe de calor.
3.10. Pérdida súbita de la visión.
3.11. Síncope con alguna de las siguientes situaciones:

i. Antecedentes de: enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, arritmias, cardiopatía valvular, historia de arritmia ventricular, miocardiopatía, historia familiar de muerte súbita, marcapasos.

ii. Con los siguientes síntomas y/o signos: dolor torácico, valvulopatía, insuficiencia cardíaca, ictus, compromiso de conciencia.

iii. Con alteraciones en el electrocardiograma (ECG) realizado en la unidad de emergencia: signos de isquemia, bradicardia o taquicardia significativa, “QT” largo, bloqueos, dispositivo cardiaco disfuncional.

iv. Según regla de San Francisco, síncope asociado a una de las siguientes situaciones:

- Historia de insuficiencia cardiaca congestiva.
- Hematocrito menor del 30%.
- ECG anormal
- Historia o queja de dificultad para respirar (disnea).
- Presión arterial sistólica menor de 90 mmHg en Triage (evidenciado en la primera evaluación de Triage, al ingreso al servicio de urgencia o emergencia).
- O regla de San Francisco vigente.

3.12. Trastornos neuromusculares de inicio agudo con:

i Incapacidad para la extensión del cuello.
ii. Signos sugerentes de necesidad de apoyo ventilatorio inminente.
iii. Necesidad de protección de la vía aérea.

3.13. Parálisis flácida de inicio agudo.
3.14. Shock medular.
3.15. Síndromes convulsivos, en las siguientes situaciones:

i. Convulsión mayor a 5 minutos.

ii. Convulsión menor de 5 minutos sin recuperación del estado de conciencia que no corresponda a un estado postictal.

iii. Convulsión asociada a TEC.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

iv. Convulsión asociada a lesión cerebral de reciente diagnóstico.
v. Persistencia de la alteración del compromiso de conciencia y/o focalidad neurológica una vez yugulada la crisis convulsiva, que no corresponde a un estado postictal y no corresponde a una parálisis de Todd.

3.16. Trombosis de seno venoso agudo.
3.17. Proceso expansivo agudo intracraneano o intrarraquídeo, sintomático.
3.18. Hidrocefalia aguda.
3.19. Síndrome de hipertensión intracraneal agudo.

4. Condiciones clínicas generales que impliquen emergencia vascular aguda, entendiéndose aquellas que requieren reanimación y/o manejo inmediato e impostergable:

4.1. Síndrome compartimental con signos de mal perfusión cutánea o alteración neurovascular.
4.2. Síndrome aórtico agudo, en las siguientes situaciones clínicas:

i. Disección aórtica.
ii. Hematoma intramural.
iii. Úlcera penetrante.
iv. Insuficiencia aortica aguda según criterios clínicos vigentes.

4.3. Enfermedad arterial oclusiva aguda, se excluye la claudicación.
4.4. Trombosis Venosa profunda aguda de grandes vasos.
4.5. Disecciones de otros grandes vasos: carotideos, vertebrales, renales, mesentéricos, femorales.

5. Condiciones clínicas generales que impliquen emergencia asociadas a trauma, que requieren reanimación y/o manejo inmediato e impostergable:

5.1. Poli traumatizado, según criterios de guía clínica GES vigente.
5.2. Traumatizados de alta energía, según cinemática del trauma.
5.3. Traumatismo raquimedular agudo.
5.4. Fracturas o Luxo-fracturas con alguna de las siguientes características:

i. Complejas de columna.
ii. Fractura de la estructura pelviana.
iii. Con compromiso agudo neurológico o vascular.
iv. Con aplastamiento importante.
v. Con amputaciones traumáticas causantes de una secuela grave, según lo definido en este reglamento.
vi. Expuestas y graves según criterios clínicos vigentes.
vii. Con rotura de víscera sólida o hueca.
viii. Asociadas a politraumatismo.

5.5. Desforramientos de extremidades.
5.6. Amputaciones de extremidades traumáticas causantes de una secuela grave definida en este reglamento.
5.7. Trauma torácico, y/o abdomino-pélvico y/o genito-urinario con compromiso de víscera hueca y/o sólida.
5.8. Herida penetrante confirmada de cuello, tórax, abdominal, pélvica y/o genito-urinario.
5.9. Herida penetrante de extremidad con compromiso vascular o nervioso.
5.10. Trauma con evidencia de neumoperitoneo en imágenes.
5.11. Evidencia de rotura del diafragma.
5.12. Síndrome de aplastamiento con rabdomiolisis CK (creatin cinasa) mayor o igual a 5.000 unidades por litro.
5.13. Evisceraciones.
5.14. Hemoperitoneo.
5.15. Lesiones asociadas a explosión de productos químicos y radiación.
5.16. Mordeduras graves en la cabeza, cuello, manos y/o genitales.
5.17. Herida de bala por arma de fuego.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

6. Condiciones clínicas generales que impliquen emergencia quirúrgica, que requieren reanimación y/o manejo quirúrgico inmediato e impostergable en tiempo menor a 6 horas:

6.1. Apendicitis complicadas: con peritonitis localizada o difusa.
6.2. Trombosis mesentérica.
6.3. Perforación víscera hueca.
6.4. Obstrucción intestinal con sufrimiento de asas.
6.5. Hernias estranguladas.
6.6. Peritonitis no espontánea.
6.7. De origen ginecológico complicada.
6.8. U otras con indicación quirúrgica inmediata e impostergable, en menos de 6 horas.

7. Condición clínica de gran quemado, de acuerdo a criterios establecidos en la Guía Clínica GES, emitida por el Ministerio de Salud.

8. Condiciones clínicas generales que impliquen emergencia por intoxicación y/o sobredosis, entendiéndose aquella intoxicación grave de cualquier naturaleza (sustancias químicas, fármacos, gases, otros) incluyendo exposición a cáusticos que requieren reanimación y/o manejo inmediato e impostergable:

8.1. Intoxicación con compromiso de conciencia.
8.2. Intoxicación con convulsiones.
8.3. Intoxicación con alteración del electrocardiograma atribuibles a la droga causante de la intoxicación o sobredosis.
8.4. Intoxicación con alteraciones hemodinámicas.
8.5. Intoxicación con compromiso de la vía aérea actual o inminente.
8.6. Intoxicación por sustancias que impliquen un alto riesgo de muerte inminente.
8.7. Asociado a disfunción aguda de órganos.
8.8. Síndrome neuroléptico maligno.

9. Condiciones clínicas generales que impliquen otra emergencia relacionada con accidentes, que requieren reanimación y/o manejo inmediato e impostergable:

9.1. Loxoscelismo cutáneo visceral.
9.2. Mordedura por latrodectus mactans (araña viuda negra americana, también llamada araña del trigo).

10. Condiciones clínicas generales que impliquen emergencia asociada a compromiso de piel y partes blandas, que requieren reanimación y/o manejo inmediato e impostergable:

10.1. Heridas penetrantes o perforantes que tengan compromiso de paquete vasculo-nervioso.
10.2. Herida de bala por arma de fuego.
10.3. Infecciones graves de partes blandas con riesgo de infección necrotizante.

11. Condiciones clínicas generales que impliquen emergencia genito-urológicas en genitales de carácter masculino, requieren reanimación y/o manejo inmediato e impostergable:

11.1. Priapismo.
11.2. Torsión testicular aguda o testículo agudo que requiera manejo quirúrgico inmediato o impostergable.
11.3. Parafimosis de resolución quirúrgica.
11.4. Trauma peneano grave.

12. Condiciones clínicas generales que impliquen emergencia oftalmológica, que requieren reanimación y/o manejo inmediato e impostergable:

12.1. Causticación ocular.
12.2. Trombosis vena central de la retina.
12.3. Herida palpebral que compromete borde libre.
12.4. Desprendimiento traumático de la retina.
12.5. Trauma ocular que presente: hifema, dolor intenso persistente, alteración de la agudeza visual, hemorragia subconjuntival bulosa, pupila irregular aguda, deformidad del globo ocular, ojo rojo central por trauma.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

12.6. Glaucoma agudo.
12.7. Pérdida súbita de la visión.

13. Condiciones clínicas generales que impliquen emergencia otorrinolaringológica, que requieren reanimación y/o manejo inmediato e impostergable:

13.1. Epistaxis con inestabilidad hemodinámica.
13.2. Epistaxis posterior.
13.3. Hematoma del tabique.
13.4. Sordera súbita neurovascular.

14. Condiciones clínicas generales que impliquen emergencia gastroenterológica, que requieren reanimación y/o manejo inmediato e impostergable:

14.1. Hemorragias digestivas altas con:

i. Sangrado activo evidente.
ii. Sin sangrado activo, con inestabilidad hemodinámica.
iii. Según criterios clínicos vigentes de severidad.

14.2. Pancreatitis aguda moderadamente severa o severa según criterios clínicos vigentes.
14.3 Insuficiencia hepática aguda con: compromiso de conciencia y/o INR mayor de 2 y/o hipoglicemia.
14.4. Perforación esofágica.
14.5. Insuficiencia hepática crónica reagudizada asociada a disfunción de órgano según criterios clínicos vigentes.

15. Condiciones clínicas generales que impliquen emergencia gineco-obstétrica y/o urológica en genitales de carácter femenino, que requieren reanimación y/o manejo inmediato e impostergable:

15.1. Metrorragia con compromiso hemodinámico.
15.2. Abdomen agudo de origen ginecológico que requiere cirugía en menos de 6 horas: Incluye torsión ovárica, embarazo ectópico complicado, absceso tubo-ovárico roto u otros.
15.3. Hígado graso agudo del embarazo.
15.4. Eclampsia
15.5. Preeclampsia severa.
15.6. Síndrome de HELLP.
15.7. Deterioro severo de la unidad fetoplacentaria evidenciado por monitorización fetal electrónica y o doppler realizado al ingreso a la unidad de emergencia.
15.8. Metrorragia significativa del segundo y tercer trimestre del embarazo, que comprometa la hemodinamia materna y/o el bienestar fetal.
15.9. Trauma abdominal de alto riesgo en embarazo de alta energía o mayor de 16 semanas.
15.10. Embarazada en trabajo de parto en periodo expulsivo, definido como una vez alcanzada la dilatación completa.
15.11. Embarazada en trabajo de parto con diagnostico in situ de VIH positivo determinado en test rápido realizado en la atención de emergencia.
15.12. Rotura uterina.
15.13. Hematoma subcapsular hepático.
15.14 Evisceración.
15.15. Indicación de interrupción del embarazo por riesgo de muerte o secuela grave inminente de la madre.

16. Condiciones clínicas generales que impliquen emergencia infectológica, que requieren reanimación y/o manejo inmediato e impostergable:

16.1. Sospecha fundada de infección por Hanta virus: fundada en criterios y/o circulares epidemiológicas del Ministerio de Salud.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

16.2. Meningococcemia.
16.3. Mucormicosis.
16.4. Infecciones graves de partes blandas con riesgo de infección necrotizante de acuerdo a las siguientes condiciones clínicas: Dolor desproporcionado, signos de inflamación sistémica, crepitación y mala perfusión.
16.5. Sepsis grave o shock séptico.
16.6. Síndrome inflamatorio sistémico con criterios de severidad vigentes.
16.7. Síndrome de activación macrofágica,
16.8. En los casos que la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, a través de circular epidemiológica, establezca que una enfermedad infecciosa es una condición de emergencia, por el riego de muerto o riesgo de secuela grave.

17. Condiciones clínicas generales que impliquen emergencia nefrológica, entendiéndose aquellas que requieren reanimación y/o manejo inmediato e impostergable:

17.1. Falla renal aguda en urgencia dialítica.
17.2. Falla renal crónica en urgencia dialítica.

18. Condiciones clínicas generales que impliquen emergencia metabólica, que requieren reanimación y/o manejo inmediato e impostergable:

18.1. Hipoglicemia sintomática, con alteración de la conciencia.
18.2. Hiperglicemia hiperosmolar no cetócica con alguna de estas situaciones:

i. Compromiso de conciencia.
ii. Inestabilidad hemodinámica de acuerdo a criterios clínicos vigentes.
iii. Insuficiencia respiratoria.
iv. Alteraciones hidroelectrolíticas graves.
v. Shock.

18.3. Cetoacidosis diabética.
18.4. Debut de diabetes mellitus con cetoacidosis diabética en las siguientes situaciones:

i. Inestabilidad hemodinámica.
ii. Insuficiencia respiratoria.
iii. Alteraciones hidroelectrolíticas graves.
iv. Acidosis moderada o severa.
v. Shock.

18.5. Trastornos hidroelectrolíticos graves y agudos:

i. Hiperkalemia aguda y severa, de acuerdo a niveles en sangre según criterios clínicos vigentes.
ii. Hipokalemia severa, de acuerdo a niveles en sangre según criterios clínicos vigentes.
iii. Hiponatremia aguda y sintomática, de acuerdo a niveles en sangre según criterios clínicos vigentes.
iv. Hipernatremia severa, de acuerdo a niveles en sangre según criterios clínicos vigentes.
v. Hipocalcemia sintomática o de acuerdo a niveles en sangre según criterios clínicos vigentes.
vi. Hipercalcemia, de acuerdo a niveles en sangre según criterios clínicos vigentes.
vii. Acidosis Severa, según criterios clínicos vigentes.
viii. Alcalosis Severa, según criterios clínicos vigentes.

19. Condiciones clínicas generales que impliquen emergencia endocrinológica, que requieren reanimación y/o manejo inmediato e impostergable:

19.1. Insuficiencia suprarrenal aguda.
19.2. Tormenta tiroidea.
19.3. Coma mixedematoso.

20. Condiciones clínicas generales que impliquen emergencia asociadas a patologías inmunoalérgicas, que requieren reanimación y/o manejo inmediato e impostergable:

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

20.1. Shock anafiláctico con compromiso hemodinámico.
20.2. Edema angioneurótico.
20.3. Angioedema hereditario.

21. Condiciones clínicas generales que impliquen emergencia hemato-oncológica, que requieren reanimación y/o manejo inmediato e impostergable:

21.1. Neutropenia febril con recuento absoluto de neutrófilos menor de 500 por milímetro cúbico.
21.2. Coagulopatía con sangrado activo e inestabilidad hemodinámica.
21.3. Plaquetopenia con sangrado activo e inestabilidad hemodinámica.
21.4. Síndrome de lisis tumoral.
21.5. Leucemia aguda con coagulopatía asociada o trombocitopenia de acuerdo a criterios clínicos vigentes.
21.6. Síndrome de hiperviscosidad.
21.7. Crisis hemolítica con compromiso renal agudo y/o inestabilidad Hemodinámica.
21.8. Paciente hemofílico con hemartrosis o con hemorragia que genere inestabilidad hemodinámica.
21.9.Anemia Severa con hemoglobina < 7 mg/dl y/o con inestabilidad Hemodinámica.

22. Condiciones clínicas generales que impliquen emergencias asociadas a patología psiquiátrica, que requieren reanimación y/o manejo inmediato e impostergable:

22.1. Intento suicida asociado a complicación orgánica con riesgo de muerte o riesgo de secuela grave.
22.2. Paciente agitado o violento asociado a:

i. Indicación de contención física o contención farmacológica.
ii. Ingesta de fármacos o drogas.
iii. Síndrome de abstinencia.
iv. Complicación orgánica con riesgo de muerte o riesgo de secuela grave.

22.3. Psicosis aguda.

i. Agitación psicomotora con indicación de contención física o farmacológica.
ii. Riesgo de suicidio u homicidio.
iii. Complicación orgánica con riesgo de muerto o riesgo de secuela grave.

23. Condiciones clínicas específicas que implican otra emergencia con compromiso sistémico, que requieren reanimación y/o manejo inmediato e impostergable:

23.1. Paro cardiorrespiratorio recuperado.
23.2. Paro cardiorrespiratorio que luego de maniobras de RCP no se recupera. Se excluye el que ingresa fallecido.
23.3. Hipotermia.
23.4. Golpe de calor.
23.5. Rabdomiolisis.
23.6. Síndrome de Stevens Johnson.
23.7. Necrólisis epidérmica tóxica.

Artículo 24. Determinación de parámetros y criterios clínicos. El Ministerio de Salud determinará por resolución, los parámetros y criterios clínicos asociados a cada una de las condiciones clínicas generales establecidas para pacientes adultos, que se establecen en el presente título.

TÍTULO VI
De las condiciones clínicas generales para la certificación de estado emergencia en un paciente recién nacido y pediátrico

Artículo 25. Definición de recién nacido, recién nacido inmediato y paciente pediátrico. Para efectos del presente reglamento se entenderá por recién nacido a todo niño o niña con edad menor o igual a 28 días de vida. El recién nacido inmediato corresponde al recién nacido que se

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

encuentra en el periodo comprendido desde el parto y durante el puerperio inmediato de su madre, es decir, hasta las 48 horas en el caso de un parto vaginal y hasta las 72 horas posteriores a un parto por cesárea.

Se entenderá por paciente pediátrico, todo menor de 14 años 11 meses y 29 días.

Artículo 26. Plazo para la certificación del estado de emergencia de un paciente pediátrico o recién nacido. La certificación del estado de emergencia de un paciente pediátrico o recién nacido procederá respecto de todo paciente que reciba una atención de emergencia, en una unidad de emergencia de un establecimiento público o privado.

El médico cirujano deberá siempre consignar por escrito en la ficha clínica el o los síntomas que configuran o podrían configurar una condición de emergencia.

La certificación de estado de emergencia de un recién nacido inmediato, deberá efectuarse desde el momento de su nacimiento y durante el periodo de puerperio inmediato.

Con todo, la certificación de estado de emergencia deberá emitirse en el lapso máximo de 6 horas desde que se verifiquen alguna o algunas de las condiciones clínicas generales que se establecen en el presente título.

Artículo 27. Certificación de estado de emergencia del paciente recién nacido y/o pediátrico. Procederá la certificación de estado de emergencia si el paciente recién nacido y/o pediátrico presenta alguna o algunas de las condiciones clínicas generales que se describen a continuación:

1. Condiciones clínicas generales que impliquen emergencia respiratoria, que requieren reanimación y/o manejo inmediato e impostergable:

1.1. Hipoxemia definida por una saturación menor a 92% pese a la administración de una fracción inspirada de oxigeno (FiO_2) suplementaria mayor o igual a 50 por ciento, en ausencia de cardiopatía congénita cianótica.

1.2. Requerimientos de ventilación mecánica no invasiva o invasiva.

1.3. Requerimiento de cánula de alto flujo de O_2 asociado a pronación en vigilia.

1.4. BRUE, Brief Resolved Unexplained Events, de alto riesgo.

1.5 Cuerpo extraño en vía aérea en la laringe, tráquea o los bronquios.

1.6. Obstrucción de la vía aérea alta, incluyendo las laringitis agudas y graves.

1.7. Síndrome post inmersión con compromiso cardiopulmonar y/o neurológico.

1.8 Tromboembolismo pulmonar de riesgo alto o riesgo intermedio-alto o con parámetros que sugieren disfunción ventricular derecha.

1.9. Hemoptisis asociada a insuficiencia respiratoria.

1.10. Hemotórax.

1.11. Neumotórax traumático o neumotórax a tensión definido o neumotórax moderado o severo o neumotórax con requerimiento de drenaje pleural.

2. Condiciones clínicas generales que impliquen emergencia circulatoria, que requieren reanimación y/o manejo inmediato e impostergable:

2.1. Shock cardiogénico.

2.2. Shock hipovolémico.

2.3. Shock distributivo.

2.4. Shock Obstructivo.

2.5. Arritmias cardiacas asociada a:

i. Inestabilidad hemodinámica.

ii. Muerte súbita.

iii. Asociadas a sincope.

iv. Alteración del estado de conciencia.

v. Signos de insuficiencia cardiaca descompensada.

vi. Asociada a edema pulmonar agudo (EPA).

vii. Secundarias a intoxicación por drogas, tóxicos u otras.

viii. Secundarias a trastornos hidroelectrolíticos severos.

ix. Todas las taquicardias ventriculares.

x. Bradiarritmias sintomáticas o con trastorno severo de la conducción fundamentado por electrocardiograma o monitor.

xi. Necesidad de marcapasos transitorio.

xii. Asociada a cardiopatía estructural.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

xiii. Asociada a alteración electrocardiográficas de riesgo: Síndrome QT largo, hipertrofia septal, Síndrome de Brugada, síndrome pre-excitación, DAVD (displasia arritmogénica ventrículo derecho).

2.6. Miocarditis con compromiso hemodinámico.
2.7. Pericarditis aguda con signos de taponamiento cardiaco o derrame pericárdico asociado a compromiso hemodinámíco.
2.8. Neumopericardio.
2.9. Taponamiento cardiaco.
2.10. Edema pulmonar agudo.
2.11. Emergencias hipertensivas.
2.12. Cardiopatías Congénitas con defectos congénitos con riesgo vital, definidas por la guía clínica GES vigente, sin diagnóstico prenatal.
2.13. Hemorragias con repercusión hemodinámica.
2.14. Pérdidas digestivas asociadas a deshidratación severa con repercusión hemodinámica.
2.15. Presencia de tercer espacio y/o de pérdidas insensibles asociadas a deshidratación severa con repercusión hemodinámica.
2.16. Shock tóxico.
2.17. Shock medular.
2.18. Sepsis severa o shock séptico.

3. Condiciones clínicas generales que impliquen emergencia neurológica aguda, que requieren reanimación y/o manejo inmediato e impostergable:

3.1. Compromiso agudo de conciencia cualitativo o cuantitativo definido como Glasgow menor o igual a 12.
3.2. Caída de Glasgow en dos o más puntos en una hora con respecto a su basal.
3.3. Estatus convulsivo definida como crisis generalizadas >5 minutos de duración, o dos o más crisis entre las cuales el paciente no recupere la conciencia plenamente.
3.4. Convulsión asociada a TEC.
3.5. TEC moderado y severo según la guía clínica GES vigente.
3.6. Trombosis del seno venoso.
3.7. Infecciones agudas del sistema nervioso central.
3.8. Trastornos neuromusculares con compromiso ventilatorio.
3.9. Parálisis flácidas agudas.
3.10. Accidente cerebrovascular isquémico definido como déficit neurológico agudo de inicio brusco, no necesariamente focal, que puede estar asociado a convulsiones y/o con imágenes de cerebro que muestren un territorio arterial o venoso con signos de isquemia.
3.11. Hemorragia intracraneana que se expresa como un déficit neurológico agudo de inicio brusco, no necesariamente focal, que puede estar asociado a convulsiones y/o con neuroimagen sugerente.
3.12. Proceso expansivo agudo intrarraquídeo o intracraneano.
3.13. Hipertensión endocraneana definido como compromiso de conciencia asociado a:

i. Hipertensión arterial.
ii. Bradicardia.
iii. Signos de focalización.

4. Condiciones clínicas generales que impliquen emergencia asociadas a trauma, que requieren reanimación y/o manejo inmediato e impostergable.

4.1. Poli traumatizado según criterios de guía clínica GES vigente.
4.2. Traumatismo de alta energía, según cinemática del trauma.
4.3. Traumatismo raquimedular.
4.4. Fracturas y Luxo-fracturas con alguna de las siguientes características:

i. Complejas de columna.
ii. Fractura de la estructura pelviana.
iii. Con compromiso agudo neurovascular.
iv. Con compromiso extenso de partes blandas.
v. Con aplastamiento importante.
vi. Con amputaciones traumáticas de extremidades.
vii. Con rotura de víscera hueca y/o sólida.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

viii. Asociadas a politraumatismo.
ix. Expuestas y graves según criterios clínicos vigentes.

4.5. Desforramientos de extremidades.
4.6. Amputaciones traumáticas de extremidades causantes de secuela grave.
4.7. Trauma torácico, y/o abdomino-pélvico y/o genito-urinario con compromiso de víscera hueca y/o sólida.
4.8. Herida penetrante torácico, y/o abdomino-pélvico y/o genito-urinario.
4.9. Trauma con evidencia de neumoperitoneo en imágenes.
4.10. Evidencia de rotura del diafragma.
4.11. Síndrome de aplastamiento.
4.12. Evisceraciones.
4.13. Hemoperitoneo. Lesiones asociadas a explosión de productos químicos o radiación.

5. Condiciones clínicas generales que impliquen emergencia quirúrgica, que requieren reanimación y/o manejo quirúrgico inmediato e impostergable en tiempo menor a 6 horas:

5.1. Apendicitis complicadas asociadas a peritonitis localizada o difusa que requieren manejo quirúrgico inmediato e impostergable.
5.2. Obstrucción intestinal, invaginación, vólvulo, patologías con sufrimiento de asas, perforación de vísceras huecas u otras causas agudas.
5.3. Abdomen agudo de origen ginecológico.
5.4. Peritonitis no espontáneas.
5.5. Hernias atascadas no reductibles.
5.6. Torsión testicular.
5.7. Parafimosis de resolución quirúrgica.
5.8. Isquemia mesentérica.
5.9. Otras isquemias arteriales en otros territorios.
5.10. Mordeduras graves: compromiso extenso de partes blandas o ubicadas en cabeza, cuello, manos o genitales.
5.11. Cuerpo extraño en vía digestiva de tipo cortopunzante o batería/pila o cualquier especie de más de 2 centímetros de diámetro y 3 centímetros de largo.

6. Condición clínica de gran quemado, de acuerdo a criterios establecidos en la guía clínica GES del Ministerio de Salud.
7. Condiciones clínicas generales que impliquen emergencia por intoxicación y/o sobredosis, entendiéndose aquella intoxicación grave de cualquier naturaleza (sustancias químicas, fármacos, gases, otros) incluyendo exposición a cáusticos que requieren reanimación y/o manejo inmediato e impostergable.

7.1. Intoxicación con compromiso de conciencia.
7.2. Intoxicación con convulsiones.
7.3. Intoxicación con alteración del electrocardiograma atribuibles a la droga causante de la intoxicación o sobredosis.
7.4. Intoxicación con alteración con alteraciones hemodinámicas.
7.5. Intoxicación con compromiso de la vía aérea actual o inminente.
7 6. Intoxicación por sustancias que impliquen un alto riesgo de muerte inminente.

8. Condiciones clínicas generales que impliquen otra emergencia relacionada con accidentes, que requieren reanimación y/o manejo inmediato e impostergable:

8.1. Loxoscelismo cutáneo visceral.
8.2. Mordedura por Latrodectus mactans (araña viuda negra americana o también llamada araña del trigo).

9. Condiciones clínicas generales que impliquen emergencia endocrinológica, que requieren reanimación y/o manejo inmediato e impostergable:

9.1. Insuficiencia suprarrenal aguda.
9.2. Cetoacidosis diabética según Guía clínica GES vigente.
9.3. Tormenta tiroidea.
9.4. Síndrome hiperosmolar.
9.5. Debut de diabetes mellitus.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

10. Condiciones clínicas generales que impliquen emergencia asociadas a patologías inmunoalérgicas, que requieren reanimación y/o manejo inmediato e impostergable:

10.1. Shock anafiláctico.
10.2. Edema angioneurótico.
10.3. Angioedema hereditario.

11. Condiciones clínicas generales que impliquen emergencia oftalmológica, que requieren reanimación y/o manejo inmediato e impostergable:

11.1. Herida palpebral que compromete borde libre.
11.2. Desprendimiento traumático de la retina.
11.3. Trauma ocular que presente: hifema, dolor intenso persistente, alteración de la agudeza visual, hemorragia subconjuntival bulosa, pupila irregular, deformidad del globo ocular, ojo rojo central.
11.4. Pérdida súbita de la visión.
11.5. Explosión productos químicos.

12. Condiciones clínicas generales que impliquen emergencia otorrinolaringológica, que requieren reanimación y/o manejo inmediato e impostergable.

12.1. Epistaxis con compromiso hemodinámico.
12.2. Epistaxis posterior.
12.3. Hematoma del tabique.

13. Condiciones clínicas generales que impliquen emergencia metabólica, que requieren reanimación y/o manejo inmediato e impostergable:

13.1. Hipoglicemia sintomática.
13.2. Trastornos hidroelectrolíticos severos.
13.3. Recién nacido con hiperbilirrubinemia en rangos de Exanguineotransfusión.
13.4. Trastornos hidroelectrolíticos graves y agudos.

i. Hiponatremia aguda y severa, de acuerdo a niveles en sangre según criterios clínicos vigentes.
ii. Hipernatremia severa, de acuerdo a niveles en sangre según criterios clínicos vigentes.
iii. Hipocalemia severa, de acuerdo a niveles en sangre según criterios clínicos vigentes.
iv. Hipercalemia aguda y severa, de acuerdo a niveles en sangre según criterios clínicos vigentes.
v. Acidosis severa según criterios clínicos vigentes.
vi. Alcalosis severa según criterios clínicos vigentes.
vii. Hipocalcemia sintomática, de acuerdo a niveles en sangre según criterios clínicos vigentes.
viii. Hipercalcemia sintomática, de acuerdo a niveles en sangre según criterios clínicos vigentes.
ix. Hiperamonemia severa, de acuerdo a niveles en sangre según criterios clínicos vigentes.

14. Condiciones clínicas generales que impliquen emergencia hemato-oncológica, que requieren reanimación y/o manejo inmediato e impostergable:

14.1. Síndrome de lisis tumoral.
14.2. Hiperleucocitosis de acuerdo a criterios clínicos vigentes.
14.3. Plaquetopenia con sangrado activo y compromiso hemodinámico o de acuerdo a criterios clínicos vigentes.
14.4. Neutropenia febril con signos de shock.
14.5. Crisis hemolítica con compromiso renal agudo y/o inestabilidad hemodinámica.
14.6. Paciente hemofílico con hemartrosis o con hemorragia que genere inestabilidad hemodinámica.
14.7. Leucemia aguda con coagulopatía asociada.
14.8. Anemia severa con hemoglobina menor a 7 mg/dl e inestabilidad hemodinámica.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

15. Condiciones clínicas generales que impliquen emergencia nefrológica, que requieren reanimación y/o manejo inmediato e impostergable:

15.1. Insuficiencia renal aguda o crónica reagudizada con indicación de reemplazo renal urgente e impostergable.

16. Condiciones clínicas generales que impliquen emergencia infectológica, que requieren reanimación y/o manejo inmediato e impostergable:

16.1. Infecciones de partes blandas con sospecha de infecciones necrotizantes.
16.2. Sospecha de Celulitis orbitaria postseptal.
16.3. Procesos infecciosos de cara y cuello con compromiso de vía aérea.
16.4. Coqueluche grave con hiperleucocitosis y/o repercusión hemodinámica.
16.5. Meningococcemia.
16.6. Mucormicosis.
16.7. Síndrome inflamatorio sistémico con criterios de severidad vigentes.
16.8. Síndrome de activación macrofágica.
16.9. Sospecha fundada en circular de vigilancia y control de la infección por Hanta virus, vigente, emitida por la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud.
16.10. En los casos que la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, a través de circular epidemiológica, establezca que una enfermedad infecciosa es una condición de emergencia, por el riesgo de muerte o riesgo de secuela grave.

17. Condiciones clínicas generales que impliquen emergencia gineco-obstétrica, que requieren reanimación y/o manejo inmediato e impostergable:

17.1. Metrorragia con compromiso hemodinámico.
17.2. Abdomen agudo de origen ginecológico que requiere cirugía en menos de 6 horas: Incluye torsión ovárica, embarazo ectópico complicado, absceso tubo-ovárico roto u otros.
17.3. Hígado graso agudo del embarazo.
17.4. Eclampsia.
17.5. Preeclampsia severa.
17.6. Síndrome de HELLP.
17.7. Deterioro severo de la unidad fetoplacentaria evidenciado por monitorización fetal electrónica y o doppler realizado al ingreso a la unidad de emergencia.
17.8. Metrorragia significativa del segundo y tercer trimestre del embarazo, que comprometa la hemodinamia materna y/o el bienestar fetal.
17.9. Trauma abdominal de alto riesgo en embarazo de alta energía o mayor de 16 semanas.
17.10. Embarazada en trabajo de parto en periodo expulsivo, definido como una vez alcanzada la dilatación completa.
17.11. Embarazada en trabajo de parto con diagnóstico in situ de VIH positivo determinado en test rápido realizado en la atención de emergencia.
17.12. Rotura uterina.
17.13. Hematoma subcapsular hepático.
17.14. Evisceración.
17.15. Indicación de interrupción del embarazo por riesgo de muerte o secuela grave inminente de la madre.

18. Condiciones clínicas generales que impliquen emergencia gastroenterológica, que requieren reanimación y/o manejo inmediato e impostergable:

18.1. Hemorragias digestivas altas sin compromiso hemodinámico. Considerar en las siguientes situaciones:

i. Várices esofágicas.
ii. Asociada a un cuerpo extraño.
iii. Ingesta a cáusticos.

18.2. Hemorragias digestivas con compromiso hemodinámico.
18.3. Falla Hepática Aguda.
18.4. Pancreatitis aguda moderadamente severa y severas según criterios clínicos vigentes.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

19. Condición clínica de maltrato infantil, entendiéndose toda sospecha de maltrato Infantil, incluida la agresión sexual. En tal caso, el personal de salud deberá efectuar la denuncia en conformidad a la normativa vigente.

20. Condiciones clínicas generales que impliquen emergencias neonatológicas, entendiéndose aquellas presentadas en un recién nacido sin diagnóstico antenatal y que requiere reanimación y/o manejo inmediato e impostergable:

20.1. Recién Nacido Pre-término (edad gestacional menor a 34 semanas o menor a 2000 gramos, de peso nacimiento o de muy bajo peso de nacimiento).

20.2. Recién nacido con encefalopatía hipóxica isquémica de acuerdo a criterios clínicos vigentes.

20.3. Depresión neonatal grave de acuerdo a definición ministerial.

20.4. Recién nacido con saturación menor o igual al 92% después de la administración de O_2 FIO_2 40%.

20.5. Recién nacidos con síndrome de distrés respiratorio o falla respiratoria con requerimientos de ventilación mecánica no invasiva o invasiva.

20.6. Hidrops neonatal sin diagnóstico antenatal.

20.7. Sospecha fundada de Cardiopatías Congénitas con defectos congénitos con riesgo vital, definidas por la Guía clínica GES vigente, sin diagnóstico antenatal.

20.8. Malformaciones congénitas sin diagnóstico antenatal con riesgo de muerte o secuela grave de no mediar medidas terapéuticas urgentes e impostergables.

i. Hernia diafragmática.
ii. Disrafias espinales abierta según guía clínica GES vigente, sin diagnóstico antenatal.
iii. Atresia esofágica.
iv. Gastrosquisis, onfalocele.
v. Disrafias espinales abierta según guía clínica GES vigente.
vi. u otras que requieren manejo inmediato e impostergable.

20.9. Recién nacido con requerimiento de tratamiento inicio de terapia antirretroviral de urgencia, que es hijo de una madre que ingresa en trabajo de parto y realizan diagnóstico in situ de VIH positivo determinado por un test rápido el cual es realizado en la atención de emergencia.

20.10. Recién nacido con hiperbilirrubinemia en rangos de Exanguineotransfusión.

20.11. Recién nacidos con cuadro clínico y/o laboratorio de sepsis connatal.

20.12. Recién nacidos con trauma obstétrico que cumplan con alguna de las siguientes condiciones:

i. Inestabilidad hemodinámica.
ii. Compromiso de conciencia y/o encefalopatía hipóxica isquémica.
iii. Fractura de cráneo o sospecha fundada en clínica con Hundimiento y/o Gran Cefalohematoma progresivo.
iv. Asociado a lesión medular.
v. Politraumatizado.
vi. Requerimientos de soporte ventilatorio invasivo.
vii. Estatus convulsivo.
viii. Hemorragia intracraneana.
ix. Lesión de víscera sólida y/o hueca.
x. Fractura de huesos largos.

20.13. Recién nacido con TEC por caída.

20.14. Recién nacido con hipoglicemia menor de 30 mg/dl.

20.15. Recién nacido con hipoglicemia menor de 50 mg/dl que no responde a manejo oral.

20.16. Recién nacido en vía pública.

21. Condiciones clínicas generales que impliquen emergencias asociadas a patología psiquiátrica, que requieren reanimación y/o manejo inmediato e impostergable:

21.1. Intento suicida asociado a complicación orgánica con riesgo de muerte o riesgo de secuela grave.

21.2. Paciente agitado o violento asociado a:

i. Indicación de contención física o contención farmacológica.
ii. Ingesta de fármacos o drogas.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

iii. Síndrome de abstinencia.
iv. Complicación orgánica con riesgo de muerte o riesgo de secuela grave.

21.3. Psicosis aguda.

i. Agitación psicomotora con indicación de contención física o farmacológica.
ii. Riesgo de suicidio u homicidio.
iii. Complicación orgánica con riesgo de muerte o riesgo de secuela grave.

22. Condiciones clínicas específicas que implican otra emergencia con compromiso sistémico, que requieren reanimación y/o manejo inmediato e impostergable:

22.1. Paro cardiorrespiratorio recuperado.
22.2. Paro cardiorrespiratorio que luego de maniobras de RCP, no se recupera. Se excluye el que ingresa fallecido.
22.3. Hipotermia.
22.4. Hipertermia maligna.
22.5. Golpe de calor.
22.6. Rabdomiolisis con indicación de hiperhidratación o CK mayor a 1000 UI/L.
22.7. Síndrome de Stevens Johnson.
22.8. Necrólisis epidérmica tóxica.

23. Condiciones clínicas generales que impliquen emergencia vascular aguda, que requieren reanimación y/o manejo inmediato e impostergable:

23.1. Síndrome compartimental con signos de mal perfusión cutánea o alteración neurovascular.
23.2. Enfermedad arterial oclusiva aguda.
23.3. Trombosis Venosa profunda aguda de grandes vasos.
23.4. Disecciones de otros grandes vasos: carotideos, vertebrales, renales, mesentéricos, femorales.

Artículo 28. Determinación de parámetros y criterios clínicos. El Ministerio de Salud determinará por resolución, los parámetros y criterios clínicos asociados a cada una de las condiciones clínicas para paciente recién nacido y pediátrico, que se establecen en el presente título.

Artículo 29. Vigencia. El presente decreto entrará en vigencia al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial.

Artículo 30. Derogación. Deróguese el decreto supremo N° 369, de 1985 del Ministerio de Salud, en lo que resulte incompatible con las disposiciones del presente reglamento.

Anótese, tómese razón y publíquese en el Diario Oficial.- SEBASTIÁN PIÑERA ECHENIQUE, Presidente de la República.- Enrique Paris Mancilla, Ministro de Salud.
Transcribo para su conocimiento decreto afecto N° 34 - 12 de noviembre 2021.- Por orden de la Subsecretaria de Salud Pública.- Saluda atentamente a Ud., Yasmina Viera Bernal, Jefa de la División Jurídica, Ministerio de Salud.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl