



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
Departamento de Salud

**REGLAMENTO DEL SISTEMA INTEGRADO DE MANEJO UNIFORME DE TRAUMA Y
SERVICIOS DE EMERGENCIAS MÉDICAS EN PUERTO RICO**

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE SALUD
SAN JUAN, PUERTO RICO

REGLAMENTO DEL SISTEMA INTEGRADO DE MANEJO UNIFORME DE TRAUMA
Y SERVICIOS DE EMERGENCIAS MÉDICAS EN PUERTO RICO

ÍNDICE

CAPÍTULO I	TÍTULO, BASE LEGAL, PROPÓSITO, APLICABILIDAD Y DEFINICIONES.....	1
CAPÍTULO II	CERTIFICACIÓN COMO PROVEEDOR DE SERVICIO ESPECIALIZADO EN CUIDADO DE TRAUMA.....	4
CAPÍTULO III	PLAN REGIONAL O LOCAL DE CUIDADO DE TRAUMA..	10
CAPÍTULO IV	MEJORAMIENTO DEL DESEMPEÑO ORGANIZACIONAL.....	11
CAPÍTULO V	TRANSFERENCIA DE PACIENTES DE TRAUMA Y EMERGENCIAS MÉDICAS ENTRE FACILIDADES DE SALUD.....	11
CAPÍTULO VI	TRIAGE Y TRANSPORTE PREHOSPITALARIO.....	11
CAPÍTULO VII	REQUERIMIENTOS DE TRIAGE PARA FACILIDADES DE SALUD QUE ATENDAN PACIENTES CON TRAUMA.....	13
CAPÍTULO VIII	FACILIDADES DE CUIDADO DE TRAUMA: NIVELES DE ORGANIZACIÓN Y SUS CARACTERÍSTICAS.....	18
CAPÍTULO IX	EMERGENCIAS MÉDICAS PEDIÁTRICAS.....	21
CAPÍTULO X	FACILIDADES DE REHABILITACIÓN.....	34
CAPÍTULO XI	REGISTRO DE TRAUMA.....	34
CAPÍTULO XII	LÍMITES DE RESPONSABILIDAD.....	35
CAPÍTULO XIII	CLÁUSULAS SEPARABLES.....	35
CAPÍTULO XIV	CLÁUSULAS DE SALVEDAD.....	35
CAPÍTULO XV	VIGENCIA.....	35

**ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE SALUD
SAN JUAN, PUERTO RICO**

**REGLAMENTO DEL SISTEMA INTEGRADO DE MANEJO UNIFORME DE TRAUMA
Y SERVICIOS DE EMERGENCIAS MÉDICAS EN PUERTO RICO**

CAPÍTULO I

TÍTULO, BASE LEGAL, PROPÓSITO Y APLICABILIDAD, DEFINICIONES

ARTÍCULO 1.1 TÍTULO

Este Reglamento se conocerá como el Reglamento del Sistema Integrado de Manejo Uniforme de Trauma y Servicios de Emergencias Médicas en Puerto Rico.

ARTÍCULO 1.2 BASE LEGAL

Se adopta el presente Reglamento en virtud de la Ley Núm. 81 de 14 de marzo de 1912, según enmendada, que delega en la Secretaría del Departamento de Salud la responsabilidad de garantizar servicios de salud de excelencia al Pueblo de Puerto Rico, las disposiciones de la Ley Núm. 544 de 30 de septiembre de 2004, que establece que la Secretaría de Salud deberá adoptar la reglamentación necesaria para instituir un sistema integrado de manejo uniforme de trauma y servicios de emergencias médicas en nuestra jurisdicción. Este sistema estandarizado a nivel Isla reconocerá los hospitales que están capacitados para estabilizar y/o manejar trauma en la población adulta y pediátrica, y las disposiciones de la Ley Núm. 170 de 12 de agosto de 1988, según enmendada, conocida como la Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme (LPAU).

Conforme a las facultades delegadas en la Secretaría de Salud mediante la Ley Núm. 544, supra, el Departamento de Salud será el organismo encargado de adoptar los procedimientos y estándares necesarios para el establecimiento, funcionamiento y evaluación del Sistema de Trauma y Emergencias Médicas que se establece mediante este Reglamento.

ARTÍCULO 1.3 PROPÓSITO Y APLICABILIDAD

Achtualmente en Puerto Rico no existe un sistema integrado de manejo uniforme de trauma y servicios de emergencias médicas que pueda satisfacer la necesidad de cernimiento, evaluación y tratamiento médico apropiado, cumpliendo con los estándares de cuidado de los distintos colegios norteamericanos de Cirugía y Medicina de Emergencia. Estos estándares se desarrollan con el fin de atender pacientes de trauma y/o emergencia en un tiempo definido de una hora o menos por instituciones certificadas para dicha atención.

A través de este Reglamento se establece el Sistema Integrado de Manejo Uniforme de Trauma y Servicios de Emergencias Médicas en Puerto Rico, en adelante, "Sistema de Trauma", el cual incluye las normas y procedimientos uniformes para el tratamiento de pacientes de trauma que deberán ser adoptados por todas las facilidades de salud que participen del Sistema de Trauma, de modo que se garanticen a dichos pacientes un tratamiento adecuado y uniforme a través de todo Puerto Rico.

Este Reglamento será aplicable solamente a aquellas facilidades de salud que hayan solicitado ser parte del Sistema de Trauma que se establece por medio del mismo, y que hayan sido debidamente certificadas por el Departamento de Salud.

ARTÍCULO 1.4 DEFINICIONES

Para los fines de este Reglamento los términos aquí incluidos tendrán las definiciones que se indican a continuación:

- a) **AAP** – Academia Americana de Pediatría.
- b) **ACEP** – Colegio Americano de Médicos de Emergencia.
- c) **ACLS** – Técnicas avanzadas de soporte cardíaco.
- d) **ACSCOT** – Colegio Americano de Cirujanos-Comité de Trauma.
- e) **Acuerdos entre Hospitales** – acuerdos suscritos entre facilidades de salud, que formalizan arreglos para consultas y traslado de pacientes pediátricos y adultos a un centro de mayor nivel de cuidado.
- f) **Área de Resucitación de Trauma** – área designada dentro de la facilidad del Departamento de Emergencia diseñada para recibir y manejar pacientes de trauma.
- g) **ATCN** – curso desarrollado y auspiciado por el Colegio Americano de Cirujanos para adiestramiento de personal de enfermería sobre conocimientos y destrezas de manejo de pacientes de trauma.
- h) **ATLS** – curso desarrollado y auspiciado por el Colegio Americano de Cirujanos para adiestramiento a médicos sobre conocimientos y destrezas de manejo del paciente de

- trauma.
- i) **BLS** – técnicas básicas de resucitación incluyendo manejo simple de vía aérea, administración de oxígeno y acceso intravenoso.
 - j) **Certificación como Proveedor Especializado en Cuidado de Trauma** – documento oficial emitido por el Departamento de Salud a favor de una facilidad de salud para proveer servicios especializados en cuidado de trauma, de conformidad con los requisitos de este Reglamento.
 - k) **Co-morbilidad** – enfermedades cardíacas, respiratorias o metabólicas que complican el paciente de trauma.
 - l) **Control Médico** – dirección médica sobre actividades pre hospitalarias que aseguran la eficiencia de *Triage*, transportación y cuidado médico, así como la calidad de los servicios.
 - m) **Criterios del Triage** – una medida o método de evaluación de la severidad de las lesiones del paciente, especialmente en el cuidado pre hospitalario, que utiliza consideraciones anatómicas o fisiológicas del mecanismo de lesión.
 - n) **Criterios para Hospitales** – características deseables que ayudan a categorizar instalaciones de trauma en Nivel I, II, III y IV.
 - o) **Departamento** - Se refiere al Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y todos los programas, oficinas, dependencias y divisiones del mismo.
 - p) **Departamento de Emergencia** – área de un hospital que recibe habitualmente los pacientes de trauma que requieren evaluación médica y estabilización. Los departamentos de emergencia que cumplen con los requisitos establecidos en este Reglamento podrán ser designados como Facilidad de Cuidado de Trauma Nivel I, II, III o IV, según corresponda.
 - q) **Desastre** – cualquier acontecimiento que cause daño, destrucción ecológica, pérdida de vidas humanas, o deterioro de los servicios de salud, que requiera una respuesta externa inmediata.
 - r) **Designación** - reconocimiento formal de facilidades de salud por parte del Departamento de Salud como proveedores de servicios de salud especializados que cumplen con los requisitos del Departamento.
 - s) **Designación de Facilidades de Trauma y Emergencias Médicas** – proceso por el cual el Departamento identifica y/o certifica facilidades dentro del Sistema.
 - t) **Despacho** – coordinación de los recursos de emergencia en respuesta a un evento específico.
 - u) **Desvío (Bypass)** – protocolo médico u orden médica para el transporte de un paciente obviando la facilidad médica designada.
 - v) **Director del Servicio de Trauma y Emergencias Médicas** – médico designado por la institución y el personal médico para coordinar el cuidado de trauma.
 - w) **Emergencia Médica**- para efectos de este Reglamento se refiere a una emergencia médica traumática.
 - x) **Emergencia Médica Traumática** - para efectos de este Reglamento se refiere a toda condición médica resultante de un trauma. Se descarta de esta definición todo proceso que no esté vinculado a un paciente cuya condición clínica no sea resultado de un evento traumático.
 - y) **EMTALA** – “*Emergency Medical Treatment and Active Labor Act*”, 42 USC §1395dd, Ley Federal que obliga a los hospitales a proveer examen médico y estabilización de un paciente inestable antes de su traslado a otra facilidad utilizando todos los recursos disponibles antes del traslado.
 - z) **EMT-P** – Técnico de Emergencias Médicas, paramédico, persona adiestrada para proveer servicios de emergencias médicas, que está certificado por autoridades locales de acuerdo con la norma nacional vigente.
 - aa) **Equipo de Trauma y Emergencia médica traumática** – grupo de médicos que incluye emergenciólogos, cirujanos, anestesiólogos, ortopedas, y neurocirujanos, entre otros que interactúan en el cuidado del paciente de trauma y/o emergencia traumática de forma coordinada.
 - bb) **Extricación** – procedimiento mediante el cual se extrae a una persona pillada de un vehículo accidentado.
 - cc) **Facilidad de cuidado de Trauma (Trauma Center)** – hospital debidamente certificado por el Departamento para proveer servicios especializados de cuidado en trauma, de conformidad con este Reglamento.
 - dd) **Factor de riesgo** – característica estadísticamente demostrada que está asociada con una lesión particular.
 - ee) **GCS (Glasgow Coma Scale)** – Un sistema de puntaje que define el estado de alerta del paciente evaluando distintas respuestas fisiológicas a estímulos.
 - ff) **Implementación** – el desarrollo y activación del plan de trauma incluyendo el *Triage*, transporte y tratamiento del paciente.
 - gg) **Investigación** – estudios clínicos o de laboratorios diseñados para producir nuevos

- conocimientos para ser aplicados al cuidado de pacientes lesionados.
- hh) **ITLS (*International Trauma Life Support*)** – curso de capacitación estándar para el cuidado pre hospitalario del paciente de trauma.
 - ii) **ITLS Adulto** – Curso para personal pre hospitalario y otros proveedores avanzados hospitalario. Tiene como propósito la capacitación en destrezas y conocimientos para el manejo óptimo del paciente adulto de trauma.
 - jj) **ITLS Pediátrico** - Curso de actualización para personal pre hospitalario y otros proveedores avanzados, facultando a los participantes en las destrezas y conocimientos de las necesidades especiales de la población pediátrica de trauma.
 - kk) **Lesión** – el resultado de un acto que daña o lastima el cuerpo, con o sin intención, luego de exponerse a energía térmica, mecánica, eléctrica, física o química.
 - ll) **Mecanismo de Lesión** – fuente de fuerzas que producen deformaciones mecánicas y respuestas a los seres humanos.
 - mm) **Mejoramiento de desempeño organizacional** – método de evaluación y mejoramiento de procesos de cuidado de pacientes que enfatiza en soluciones de problemas de manera multidisciplinaria.
 - nn) **Médico Especialista en Medicina de Emergencia** – facultativo especialmente capacitado y adiestrado para el manejo de las condiciones médicas de emergencia y encargado de priorizar, evaluar, estabilizar y disponer apropiadamente los pacientes enfermos o lesiones que llegan al hospital.
 - oo) **Médico Especialista en Medicina de Emergencia Pediátrica** – médico con certificación o elegible a certificación en medicina de emergencia pediátrica acreditado por la AAP y ACEP.
 - pp) **Morbilidad** – incidencia relativa de la enfermedad.
 - qq) **Mortalidad** – la proporción de muertes.
 - rr) **Nivel I** – facilidades que cumplen con los requerimientos de nivel I designado por el Departamento.
 - ss) **Nivel II** – facilidades que cumplen con los requerimientos de nivel II designado por el Departamento.
 - tt) **Nivel III** – facilidades que cumplen con los requerimientos de nivel III designado por el Departamento.
 - uu) **Nivel IV** – facilidades que cumplen con los requerimientos de nivel IV designado por el Departamento.
 - vv) **NRP – Neonatal Resuscitation Program.**
 - ww) **Paciente de Trauma** – todo paciente que recibe trauma y tiene dos (2) o más sistemas afectados (poli traumatizados).
 - xx) **Paciente pediátrico** – persona de 0 a 21 años de edad.
 - yy) **PALS** – curso desarrollado y auspiciado por la Asociación Americana del Corazón y la Academia Americana de Pediatría para profesionales de la salud, sobre aplicación de medidas avanzadas para soporte de vida de pacientes pediátricos.
 - zz) **PHTLS** – curso para personal pre hospitalario sobre conceptos básicos y avanzados de soporte de vida en pacientes de trauma.
 - aaa) **Plan de Trauma de Emergencias Médicas Traumáticas Local o Regional** - documento desarrollado por las regiones y aprobado por el Departamento, donde se describen normas, procedimientos y protocolos para el manejo de pacientes de trauma.
 - bbb) **Prevención de lesiones** – esfuerzos para evitar incidentes que puedan resultar en lesiones.
 - ccc) **Programa de prevención de trauma** – programa dirigido a aumentar el conocimiento en métodos para la prevención de lesiones.
 - ddd) **Programa de Trauma y Emergencias Médicas** – unidad administrativa que incluye y coordina otras actividades relacionadas al trauma, incluyendo pero no limitado a, prevención de lesiones, educación al público y actividades de educación médica continua.
 - eee) **Protocolo** – establecidas para estandarizar la práctica o manejo de emergencias médicas traumáticas.
 - fff) **Puntuación de severidad de lesión (ISS)** – la suma de los cuadrados de la puntuación de la escala de lesión de las tres regiones más lesionadas del cuerpo.
 - ggg) **Puntuación Revisada de Trauma (RTS)** – sistema de puntuación desarrollado para área pre hospitalaria y/o salas de emergencias donde valores numéricos son asignados a diferentes niveles de escala de Glasgow, presión sistólica y respiratoria.
 - hhh) **Región de Trauma y Emergencias Médicas** – área geográfica organizada que cumple con los estándares desarrollados por el Departamento con el propósito de dar atención a pacientes de trauma. Dentro de las regiones de trauma y emergencias médicas traumáticas se incluirán los Departamentos de Emergencia debidamente designados como Facilidades de Cuidado de Trauma Nivel I, II, III y IV.
 - iii) **Regionalización** – identificación de recursos disponibles dentro de un área geográfica y la coordinación de los servicios que necesitan grupos específicos de pacientes.

- jjj) **Regiones de Cuidado de Trauma y Emergencias Médicas Traumáticas** – áreas geográficas definidas por el Cuerpo de Emergencias Médicas de Puerto Rico.
- kkk) **Registro Nacional de Trauma y Emergencias Médicas Traumáticas** – programa de computadora usado para el rastreo y análisis de víctimas de traumas y/o emergencias que son transportados dentro del Sistema.
- lll) **Rehabilitación** – servicios que tratan de devolver a la sociedad un paciente funcional en su estado físico, psicológico, social, vocacional y educativo.
- mmmm) **Secretario(a) o Secretario(a) de Salud** - Se refiere al Secretario(a) del Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
- mmm) **Secretario(a) Auxiliar** – significa el Secretario(a) Auxiliar de la Secretaría Auxiliar para la Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud.
- oooo) **Secretaria Auxiliar para la Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud (SARAfS)** – significa dependencia del Departamento de Salud a cargo de la certificación de las Facilidades de Cuidado de Trauma en Puerto Rico.
- ppp) **Servicios de Emergencias Médicas Traumáticas** – disposición de personal, facilidades y equipo para cuidado de emergencias traumáticas, necesarias para prevenir o manejar incidentes de emergencias tales como accidentes y desastres entre otros.
- qqq) **Servicios de Emergencias Médicas Traumáticas para Niños (EMS-C)** – disposición de personal, facilidades y equipo para la coordinación efectiva de cuidado de emergencias traumáticas para infantes, niños y adolescentes, integrado totalmente dentro del Sistema de Emergencias Médicas Traumáticas.
- rrr) **Sistema de Comunicación** – colección de redes individuales de comunicación, sistema de transmisión, estaciones repetidoras, capaz de formar un diseño de interconexión o interoperación integral. Los componentes individuales deben servir a un propósito común, ser técnicamente compatible empleando procedimientos comunes y operando al unísono.
- sss) **Sistema de Trauma** – se refiere al Sistema de Trauma y Servicios de Emergencias Traumáticas. Enfoque organizado para tratar pacientes con lesiones, que provee personal adiestrado (24 horas al día), así como facilidades y equipo para un cuidado coordinado apropiado. Las Facilidades de Cuidado de Trauma se encargarán de atender las lesiones de acuerdo a la gravedad y agudeza de las mismas. El Sistema de Trauma incluye las Salas de Emergencia debidamente designadas como Facilidades de Cuidado de Trauma Nivel I, II, III y IV.
- ttt) **Tiempo de respuesta** – tiempo transcurrido entre el despacho de la unidad de emergencia y el arribo de ésta a la escena.
- uuu) **Trauma Mayor** – subconjunto de las lesiones que recibe el paciente que requiere un enfoque sistemático con el fin de salvar la vida y la integridad física.
- vvv) **Trauma** – se refiere a cualquier lesión en el cuerpo.
- www) **Triage (cernimiento)** – proceso de clasificación de pacientes lesionados a base del grado de lesión, asignando recursos de forma eficaz y eficiente, en orden de optimizar el cuidado y ofrecer la mejor oportunidad de sobrevivencia.
- xxx) **Triage o cernimiento de Campo** – clasificación de los pacientes según las necesidades médicas en un desastre.

CAPÍTULO II

CERTIFICACIÓN COMO PROVEEDOR DE SERVICIO ESPECIALIZADO EN CUIDADO DE TRAUMA

ARTÍCULO 2.1 SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN COMO PROVEEDOR DE SERVICIO ESPECIALIZADO EN CUIDADO DE TRAUMA

Toda facilidad de salud que desee ser designada como proveedor de servicio especializado a través del Sistema Integrado de Manejo Uniforme de Trauma y Servicios de Emergencias Médicas de Puerto Rico, deberá obtener una “Certificación como Proveedor de Servicio Especializado en Cuidado de Trauma” del Departamento de Salud.

ARTÍCULO 2.2 SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE DESIGNACIÓN

A. Nueva Solicitud

- 1) Toda facilidad que desee ser designada y certificada como proveedor de servicio especializado en cuidado de trauma, a través del Sistema Integrado de Manejo Uniforme de Trauma y Servicios de Emergencias Médicas de Puerto Rico deberá presentar una “Solicitud de Certificación” en la Secretaría Auxiliar para Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud (SARAfS) con no menos de 180 días calendarios, previo a la fecha en que proyecta comenzar a proveer el servicio.

- 2) Las facilidades que soliciten la certificación para ser parte del Sistema deben estar debidamente licenciadas por la SARAFS y tener su licencia operacional vigente.
- 3) La facilidad deberá completar la solicitud en el formato provisto por el Departamento de Salud.
- 4) No se aceptarán solicitudes incompletas.
- 5) La solicitud será evaluada por la SARAFS, la cual determinará la categoría de servicio de la facilidad y su participación dentro del Sistema de Trauma, conforme a las facilidades físicas, equipo y personal disponible y la necesidad del servicio. Los criterios para la clasificación de la facilidad de salud como proveedor dentro del Sistema de Trauma se establecen en el Capítulo VII de este Reglamento.
- 6) El importe por concepto de solicitud de Certificación será de veinticinco dólares (\$25.00).

B. Documentación

- 1) La solicitud de Certificación deberá estar acompañada de la siguiente documentación:
 - a) Licencia de médicos especialistas por especialidad que ofrece servicios en la facilidad, de conformidad con la categoría designada por SARAFS.
 - b) Lista de equipo disponible
- 2) La Secretaría Auxiliar para la Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud, podrá requerir otros documentos que la Secretaría de Salud entienda necesarios, mediante Orden Administrativa y/o carta circular.
- 3) Es responsabilidad de la facilidad certificada mantener la lista y las credenciales del personal profesional, por especialidad, actualizadas en el expediente bajo la custodia de SARAFS.

C. Inspecciones

- 1) La SARAFS programará una inspección a la facilidad que presente una "Solicitud de Certificación" para ser designada como proveedor de servicio especializado, a través del Sistema Integrado de Manejo Uniforme de Trauma y Servicios de Emergencias Médicas de Puerto Rico.
- 2) La inspección podrá ser inicial, de seguimiento, o como parte del proceso de investigación de una querrela, o incidente relacionado a los servicios especializados que ofrece la facilidad concernida de conformidad con este Reglamento.
- 3) Las inspecciones se realizarán por inspectores debidamente autorizados por la/el Secretaria/o de Salud, a través de la SARAFS. Éstos, deberán estar siempre identificados, para así mostrar a cualquier persona que le requiera ver una identificación.
- 4) La/El Secretaria/o de Salud podrá ordenar inspecciones en cualquier momento que estime pertinente, sin mediar notificación.
- 5) La/El Secretaria/o Auxiliar de la Secretaría Auxiliar para Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud, y sus representantes autorizados, inspectores de la SARAFS, realizarán las inspecciones o investigaciones que crean necesarias, y podrán revisar cualquier documento de la facilidad en forma tal que se pueda constatar el cumplimiento con cada uno de los requisitos establecidos en este Reglamento.
- 6) Luego de la inspección, SARAFS podrá requerir a la facilidad el correspondiente Plan de Corrección, según corresponda.
- 7) El importe por concepto de inspección será de cincuenta dólares (\$50.00) por hora, por inspección, por inspector.

D. Inspección Inicial

- 1) Una vez radicada la solicitud de certificación, SARAFS coordinará una inspección dentro de término de los sesenta (60) días calendarios de recibir la solicitud.

- 2) Al momento de realizar la inspección, la facilidad deberá contar con el equipo y el personal necesario para ofrecer servicios especializados en el nivel de trauma solicitado, a tenor con el Capítulo VIII de este Reglamento.
- 3) Durante la visita de inspección se evaluará, pero sin limitarse:
 - a) Equipo disponible
 - b) Procedimientos y políticas establecidas por la facilidad
 - c) Programa de Mejoramiento de Calidad
 - d) Planta Física y Seguridad de la facilidad
 - e) Protocolo de Traslado de Paciente
 - f) Sistema de Comunicación
 - g) Preparación del Equipo Médico
 - h) Sistema de Integración para el traslado de pacientes a otras facilidades
 - i) Cualquier otro documento que SARAFS entienda pertinente

4) Todo proceso de inspección contendrá una conferencia de entrada y una conferencia de salida. En la conferencia de entrada, los inspectores se presentarán al personal que designe la administración, expresarán el propósito de la visita de inspección, e indicarán el proceso a llevarse a cabo. Durante la conferencia de salida, los inspectores, le expresarán al personal que designe la administración los hallazgos preliminares, el recibo del Informe de Deficiencias y la contestación al mismo, o sea, el Plan de Correcciones.

E. Informe de la Inspección y Plan de Correcciones

- 1) El informe de inspección incluirá todos los señalamientos de las deficiencias encontradas durante el proceso de evaluación de las facilidades y será notificado en los próximos veinte (20) días laborables siguientes a la inspección.
- 2) El Departamento de Salud concederá un término de veinte (20) días laborables desde que la facilidad inspeccionada recibe el Informe, para que someta un Plan de Corrección para cada una de las deficiencias señaladas. Sólo se concederá una prórroga de no más de cinco (5) días laborables adicionales para someter un Plan de Correcciones, a aquellas facilidades que mediante evidencia escrita presenten solicitud debidamente justificada.
- 3) El Plan de Correcciones de la facilidad deberá especificar para cada deficiencia la acción correctiva, fecha de corrección, método de seguimiento, cuando aplique, y cualquier otra información pertinente sobre la atención prestada a los señalamientos contenidos en el Informe de Deficiencia.
- 4) SARAFS evaluará el Plan de Correcciones y determinará, en un término de diez (10) días laborables desde que se recibe, si aceptará o no el mismo. De no aceptarse, se notificará a la facilidad y se le concederá un término de diez (10) laborables desde que se recibe la comunicación de SARAFS, para que someta el Plan de Correcciones corregido. Si la facilidad no cumple con los requerimientos de la SARAFS dentro del término establecido, estará sujeta a las imposiciones de sanciones económicas, la denegación, suspensión o revocación de la certificación, según aplique.

F. Determinación del Departamento de Salud

- 1) Luego de evaluada la solicitud, concluido el proceso inspección de la facilidad de salud y considerar el mejor interés del paciente, SARAFS tendrá un término de treinta (30) días laborables para notificar la determinación en cuanto a la aprobación o denegación de la solicitud de certificación. Salvo en los casos en que la facilidad haya solicitado la prórroga de no más de cinco (5) días laborables adicionales para someter un Plan de Correcciones. En este caso los términos serán ajustados para considerar el término adicional concedido.
- 2) De cumplir con los requisitos establecidos en su nivel de servicio, el Departamento de Salud expedirá de una "Certificación como Proveedor de Servicio Especializado en Cuidado de Trauma".
- 3) De la facilidad no cumplir con los requisitos establecidos en este Reglamento, SARAFS podrá denegar la solicitud de certificación y deberá notificar por escrito la determinación al solicitante.

G. Expedición de la Certificación

- 1) La certificación se expedirá únicamente a las facilidades que cumplan con todos los requisitos establecidos en este Reglamento de conformidad con la categoría o nivel del servicio en la cual ha sido designada.
- 2) La certificación se expedirá en la forma y modelo que determine la/el Secretaria(a) de Salud.
- 3) La certificación se colocará en un lugar visible al público dentro del edificio la facilidad, siendo obligación del poseedor conservarla en buen estado. En caso de extravío o pérdida de la certificación, su poseedor deberá notificarlo inmediatamente, por escrito al Secretario(a) y solicitar, a su costo, un duplicado.
- 4) Cada certificación será otorgada exclusivamente para el lugar y planta física mencionada en la certificación y a nombre de la persona o unidad gubernamental solicitante.
- 5) La certificación no podrá ser transferida o reasignada a otra persona o unidad gubernamental.
- 6) Cualquier cambio en el control efectivo del tenedor de la certificación se considerará un cambio en la entidad propietaria para los efectos de este Reglamento, lo que requerirá una nueva solicitud de certificación o un traspaso de la existente. El Departamento de Salud podrá expedir una certificación sustituyendo la anterior por el periodo restante a la fecha de vigencia de la certificación original.

H. Certificación Provisional

- 1) A toda facilidad hospitalaria que solicite ser designada y certificada como proveedor de servicio especializado en cuidado de trauma, a través del Sistema Integrado de Manejo Uniforme de Trauma y Servicios de Emergencias Médicas de Puerto Rico, se le concederá una certificación provisional. Esta certificación provisional se otorgará una vez la facilidad cumpla con las disposiciones de este Reglamento.
- 2) Durante el transcurso de la vigencia de la certificación provisional, la facilidad hospitalaria será inspeccionada para determinar su cumplimiento con este Reglamento y determinar si la certificación se mantiene como provisional por un año adicional o si puede ser cambiada a permanente. Si la facilidad no cumple con las normas establecidas en este Reglamento, se procederá a cancelar la certificación provisional. En dicho caso, la facilidad tendrá que suspender sus operaciones, siguiendo el procedimiento establecido en este Capítulo, Artículo 2.2, inciso M (2) sobre *Denegación o Revocación de Certificación* y los Procedimientos Administrativos establecidos por el Departamento de Salud.
- 3) La certificación provisional otorgada en virtud de este Reglamento, podrá ser revocada por la Secretaria de Salud, cuando peligre la salud y seguridad de las personas dentro del hospital que opere con dicha certificación.
- 4) En el caso de que una facilidad hospitalaria que posea una certificación, no cumpla sustancialmente con los requisitos para la misma, a juicio de la Secretaria, previa vista y audiencia, podrá sustituir la certificación por una de carácter provisional con un término de duración no mayor de un (1) año. Durante el transcurso de la vigencia de la certificación provisional se evaluará el cumplimiento de la facilidad con los requisitos de esta reglamentación para la determinación de la certificación licencia que corresponda.
- 5) Al finalizar el periodo prescrito, previo a la determinación de cumplimiento con la reglamentación aplicable, se otorgará una certificación permanente con vigencia de dos (2) años. El cómputo de dos (2) años no incluirá el periodo de tiempo transcurrido con la certificación provisional.

I. Vigencia de la Certificación

- 1) La "Certificación Provisional" que emitirá SARAFS tendrá vigencia de doce (12) meses desde que se expide.
- 2) La "Certificación Permanente" expedida bajo las disposiciones de este Reglamento tendrá vigencia por dos (2) años, salvo en el caso de sustitución por un periodo restante.

J. Solicitud de Renovación

- 1) En los casos de renovación de certificación, ésta se tramitará con no menos de sesenta (60) días calendarios previos a la fecha de expiración de la misma.
- 2) Como parte del proceso de renovación de la certificación se realizará un proceso de inspección a la facilidad con el propósito de constatar el cumplimiento con las disposiciones de este Reglamento. El proceso de renovación se realizará de conformidad con las disposiciones del Artículo 2.2 de este Reglamento. La SARAFS puede determinar realizar en una misma visita de inspección la requerida por este Reglamento y la requerida por la Ley Núm. 101 de 25 de junio de 1965, según enmendada, conocida como Ley de Facilidades de Salud para la licencia operacional de la facilidad.

K. Reubicación de la Facilidad

- 1) Cualquier mudanza de lugar o planta física de la facilidad se considerará un cambio en la certificación otorgada por el Departamento de Salud. El tenedor de la certificación tendrá que notificar por escrito los planes de la reubicación y someter una nueva solicitud de certificación para el nuevo local, con no menos de ciento ochenta (180) días calendarios a la fecha en que se realizará la misma. Esta solicitud será evaluada de conformidad con los requisitos establecidos en este Reglamento para las nuevas solicitudes.
- 2) La facilidad deberá entregar el original de la certificación expedida por el Departamento de Salud que esté vigente al momento de la reubicación. La certificación se entregará en la División de Instituciones de Salud adscrita a SARAFS.

L. Cierre operacional de la Facilidad o desistir de ser proveedor

- 1) En caso de que la facilidad cese en sus operaciones, la administración, deberá devolver la certificación al Departamento de Salud dentro de los diez (10) días siguientes al cese.

M. Sanciones

1) Multas Administrativas y Penalidades

- a) Cualquier persona que opere una facilidad de salud especializada de cuidado de trauma sin la certificación que exige este Reglamento o que violare alguna de sus disposiciones, o cualquier orden emitida por la Secretaría de Salud de acuerdo a las disposiciones de este Reglamento, estará sujeto a multas administrativas, siguiendo las salvaguardas procesales que dispone la Ley Núm. 170 del 12 de agosto de 1988, según enmendada.

- b) En la imposición de multas administrativas, así como para la denegación, suspensión o revocación de certificación o cuyo nivel de servicio sea reasignado por la SARAFS, se seguirá el procedimiento que se describe a continuación:

- i. El Departamento de Salud notificará por escrito a la persona o unidad gubernamental afectada, o al solicitante o poseedor de la licencia, del derecho que le asiste a que se le conceda una vista administrativa.
- ii. La notificación indicará la fecha, hora, lugar de la vista, las violaciones específicas de que se trata, y la acción que se intenta tomar.
- iii. La notificación se deberá efectuar por correo certificado o personalmente con no menos de quince (15) días de anticipación a la fecha de la vista, excepto que, por causa debidamente justificada, consignada en la notificación, sea necesario acortar dicho período.
- iv. La parte querrelada deberá notificar por escrito al Departamento de Salud su asistencia, de no recibirse respuesta de la parte querrelada dentro de los quince (15) días siguientes a la notificación, o de no asistir la parte querrelada a la vista debidamente citada, el Departamento de Salud podrá tomar la determinación que proceda sin más citarle ni oírle.
- v. La facilidad o el poseedor de certificación o unidad gubernamental envuelta podrá estar representado por abogado si así lo desea, o comparecer por propio derecho.

- vi. Ambas partes tendrán derecho a presentar evidencia sujeta a reglas de admisibilidad razonable y a métodos de presentación razonables, así como a examinar la evidencia presentada y a interrogar los testigos de la otra parte.
- vii. La/El Secretaria(a) de Salud nombrará para presidir la vista a un funcionario que no haya participado en la acción a revisarse.
- viii. El Departamento de Salud deberá rendir su decisión por escrito dentro de los sesenta (60) días subsiguientes a la fecha de la vista. Dicha decisión deberá basarse en la evidencia presentada durante la vista.
- ix. La multa impuesta por el Departamento de Salud deberá ser pagada en giro postal, cheque bancario o cheque certificado de gerente pagadero a nombre del Secretario de Hacienda de Puerto Rico, tarjeta de crédito (*Visa o Master Card*) o a través del Portal de Colecturía dentro de los quince (15) días laborables siguientes a la fecha en que se notifique la decisión final y firme de la Secretaría de Salud a la parte querellada.

2) Denegación, Suspensión o Revocación de la Certificación

- a) SARAFS podrá denegar, suspender o revocar la Certificación de una Facilidad de Cuidado de Trauma cuando el dueño, oficial, empleado o director de la facilidad:
 - i. No cumple o se rehúsa a cumplir con lo establecido en este Reglamento o en las leyes aplicables;
 - ii. Hace declaraciones falsas sobre las condiciones y capacidades de las facilidad o en cualquier record o cualquier materia de investigación bajo este artículo;
 - iii. Interfiere indebidamente con las labores de investigación de la SARAFS;
 - iv. Ofrece servicios que no son acorde con el nivel del trauma para el cual la facilidad fue certificada;
 - v. No cumple con las disposiciones de este Reglamento ni se adhiere al Plan de Mejoramiento;
 - vi. Se rehúsa a entregar información solicitada por la SARAFS;
 - vii. No cumple con los términos del Plan de Mejoramiento
- b) Todo procedimiento adjudicativo establecido en este Reglamento se llevará a cabo de conformidad con la Ley Núm. 170 de 12 de agosto de 1988, según enmendada, Ley de Procedimientos Adjudicativos Uniforme, y el Reglamento Núm. 85 de Procedimientos Adjudicativos del Departamento de Salud, Reglamento Núm. 5467 de 27 de agosto de 1996.

3) Re-certificación como un nivel inferior

- a) Si luego de la correspondiente evaluación de la solicitud, de la documentación que se acompaña y de realizar la inspección, la facilidad no cumple con los criterios o requisitos establecidos para el nivel de servicio solicitado, la SARAFS podrá reasignar la misma al nivel de servicio que corresponda.

N. Suspensión Sumaria

- 1) La SARAFS podrá suspender sumariamente una designación si encuentra, luego de realizar una investigación, que la facilidad ha violado deliberadamente las disposiciones de este Reglamento y que la salud, el bienestar y la seguridad de los pacientes requiere acción inmediata.

- 2) Todo procedimiento adjudicativo sumario se llevará a cabo de conformidad con la Ley Núm. 170 de 12 del agosto de 1988, según enmendada, Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme, y el Reglamento Núm. 85 de Procedimientos Adjudicativos del Departamento de Salud, Reglamento Núm. 5467 de 27 de agosto de 1996.

N. Publicación de Suspensión o Revocación de Certificación

- 1) El Departamento de Salud publicará en uno o más periódicos de mayor circulación en Puerto Rico, su decisión de suspender o revocar la licencia a un hospital, una vez su decisión sea final y firme.

CAPÍTULO III PLAN REGIONAL O LOCAL DE CIUDADO DE TRAUMA

ARTÍCULO 3.1 ESTABLECIMIENTO DE PLAN LOCAL O REGIONAL DE CIUDADO DE TRAUMA DE PUERTO RICO.

Luego de la certificación del hospital de trauma, se debe establecer un plan regional o local para el manejo de los pacientes de trauma, según dispuesto en este Reglamento, que estará compuesto por el Departamento de Salud, Cuerpo de Emergencias Médicas y el Hospital de Traumas.

ARTÍCULO 3.2 PLAN LOCAL O REGIONAL PARA EL MANEJO DE TRAUMA: ESTRUCTURA

El Plan tendrá como mínimo lo siguiente:

- a. Tabla de Contenido
- b. Resumen del Plan
- c. Objetivos
- d. Calendario de Implementación
- e. Estructura Administrativa
- f. Organización Médica y Gerencial
- g. Diseño completo que incluya todas las facilidades envueltas en el cuidado de pacientes agudamente lesionados o enfermos, así como también coordinaciones con otros hospitales
- h. Documentación de acuerdos colaborativos entre hospitales de la región
- i. Documentación escrita de participación (Hospital/Personal Médico)
- j. Descripción de la capacidad para cuidado crítico dentro de la región, incluyendo pero no limitado a quemaduras, lesión de cordón espinal, rehabilitación y pediátricos
- k. Procesos de Mejoramiento de Calidad.
- l. Los procedimientos y normas establecidas para las áreas enumeradas en la Sección 3.3 de este Reglamento

ARTÍCULO 3.3 ADOPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y NORMAS

El Plan Local o Regional para el Manejo de Trauma deberá adoptar las normas y procedimientos establecidos en este Reglamento para las siguientes áreas:

- a. Coordinación del cuidado del paciente de Trauma y Emergencias Médicas dentro la localidad o región.
- b. Coordinación y acuerdos con otras localidades o regiones
- c. Colección de datos y gerencia
- d. Coordinación para transportación entre facilidades de Trauma y transferencia a facilidades de cuidado de trauma
- e. Integración de Hospitales Pediátricos incluyendo *Triage* Pediátrico
- f. Disponibilidad de equipo
- g. Disponibilidad de personal adiestrado en Trauma y Emergencias Médicas
- h. Criterios para activar personal de trauma
- i. Disponibilidad de especialistas
- j. Desempeño en Mejoramiento de Calidad y Sistema de Evaluación que incluya evaluación de pares (*peer review*)
- k. Entrenamiento a personal pre hospitalario que incluya *Triage*
- l. Información y Educación al público acerca del Sistema de Trauma y Servicios de Emergencias Médicas
- m. Información y Educación a profesionales de la salud
- n. Coordinación con Agencias privadas y gubernamentales para desarrollar programas de prevención

ARTÍCULO 3.4 RECOLECCIÓN DE DATOS

Todas las regiones deberán implementar un sistema uniforme de recolección de datos que sea compatible con el Registro de Trauma del Hospital Nivel I (Centro Médico). Los datos deberán ser informados mensualmente por el hospital "líder", incluyendo tanto la información pre-hospitalarios como la hospitalaria.

ARTÍCULO 3.5 EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE TRAUMA Y SERVICIOS DE EMERGENCIAS MÉDICAS

Cada facilidad de trauma estará sujeta a la evaluación de su Sistema de Trauma. Dicha evaluación deberá ser suministrada anualmente por el hospital "líder" al Departamento de Salud, junto con los correspondientes planes de acción correctiva. Se incluirá en la evaluación:

- a. Componentes de la Región
- b. Criterios de *Triage* y efectividad
- c. Activación de "Team" de Trauma
- d. Notificación a especialistas
- e. Desarrollo del plan en la Región
- f. Cualquier otra información requerida por el Departamento
- g. Planes correctivos

CAPÍTULO IV MEJORAMIENTO DEL DESEMPEÑO ORGANIZACIONAL

ARTÍCULO 4.1 PROCESOS DE MEJORAMIENTO DE DESEMPEÑO ORGANIZACIONAL

- a) Todos los hospitales que sean parte del Sistema de Trauma y Servicios de Emergencias Médicas deberán implementar procesos en el Mejoramiento de Calidad enfocados en identificar desviaciones de los indicadores, así como las acciones correctivas de las mismas.
- b) Los procesos de Mejoramiento del Desempeño Organizacional deberán incluir lo siguiente:
 1. Auditorías detalladas de todas las muertes relacionadas a Trauma.
 2. Participación del Sistema en manejo de datos.
 3. Seguimiento a las acciones correctivas del Plan de Mejoramiento de Calidad.
- c) Se deberá tomar en consideración todas las recomendaciones propuestas por el personal médico, pacientes, empleados del hospital y ciudadanía. Este informe se deberá presentar al Departamento de Salud trimestralmente.

CAPÍTULO V TRANSFERENCIAS DE PACIENTES DE TRAUMA Y EMERGENCIAS MÉDICAS ENTRE FACILIDADES DE SALUD

Todo traslado entre las facilidades de salud debe ser autorizado por el médico a cargo del paciente y debe llevarse a cabo conforme a las políticas de traslado establecidas en este Reglamento y *la Emergency Medical Treatment and Active Labor Act of 1986 (EMTALA)*, 42 USC 1395 (dd) y la Ley Núm. 35 de 28 de junio de 1994, según enmendada.

CAPÍTULO VI TRIAGE Y TRANSPORTE PREHOSPITALARIO

ARTÍCULO 6.1. ESTÁNDAR A SEGUIR

La evaluación y traslado especializado de pacientes con lesión traumática o de emergencia se realizará conforme a los estándares establecidos en este Reglamento. (Ver hoja de traslado)

ARTÍCULO 6.2 TRIAGE PRE-HOSPITALARIO

El proceso de *Triage* pre-hospitalario incluye lo siguiente:

- a. ASSESSMENT (EVALUACIÓN): Todo paciente con lesión traumática debe ser evaluado usando *el Triage* pre-hospitalario definido en la Sección 5.3.
- b. EXTRICACIÓN: Debe ser iniciado según los estándares aprobados por el Estado para el proveedor de cuidado pre-hospitalario.
- c. INICIAR RESUCITACIÓN: Soporte de vida básico (establecer vía de aire patente, control de hemorragia, inmovilización espinal, inmovilización de fracturas), deben ser iniciados según los protocolos de Emergencias Médicas Estatal.
- d. TRANSPORTE RÁPIDO A UNA FACILIDAD MÉDICA APROPIADA: El traslado del paciente debe ser iniciado por el personal pre-hospitalario según los protocolos establecidos en este Reglamento.

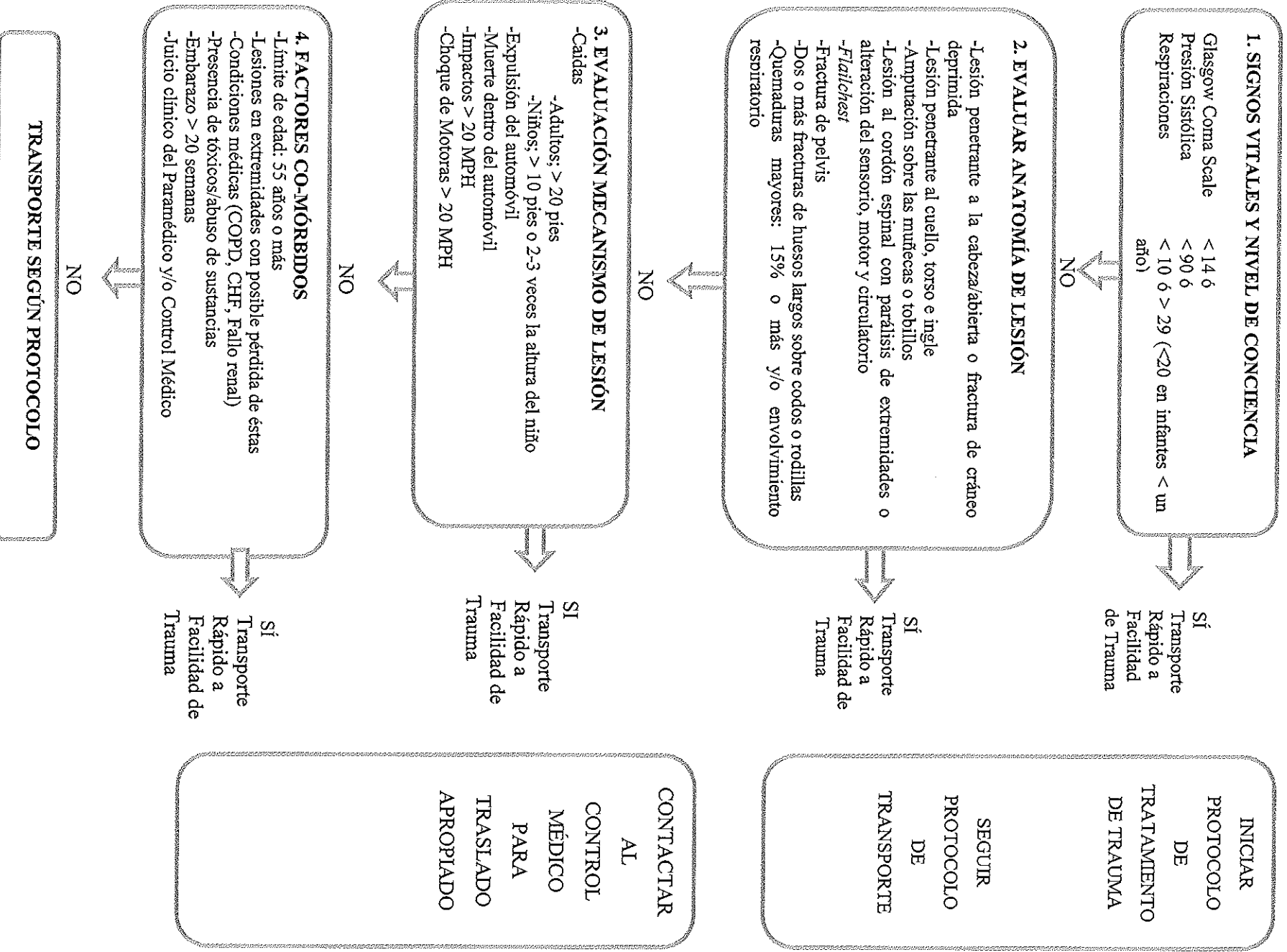
e. NOTIFICACIÓN A LA FACILIDAD QUE VA A RECIBIR EL PACIENTE: Se debe contactar la facilidad que va a recibir el paciente lo antes posible. Una descripción detallada del incidente, lesiones, intervenciones médicas y el estatus del paciente deben ser divulgados a la facilidad. La facilidad de salud; a través del médico que recibe, podrá requerir cuidado médico adicional.

f. TRATAMIENTO DURANTE EL TRANSPORTE: El cuidado del paciente debe seguir los protocolos pre-hospitalarios establecidos por el Cuerpo de Emergencias Médicas de Puerto Rico.

g. INDICADORES PARA NO ACTIVAR EL SISTEMA:

- 1) descomposición del cuerpo
- 2) rigor mortis
- 3) Asistole secundaria a traumas en pacientes normo térmicos (Determinado solo por proveedores de ACLS, no aplica a proveedores de BLS)

ARTÍCULO 6.3 CRITERIOS DE TRIAGE PRE-HOSPITALARIO Y ALGORITMO DECISIONAL



ARTÍCULO 6.4 ESTÁNDARES PARA EL TRANSPORTE DE PACIENTES DE TRAUMA

- a. Todo paciente que cumpla con los criterios establecidos en el Artículo 6.3, deberán ser trasladados en una ambulancia Categoría III o IV desde la escena al Hospital de Trauma en el Centro Médico de Puerto Rico si se encuentra dentro del área "metropolitana". Esta área metropolitana cubre el área desde Dorado, Toa Alta, Toa Baja, Bayamón, Guaynabo, Trujillo Alto y Carolina.

- 1) El paciente que se encuentre fuera del área metropolitana a ser definido en este Reglamento en el área sur entre Caguas → Ponce, desde Toa Baja/Toa Alta a Mayagüez en el área noreste, en áreas montañosas después de Cayey y Río Grande y Las Piedras en el área este, serán trasladados al hospital designado en el Sistema de Trauma.

Esto se dispone de esta manera para evitar atrasos en traslados; evitar llevar a los pacientes a facilidades sin el equipo o materiales necesarios para intervenciones precisas, confiado en lo que parece ser un atraso en buscar asistencia, sea una ganancia al ofrecerse el servicio en la mejor facilidad disponible y que cuente con el equipo, materiales, recursos humanos (médicos, enfermeras) óptimos y que pueda ofrecer un tratamiento preciso y definitivo y/o sirva de facilidad para estabilizar previo a trasladar al Hospital de Trauma de Puerto Rico.

CAPÍTULO VII

REQUERIMIENTOS DE TRIAGE PARA FACILIDADES DE SALUD QUE ATENDAN PACIENTES CON TRAUMA

ARTÍCULO 7.1 ROL DE LA FACILIDAD DE SALUD CONFORME A SU CLASIFICACIÓN DENTRO DE LOS NIVELES DE CIUDADO

- a. Las facilidades de Nivel I y Nivel II proveen el nivel de cuidado más especializado (cuidado completo del paciente adulto y pediátrico con trauma multisistémico). Estas facilidades deben poseer la capacidad de proveer cuidado total del paciente en todos los aspectos de la lesión, desde prevención hasta los servicios de rehabilitación.

ARTÍCULO 7.2 DESCRIPCIÓN DE CADA NIVEL DE CIUDADO

- a. Nivel I de Trauma

- 1) Facilidad que sirve a grandes ciudades o poblaciones.
- 2) Sirve de hospital "líder" de un sistema.
- 3) Debe admitir al menos 1,200 pacientes de trauma al año ó 240 admisiones con criterio de severidad (ISS >15).
- 4) Debe proveer educación y hacer investigación.
- 5) Debe tener un programa de *Trauma PIPS*.
- 6) Debe poseer cirujanos que participen en la toma de decisiones terapéuticas mayores, debe estar presente en Sala de Emergencia o Unidad Estabilizadora para las resucitaciones mayores, debe estar en todas las intervenciones quirúrgicas y participar activamente en el cuidado crítico de los pacientes severamente lesionados.
- 7) Debe haber disponibilidad de facultativo las 24 horas del día. Poder tener residentes de Cirugía de nivel alto (3, 4, 5) o de medicina de emergencia (nivel 2, 3) como parte del equipo de trauma que podría iniciar la resucitación en lo que el facultativo llega.
- 8) El facultativo debe estar disponible en 15 minutos en la Unidad Estabilizadora/Sala de Emergencia. Esto debe cumplirse al menos en el 80% de los casos. Esto debe monitorearse por el *PIPS Program*.
- 9) Debe tener un programa de cubierta asignada como de respaldo (*backup*).

- b. Nivel II de Trauma

- 1) Debe estar en áreas menos densas y debe designarse un área en que no hay un Nivel I cerca.
- 2) Debe servir de apoyo o asistencia más pequeños en la misma área de servicio.
- 3) Debe contar con cirujanos cualificados que participen en las decisiones mayores que estén presentes en las resucitaciones mayores, en la sala de operaciones y estén envueltos activamente en el cuidado de pacientes severamente lesionados.

- 4) Disponibilidad 24 horas en el hospital.
- 5) Puede contar con residentes de cirugía de mayor nivel (3, 4, 5 o facultativo de Sala de Emergencia) como parte del equipo de trauma para iniciar la resucitación en lo que se presenta el facultativo de trauma. Si estos residentes están presentes, el facultativo de trauma podrá estar fuera del hospital. Debe ser notificado de antemano para que responda al tiempo de respuesta de 15 minutos.

c. Nivel III de Trauma

- 1) Debe tener la capacidad de manejar pacientes lesionados y tener acuerdos de traslados con Niveles I y II.
- 2) Debe tener cubierta de cirujanos.
- 3) Tiempo de respuesta de 30 minutos para participar en la resucitación del paciente en al menos 80% de las veces.

d. Nivel IV de Trauma

- 1) Son unidades rurales.
- 2) Provee evaluación inicial de pacientes lesionados y debe referir a centros de mayor nivel.
- 3) Debe tener cubierta de 24 horas de médicos.
- 4) Debe tener un equipo de resucitación bien organizado.
- 5) Debe hacer planes de traslados bien definidos.
- 6) Debe ser notificado con antelación, por lo que el médico debe estar disponible en 30 minutos en el 80% de los casos. *Staff* para resucitación disponible en forma continúa con enfermera y médico y Director Médico. Estos deben ser certificados por ATLS, ATCN.
- 7) Debe tener programa que admiten el *PPPS Program* para coordinar y mejorar cuidado de adultos y niños.

ARTÍCULO 7.3 REQUERIMIENTOS PARA TODAS LAS FACILIDADES DEL SISTEMA DE TRAUMA

a. Facilidades Nivel I y Nivel II

1) Comunicación Por Radio

La facilidad de Trauma deberá monitorear las comunicaciones del Sistema de Emergencias Médicas todo el tiempo. En el evento que un paciente sea transportado, Emergencias Médicas deberá notificar y reportar la condición del paciente a la facilidad que recibe el paciente (Sala de Emergencias).

2) Asignación de la Puntuación de Trauma (*Trauma Score*) y Activación del Protocolo de Trauma

Basada en la información recibida, la enfermera(o) de *triage* u otro oficial médico asignará la puntuación de trauma, y cuando esté indicado activará el protocolo de tratamiento de trauma.

TRAUMA SCORE:

Glasgow Coma Scale (GCS)	Systolic Blood Pressure (SBP)	Respiratory Rate (RR)	Score
13-15	>90	10-29	4
9-12	76-89	>29	3
6-8	50-75	6-9	2
4-5	1-49	1-5	1
3	0	0	0

* Esta Tabla se actualizará acorde a la versión más reciente publicada

3) Pacientes de Trauma que no Cumplan con los Criterios de Triage

Estos pacientes deberán ser trasladados al Departamento de Emergencias para cernimiento, evaluación y tratamiento.

4) Estándar de Cernimiento (*Triage*)

- a. Recibir reporte del Sistema de Emergencias Médicas
- b. Asignar puntuación de trauma (*trauma score*)
- c. Iniciar Alerta y Tratamiento mediante protocolo de trauma si cumple con los siguientes criterios:

- i. Presión Sistólica de 90mm/hg o menos con otros signos/síntomas de *shock*
- ii. Respiraciones de 10/min. o menos; o 29/min. o más
- iii. GCS de 13 o menos
- iv. *Trauma Score* de 11 o menos
- v. *Trauma Score* Pediátrico de 9 o menos

d. El Emergenciólogo o Médico a cargo de la Sala de Emergencias evaluará y consultará con el cirujano de trauma o sub-especialista si cumplen los siguientes criterios:

- i. Lesión penetrante a la cabeza/abierta o fractura deprimida de cráneo
- ii. Lesión penetrante al cuello, torso o región inguinal
- iii. Amputación sobre las muñecas o tobillos
- iv. Lesión del cordón espinal con parálisis de extremidades o alteración del Sensorio, Motor o Circulatorio
- v. *FlailChest* (Pecho Bamboleante)
- vi. Fractura Pélvica
- vii. Dos o más fracturas de huesos largos sobre el codo o rodillas
- viii. Quemaduras mayores: 20% o más y/o con envolvimiento respiratorio o quemaduras en la cara, las manos, los pies, los genitales y cuello, o que envuelvan articulaciones mayores.
- ix. Cualquier otra emergencia mayor o condición grave y toda herida penetrante al cuello, pecho, abdomen o región inguinal.

e. Se notificará al médico asignado al equipo de trauma, de admisiones a Sala de Emergencias que no cumplen con los criterios anteriores pero cumplen con los criterios de alta energía:

- i. Accidente a velocidad de 40mph o más
- ii. Vehículos volcados (*rollover*)
- iii. Muertes de ocupantes en vehículo
- iv. Peatón arrollado-vehículo 5mph o más
- v. Caídas de 20 pies o más
- vi. Expulsados del vehículo
- vii. Caídas de motoras de 20mph o más

Los pacientes de trauma que no cumplan con ninguno de los criterios enumerados en los Incisos (d) y (e) anteriores, deberán ser transferidos a la Sala de Emergencia para evaluación y manejo médico.

b. Facilidades Nivel III Y IV

1) Reporte por Radio (EMS)

La facilidad médica deberá monitorear las comunicaciones todo el tiempo. En el evento que un paciente sea transportado, Emergencias Médicas deberá notificar y comunicarse con la Sala de Emergencia de la facilidad a transportar el(los) paciente(s).

2) Asignación de la Puntuación de Trauma (*Trauma Score*) y Activación del Protocolo de Trauma

Basada en la información recibida, la enfermera(o) de *Triage* u otro oficial médico activará el protocolo de Trauma.

3) Pacientes de Trauma que no Cumplen con los Criterios de *Triage* de Trauma

Estos pacientes deberán ser referidos al cerramientos apropiado en la Sala de Emergencia para evaluación, y considerar admisión o alta de facilidad.

4) Re-Evaluación del Trauma Score Debido al Deterioro de la Condición del Paciente

El paciente de trauma cuya condición deteriore o se encuentren lesiones significativas que no fueron detectadas en la evaluación inicial, deberá ser reclasificado y se activará el equipo de trauma.

5) Estándares del Triage para Facilidades de Nivel III y IV

- a. Recibir reporte de Emergencias Médicas
- b. Criterios de traslado inmediato de pacientes de Alto Riesgo
- c. Asignar puntuación de Trauma (*Trauma Score*)
- d. Iniciar Protocolo de Trauma si cumple con los siguientes criterios:
 - i. Presión Sistólica de 90mm/hg o menos con otros signos/síntomas de *shock*
 - ii. Respiraciones de 10/min., o menos;
 - iii. GCS de 13 o menos
 - iv. Trauma Score de 11 o menos
 - v. Trauma Score Pediátrico de 9 o menos
 - vi. Lesión penetrante a la cabeza/abierta o fractura deprimida de cráneo
 - vii. Lesión penetrante al cuello, torso o región inguinal
 - viii. Amputación sobre las muñecas o tobillos
 - ix. Lesión cordón espinal con parálisis de extremidades o alteración del sensorio, motor o circulatorio
 - x. *FlairChest*
 - xi. Fractura Pélvica
 - xii. Dos o más fracturas de huesos largos sobre el codo o rodillas
 - xiii. Quemaduras Mayores: 20% o más y/o con envolvimiento respiratorio o quemaduras en cara, manos, pies, genitales, cuello o que envuelvan articulaciones mayores
 - xiv. Cualquier otra emergencia mayor o condición grave y toda herida penetrante al cuello, pecho, abdomen o región inguinal.
- e. Aplicar el criterio de Alto Riesgo para considerar transferencia lo antes posible.
- f. Comunicarse con la facilidad apropiada para el traslado lo antes posible.
- g. Realizar evaluación completa de trauma si los pacientes no cumplen con criterios anteriores, pero cumplan con criterios de alta energía:
 - i. Accidente a velocidad de 40mph o más
 - ii. Vehículos volcados (*rollover*)
 - iii. Muertes de ocupantes en vehículo
 - iv. Peatón- vehículo 5mph o más
 - v. Caídas de 20 pies o más
 - vi. Expulsados del vehículo
 - vii. Caídas de motoras de 20 mph o más
- h. Considerar factores Co-Mórbidos:
 - i. Extremos en edades; 12 o menos/55 o más
 - ii. Embarazo
 - iii. Ambiente hostil (exceso de calor)
 - iv. Enfermedades o Historial previo (COPD, CHF, Fallo Renal, Cardíaco, Diabetes, Cirrosis, Obesidad Mórbida, etc.)
 - v. Pacientes Inmunosuprimidos
 - vi. Pacientes con desórdenes sanguíneos o en anticoagulantes
 - vii. Pacientes que deterioren o tengan lesiones significativas deben ser reclasificados y el equipo de trauma activado.

6) Recomendaciones a considerara en Transferencias inmediata de Pacientes de Alto Riesgo

- a. Sistema Nervioso Central
 - i. Lesión a cabeza
 1. Lesión penetrante o fractura deprimida de cráneo
 2. Lesión abierta con o sin salida de fluido cerebro espinal
 3. GCS < 13 o estado neurológico anormal
 4. Signos lateralización

- ii. Lesión a cordón espinal o lesión vertebral mayor
- b. Pecho
- i. Mediastino ensanchado o signos sugestivos de lesión a los grandes vasos
 - ii. Lesión mayor a la pared del pecho o contusión pulmonar
 - iii. Lesión cardíaca
 - iv. Pacientes que requieran ventilación asistida
 - v. Heridas penetrantes
- c. Pelvis-Abdomen
- i. Trastorno del anillo pélvico inestable
 - ii. Trastorno del anillo pélvico con *shock* y evidencia de hemorragia continua
 - iii. Lesión pélvica abierta
 - iv. Lesión a órganos sólidos
 - v. Heridas penetrantes
- d. Extremidades
- i. Fracturas abiertas severas
 - ii. Amputación traumática con potencial a reimplantación
 - iii. Fracturas auriculares complejas
 - iv. Lesión aplastante mayor
 - v. Isquemia
- e. Lesión multisistémico
- i. Lesión a cabeza con lesiones en la cara, pecho, abdomen o pelvis
 - ii. Lesión en dos o más regiones anatómicas
 - iii. Quemaduras mayores o quemaduras con lesiones asociadas
 - iv. Fracturas de huesos largos proximales múltiples
- f. Factores de Co-morbilidad
- i. Mayor de 55 años
 - ii. Menor de 5 años
 - iii. Enfermedad cardíaca y respiratoria
 - iv. Diabetes insulina-dependiente o no dependiente (Tipo I o II)
 - v. Obesidad mórbida
 - vi. Embarazo
 - vii. Inmunosupresión
- g. Deterioro secundario
- i. Requerimiento de ventilación mecánica
 - ii. Sepsis
 - iii. Fallo de un solo órgano o múltiples órganos (deterioro en nervios centrales, corazón, pulmón, hígado, riñones o sistema de coagulación)
 - iv. Necrosis de tejido mayor
- h. Estabilización
- El paciente debe ser resucitado y estabilizado basado en las siguientes guías:
- i. Vía de aire
 - 1. Insertar dispositivo para la vía de aire (oral o nasal) o tubo endotraqueal si es necesario.
 - 2. Proveer succión
 - 3. Insertar tubo gástrico para reducir el riesgo de aspiración
 - ii. Respiración
 - 1. Determinar el ritmo y administrar oxígeno suplementario
 - 2. Proveer ventilación mecánica cuando se necesite
 - 3. Insertar tubo de pecho si es necesario
 - iii. Circulación
 - 1. Controlar sangrado externo
 - 2. Establecer acceso(s) venoso(s) con catéter(es) de calibre grande (12, 16, 18) y comenzar la infusión de solución cristalóide (R/L, 0.9 NSS)
 - 1. Adulto- 1-2 litros
 - 2. Pediátricos- 20 cc/kg cada veinte (20) minutos por tres (3)
 - 3. Restablecer el volumen de sangre perdida con sangre durante el transporte
 - 1. Adulto- 1 unidad PRBC por cada 2L de líquidos intravenosos

2. Pediátricos- 10/kg luego de los bolos cristaloides
4. Insertar sonda urinaria para medir egreso
5. Colocar monitor cardiaco

- i. Sistema Nervioso Central
 - i. Asistencia respiratoria a pacientes inconscientes
 - ii. Administrar osmitrol o diuréticos si es necesario
 - iii. Inmovilizar por cualquier lesión en la cabeza, cuello, pecho y espina dorsal
- j. Estudios Diagnósticos (Cuando sean indicados. La realización de los estudios no se debe retrasar el traslado)
 - i. Radiografías cervicales, pecho, pelvis y extremidades
 - ii. Estudios diagnósticos sofisticados tales como CT y aortografía, usualmente no están indicados
 - iii. Ordenar Hgb-Hct, T + C y ABG's para todos los pacientes. Prueba de embarazo a féminas en edad reproductiva
 - iv. Determinar el ritmo cardiaco y saturación (ECG y oximetría de pulso)
- k. Heridas (Realizar estos procedimientos. No se debe retrasar el traslado)
 - i. Limpiar y vendar las heridas después de realizar control de hemorragia externa
 - ii. Administrar profilaxis de tétano
 - iii. Administrar antibióticos, cuando esté indicado
- l. Fracturas
 - i. Aplicar inmovilización y tracción adecuada

7) Estándar para referidos a Centros de Quemados

Todo paciente de Trauma que cumpla con cualquiera de los siguientes criterios debe ser considerado candidato para traslado rápido a un centro de quemados:

- a. Quemaduras > 10% del área de superficial corporal
- b. (Eliminar este punto)
- c. Quemaduras que envuelvan cara, manos, pies, genitalia, periné o que envuelven articulaciones mayores
- d. Quemaduras de Tercer grado en cualquier grupo de edad
- e. Quemaduras eléctricas incluyendo....
- f. Quemaduras químicas significativas
- g. Quemaduras con inhalación
- h. Quemaduras en pacientes con condiciones preexistentes que podrían complicar el manejo o aumentar la mortalidad.
- i. Pacientes quemados que requieran rehabilitación incluyendo casos de abuso o negligencia.
- j. Quemaduras de trauma concentrado
- k. Quemaduras en niños de cualquier edad

CAPÍTULO VIII FACILIDADES DE CIUDADO DE TRAUMA: NIVELES DE ORGANIZACIÓN Y SUS CARACTERÍSTICAS

El personal de la SARAFS, luego de evaluar las solicitudes y las facilidades que soliciten designación, categorizará las mismas de acuerdo a los niveles establecidos en este Reglamento. Las facilidades se clasificarán en los Niveles I, II, III y IV conforme a los criterios establecidos en la siguiente tabla:

TABLA 1: NIVELES DE ORGANIZACIÓN Y SUS CARACTERÍSTICAS

NIVELES DE ORGANIZACIÓN Y SUS CARACTERÍSTICAS		I	II	III	IV
(E) Esencial					
(D) Deseable					
A. Organización Hospital					
1. Servicio de Trauma					
a.	Privilegios para el servicio de trauma deben ser aprobados por el Comité de Facultad Médica (credenciales).	E	D	D	D
b.	<i>Team</i> de Trauma: Organizado y dirigido por un cirujano general con experiencia y comprometido hacia el cuidado del paciente lesionado; todo paciente con lesiones mayores debe ser evaluado por el equipo				

	de trauma y un cirujano, quienes serán responsables del cuidado del paciente.				
	2. Departamento de Emergencia: El Departamento de Emergencias (personal) proveerá cuidado inmediato y apropiado del paciente de trauma. El médico de Sala de Emergencias será parte del equipo de trauma y su relación con otros participantes del equipo deberá ser establecido de acuerdo a las normas existentes del Hospital.	E	E	E	E
	3. Cubierta de Especialidad Quirúrgica:	E	E	E	D
	a. Cirugía General – (Certificado en Cirugía General)				
	1. Privilegios sin restricción	E	E	E	D
	2. ATLS	E	E	E	E
	3. Disponible dentro de 30 minutos			E	
	4. Disponible tan pronto se activa el protocolo de Trauma			E	
	5. Disponible tan pronto llega el paciente a la Sala de Emergencias (5 minutos luego de notificación pre-hospitalaria)	E			
	b. Neurocirugía	E	E	D	
	1. Privilegios sin restricción. Disponible dentro de 30 minutos.	E	E		
	2. Médico con competencias especiales certificado por Director de Neurocirugía en el cuidado de pacientes con neurotrauma, que a su vez está capacitado para iniciar medidas dirigidas a la estabilización del paciente.	E	E		
	c. Cirugía Cardíaca (disponible lo antes posible)	E	D		
	d. Microcirugía (disponible lo antes posible)	E	E		
	e. Cirugía Gineco-Obstetricia (disponible lo antes posible)	E	D		
	f. Cirugía de Mano (disponible lo antes posible)	E	D		
	g. Cirugía Oftalmológica (disponible lo antes posible)	E	E	D	
	h. Oral, Otorrinolaringólogo o Cirugía Maxilofacial/Plástica (disponible lo antes posible)	E	E	D	D
	i. Cirugía Ortopédica (disponible lo antes posible)	E	E		
	j. Cirugía Pediátrica (disponible lo antes posible)	E	E	D	
	k. Cirugía Torácica (disponible lo antes posible)	E	E	D	
	l. Cirugía Urológica (disponible lo antes posible)	E	E	D	D
	4. Especialidades No-Quirúrgicas				
	a. Anestesiología				
	1. Anestesiología (tiempo completo, privilegios sin restricción) ATLS, ACLS y PALS	E	E	D	D
	2. Enfermera (o) certificada (o) anestesista ACLS, ATCN y PALS	D	D	D	D
	b. Cardiología (disponible lo antes posible)	E	E	D	
	c. Neumología	E	D		
	d. Gastroenterología	E	D		
	e. Hematología	E	E	D	
	f. Enfermedades Infecciosas	E	D		
	g. Medicina Interna	E	E	E	
	h. Nefrología	E	E	D	
	i. Neuroradiología	D			
	j. Patología	E	E	D	
	k. Pediatría (disponible lo antes posible)	E	E	D	
	l. Psiquiatría	E	D		
	m. Radiología (disponible lo antes posible)	E	E	D	
	B. Facilidades Especiales/Recursos/Capacidades				
	1. Departamento de Emergencias				
	a. Personal				
	1. Director Médico	E	E	E	D
	2. Médico de Sala de Emergencias				
	a. Médico de Sala de Emergencias a tiempo completo con competencias en cuidado crítico de pacientes lesionados	E	E	D	D
	b. Médicos cualificados y con experiencia en manejo de pacientes con lesiones de trauma y que puedan iniciar medidas de resucitación	E	E		
	c. ATLS, PALS	E	E	E	E
	d. Médico asignado a Sala de Emergencia y disponible tan pronto llega el paciente a la Sala de Emergencia	E	E	E	D

	e. <i>On call</i> disponible lo antes posible					E
	3. Enfermera de Sala de Emergencias					
	a. ATCN/ACLS/PALS	E	E	E	E	D
	b. Enfermeras de Sala de Emergencias y disponible todo el tiempo	E	E	E	E	D
	c. Enfermeras asignadas a Sala de Emergencias y disponible lo antes posible					E
	b. Equipo de resucitación					
	1. Equipo de ventilación y control de vía aérea incluyendo laringoscopio y tubos endotraqueales de todo tamaño, resucitadores manuales	E	E	E	E	E
	2. Succión	E	E	E	E	E
	3. Electrocardiógrafo – Desfibrilador	E	E	E	E	E
	4. Equipo para establecer presión central venosa (monitoreo)	E	E	E	E	E
	5. Fluidos intravenosos incluyendo catéteres	E	E	E	E	E
	6. Calentadores para sangre	E	E	E	E	E
	7. “Set” quirúrgicos estériles para procedimientos en la Sala de Emergencias	E	E	E	E	E
	8. Equipo para lavado gástrico	E	E	E	E	E
	9. Medicamentos y suplidors necesarios para cuidado del paciente de Emergencias	E	E	B	B	E
	10. Rayos X 24 horas	E	E	E	D	D
	11. Comunicación con Sistema de Emergencias Médicas	E	E	E	E	E
	12. Tracción esquelética e inmovilizadores para lesiones espinales	E	E	E	E	E
	13. Equipo necesario para pacientes pediátricos	E	E	E	E	E
	2. Unidad de cuidado Intensivo para pacientes de Trauma (TICU)					
	a. Director Médico	E	E			
	b. Médico a cargo de la Unidad 24/horas al día	E	E	E		D
	c. Distribución enfermera-paciente de 1:2	E	E	E		E
	d. Acceso inmediato a servicios de laboratorios	E	E	E		E
	e. Equipo:					
	1. Equipo para ventilación y control del vía aérea	E	E	E	E	E
	2. Recurso de Oxígeno	E	E	E	E	
	3. Carro de Emergencias Cardíacas	E	E	E	E	
	4. Marcapasos transcutáneo temporero	E	E	E	D	
	5. Electrocardiograma/defibrilador	E	E	E	D	
	6. Monitoreo de <i>Cardiac Output</i>	E	E	E	E	
	7. Monitoreo de Presión	E	E	E	E	
	8. Ventiladores Mecánicos	E	E	E	E	
	9. Básculas para peso de pacientes	E	E	E	E	
	10. Monitoreo de Función Pulmonar	E	E	E	E	
	11. Monitoreo de Temperatura	E	E	E	E	
	12. Medicamentos, Fluidos Intravenosos	E	E	E	E	
	13. Monitoreo de Presión Intracranial	E	E	E	D	
	3. Cuarto de Recuperación Post-anestesia					
	a. Enfermera(o) Graduada(o) 24 horas	E	E	E	E	D
	b. Equipo de resucitación Aguda (o acuerdos de traslados)	E	E	E	E	D
	4. Capacidad de Hemodiálisis Aguda (o acuerdos de traslados)	E	E	E	D	
	5. Cuidado de Quemaduras	E	E	E	E	E
	a. Médico a cargo de la unidad de quemados incluyendo personal de enfermería entrenado en cuidado de quemaduras y con equipo necesario para el tratamiento de grandes quemados o Acuerdos de traslados con una facilidad cercana u hospital con unidad de quemados.					
	6. Lesión a Córdón Espinal					
	a. El paciente con lesiones al cordón espinal y/o cabeza deberá ser trasladado a la facilidad que posea los servicios apropiados, EXCEPTO cuando el paciente esté en condición inestable para el traslado. Se deberán poner en efecto los acuerdos de traslado.	E	E	E	E	E
	7. Servicios de Radiología					
	a. Servicios de Angiografía	E	E	E	D	
	b. Sonografía	E	E	E	D	
	c. Medicina Nuclear	E	D			
	d. Tomografía Computarizada	E	E			
	e. Tecnólogo de Radiología 24 horas	E	E			

8. Medicina de Rehabilitación				
a. Médico a cargo de los servicios de rehabilitación con personal de enfermería capacitado para rehabilitación y equipo apropiado. O Acuerdos de traslados con facilidades cercanas para el servicio.	E	E	E	E
9. Servicios de Pediatría	E	E	D	
a. Personal de enfermería con destrezas en el manejo de pacientes pediátricos y equipo pediátrico		E	E	D
C. Requerimientos para Sala de Operaciones Equipo-instrumentación				
1. Personal y equipo certificado para el manejo de pacientes de trauma en Sala de Operaciones	E	E	E	D
2. Capacidad para <i>bypass cardiopulmonar</i>	E	E		
3. Microscopio	E	D		
4. Equipo para control de temperatura				
a. Paciente	E	E	E	E
b. Sangre	E	E	E	E
5. Capacidad de Radiología	E	E	E	E
6. Endoscopios	E	E	E	D
7. Craneótomo	E	E	D	D
8. Equipo de monitoreo de paciente	E	E	E	E
D. Servicios de Laboratorio Clínico (24 horas)				
1. Análisis de rutina de sangre, orina y fluidos del cuerpo	E	E	E	E
2. Tipo y Grupo de Sangre	E	E	E	E
3. Estudios de coagulación	E	E	E	E
4. Banco de sangre o acceso a un Banco de Sangre de la comunidad	E	E	E	E
5. Gases arteriales y determinación de pH	E	E	E	E
6. Osmolaridad sérica y de orina	E	E	D	D
7. Microbiología	E	E	E	D
8. Determinación de Alcohol en Sangre	E	E	E	D
9. Cernimiento para detección Drogas	E	E	E	D
E. Garantía de Calidad				
1. Programa de Garantía de Calidad Organizada	E	E	E	E
2. Auditoría especial para todas las muertes y causas específicas de trauma	E	E	E	E
3. Discusión de Mortalidad (MULTIDISCIPLINARIA)	E	E	E	D
4. Revisión de utilización, tejidos, enfermería	E	E	E	E
5. Revisión del Registro de Trauma	E	E	E	E
6. Revisión del Sistema Pre-hospitalario y Regional	E	D	D	D
F. Educación al Público	E	E	D	D
1. Prevención de lesiones por trauma tanto a nivel de la casa, industria, carreteras y a hospitales (profesionales de la salud).				
G. Programa de investigación de Trauma	E	D		
H. Programa de Entrenamiento				
1. Programa formal de Educación provisto por el Hospital				
a. Médicos	E	E	D	D
b. Enfermeras	E	E	E	D
1. Otros Profesionales de la Salud	E	E	D	D
2. Personal Pre-hospitalario	E	E	D	D
3. Programa de Residencia Acreditada para Cirugía General	E			

*Esta Tabla se actualizará acorde a la versión más reciente del *Blue Book* que publica el Comité de Trauma del *American College of Surgeons* (ACS)

CAPÍTULO IX EMERGENCIAS MÉDICAS PEDIÁTRICAS

ARTÍCULO 9.1 SERVICIOS DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS

Los niños que requieran tratamiento de emergencia tienen unas necesidades únicas, especialmente cuando presentan una condición que atentan contra su vida. La mayoría de los niños van a los hospitales de comunidad más cerca de su residencia y son transportados por los servicios pre-hospitalarios.

Las guías para el manejo de emergencias pediátricas (*Guidelines for Pediatric Emergency Care Facilties y Joint Policy Statement Guidelines for Care of Children in the Emergency Department*),

publicadas en la revista oficial de la Academia Americana de Pediatría (*American Academy of Pediatrics* (AAP)), establecen los recursos necesarios para que los hospitales puedan estar preparados para dar un servicio adecuado a la población pediátrica. El cumplimiento de estas guías ayuda a brindar un cuidado de emergencia apropiado y a tomar una decisión rápida en el momento de transferir al paciente a un servicio especializado o a un nivel superior si no tienen el servicio disponible.

Aunque pueden existir variaciones en los recursos dentro de los servicios de trauma y emergencias médicas traumáticas, ya sean a nivel local o regional, es esencial que todos los hospitales y su personal administrativo cumplan con estas guías.

ARTÍCULO 9.2 SERVICIOS PRE-HOSPITALARIOS

A. Dirección Médica

Las agencias o proveedores pre-hospitalarios que posean ambulancias Tipo III contarán con dirección médica:

- 1) *On line* - comunicación directa (por teléfono u otro medio) con un proveedor de servicios de salud de un nivel superior como un hospital pediátrico, emergenciólogo pediátrico, pediatra, o emergenciólogo con competencias pediátricas.
- 2) *Off-line* - protocolos escritos universales provistos por el Programa de Emergencias Médicas Pediátricas.

B. Equipo Médico y Medicamentos Pre-hospitalarios

Todas las agencias de servicios pre-hospitalarios, tanto públicas como privadas, tendrán el equipo médico y los medicamentos esenciales en sus unidades, según el Listado de Equipo para Ambulancias. (*Pediatric Equipment Guidelines Committee-Emergency Medical Services for Children (EMSC) Partnership for Children Stakeholder Group Equipment for Ambulances*).

ARTÍCULO 9.3 FACILIDADES PEDIÁTRICAS DE TRAUMA Y EMERGENCIAS MÉDICAS

A. Una facilidad de trauma y emergencias médicas que provee servicios para el cuidado especializado de niños y adolescentes, según el Comité de Trauma del Colegio Americano de Cirujanos (de acuerdo a la versión más reciente del *Resources for Optimal Care of the Injured Patient, American College of Surgeons Committee on Trauma*), puede clasificarse como:

- 1) Facilidad de Cuidado de Trauma Pediátrico (Hospital Pediátrico Especializado), o
- 2) Facilidad de Cuidado de Trauma con Capacidad Pediátrica.
- 3) Los requisitos para ambos tipos de facilidad se establecen en este Capítulo IX de este Reglamento.

ARTÍCULO 9.4 FACILIDAD DE CUIDADO DE TRAUMA PEDIÁTRICO (HOSPITAL PEDIÁTRICO ESPECIALIZADO)

A. Toda Facilidad de Cuidado de Trauma Pediátrico contará con:

- 1) Cirujano Pediátrico disponible y presente en sala de operaciones para todos los procedimientos, o un residente de cirugía general PGY4 que pueda estar presente para iniciar la resuscitación hasta que llegue el cirujano pediátrico.
- 2) Cirujano General
- 3) Hospital Pediátrico o un hospital general con un departamento de pediatría
- 4) Departamento de Emergencia: Sala de Emergencia Pediátrica con las facilidades, personal y equipo apropiado.
- 5) Intensivo Pediátrico: Unidad de intensivo pediátrico con cirujano pediátrico y otro personal quirúrgico, médico y de enfermería con competencias pediátricas y con el equipo apropiado.
- 6) Servicio de Trauma Pediátrico organizado y dirigido por un Cirujano Pediátrico.

B. El Equipo de Trauma (*Team*) de toda Facilidad de Cuidado de Trauma Pediátrico estará compuesto por:

- 1) Cirujano Pediátrico
- 2) Ortopeda Pediátrico
- 3) Neurocirujano Pediátrico
- 4) Anestesiólogo Pediátrico
- 5) Intensivista Pediátrico
- 6) Emergenciólogo Pediátrico
- 7) Radiólogo Pediátrico

- 8) Otras especialidades quirúrgicas pediátricas
- 9) Otras subespecialidades médicas pediátricas
- 10) Coordinador de Trauma Pediátrico
- 11) Enfermeras con adiestramiento en Trauma Pediátrico
- 12) Programa de Mejoramiento de Calidad de Trauma Pediátrico
- 13) Servicios psicosociales
- 14) Servicios de Rehabilitación

SECCIÓN 9.5: FACILIDAD DE CUIDADO DE TRAUMA CON CAPACIDAD PEDIÁTRICA

A. Toda facilidad de cuidado de trauma con capacidad pediátrica contará con:

- 1) Cirujano Pediátrico o Cirujano General con experiencia en manejo del trauma pediátrico. Debe tener especial interés y compromiso, y con educación médica continua evidenciada.
- 2) Hospital Pediátrico o un Hospital de Trauma de Adulto con afiliación o acuerdo de colaboración con un Hospital Pediátrico General.
- 3) Departamento de emergencia que tenga personal y equipo adiestrado para atender a pacientes pediátricos de Trauma.
- 4) Unidad de intensivo con personal y equipo apropiado para el manejo de pacientes pediátricos.
- 5) Servicio de Trauma administrado por un cirujano de trauma que tenga especial interés y compromiso con los niños.

B. El Equipo de Trauma (*Team*) de toda Facilidad de Cuidado de Trauma con Capacidad Pediátrica estará compuesto por:

- 1) Cirujano Pediátrico o Cirujano General con experiencia en manejo del trauma pediátrico.
- 2) Ortopeda
- 3) Neurocirujano
- 4) Intensivista Pediátrico
- 5) Emergenciólogos
- 6) Radiólogos
- 7) Pediatras
- 8) Coordinador de Trauma
- 9) Enfermeras con experiencia en manejo de Trauma Pediátrico
- 10) Programa de Mejoramiento de Calidad de Trauma Pediátrico
- 11) Servicios psicosociales

ARTÍCULO 9.6 DESIGNACIÓN DE FACILIDADES

La designación de las facilidades contribuye a reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad a los niños críticamente enfermos y/o lesionados. Los niveles de cuidado son Nivel I, Nivel II, Nivel III y Nivel IV. Dentro de estos niveles se incluyen las siguientes áreas de cuidado médico:

- 1) Facilidades
- 2) Personal
- 3) Equipo y Materiales
- 4) Acceso, *Triage*, Traslado y Transporte
- 5) Educación, Adiestramiento, Investigación y Mejoramiento de Calidad
- 6) Apoyo Administrativo

A. Nivel I: Facilidad de Cuidado de Trauma Pediátrico (Hospital Pediátrico)

- 1) Descripción
 - a. Es el nivel superior de cuidado especializado para pacientes pediátricos.
 - b. Tiene la capacidad de proveer servicios comprensivos especializados, médicos y quirúrgicos para manejar a los niños críticamente enfermos y/o lesionados.
 - c. Es responsable de servir como un centro de referido para el cuidado especializado de pacientes pediátricos.
 - d. Apoya el desarrollo de sistemas, incluyendo:
 - 1) Asistir en la educación del personal pre-hospitalario.
 - 2) Proveer educación y adiestramiento a todo el personal hospitalario.
 - 3) Proveer y garantizar que los servicios de transporte sean adecuados y estén disponibles para el traslado de pacientes pediátricos críticamente enfermos o lesionados.
 - 4) Proveer consultas de servicios sub-especializados pediátricos y quirúrgicos a las facilidades de menor nivel.
 - 5) Apoyar el desarrollo de la investigación, desarrollo de sistemas, programas de

mejoramiento de calidad y programas de prevención de lesiones.

2) Personal

- a. Cubierta de Médicos
 1. Toda facilidad Nivel I (Hospital Pediátrico) debe contar con cubierta de Sala de Emergencia 24 horas, por médicos con experiencia en el manejo del Trauma Pediátrico, Pediatras, Emergenciólogos o *Fellows* de Medicina en Emergencia Pediátrica.
 2. El Director del Departamento debe ser un Pediatra con *Fellow* en Medicina de Emergencias o Emergenciólogo con experiencia formal en un programa de residencia de una Escuela de Medicina, acreditada por ACGME.

b. Equipo de Trauma Pediátrico (TEAM)

El Equipo de Trauma de una facilidad Nivel I (Hospital Pediátrico) debe estar constituido o tener disponible:

- i. Un médico de medicina de emergencia pediátrica
- ii. Un cirujano pediátrico, o un cirujano de trauma (un residente de cirugía PGY-4 o 5) que esté disponible *in house* hasta que llegue el cirujano pediátrico o el cirujano de trauma.
- iii. Un residente de cirugía
- iv. Tres enfermeras graduadas (RN) con experiencia en emergencias pediátricas, cuidado crítico, pediátrico, cirugía pediátrica y cuidado de trauma.
- v. Un neurocirujano
- vi. Un cirujano ortopédico
- vii. Un residente de anestesia o una enfermera anestésista certificada, ambos con experiencias pediátrica, con un anestesiólogo disponible en terapeuta respiratorio o técnico de laboratorio y de radiología
- viii. Un técnico de tomografía computarizada disponible 24 horas
- ix. Un trabajador social
- x. Un coordinador de trauma pediátrico quien es responsable de la recopilación de datos, mejoramiento de calidad.

c. Personal de Enfermería

El personal de enfermería de una facilidad Nivel I (Hospital Pediátrico) debe estar constituido o tener disponible:

- i. Director de Enfermería Pediátrica del Departamento de Emergencia.
- ii. Una enfermera graduada (RN) responsable de la educación del personal.
- iii. Enfermeras con experiencia en emergencia pediátrica y cuidado en trauma.

3) Equipo

El equipo necesario para una facilidad Nivel I de emergencia pediátrica será según recomendado por los cambios del Comité de Trauma del Colegio Americano de Cirujanos-Green Book.

4) Facilidades

Las facilidades clasificadas Nivel I de emergencias pediátricas deben tener:

- a. Las áreas de Trauma y Emergencias Pediátricas donde sea posible manejar emergencias pediátricas con todo el personal, equipo y destrezas necesarias para el cuidado adecuado.
- b. Los cuartos de resucitación deben de estar equipados y disponibles para atender y manejar casos de trauma pediátrico.
- c. Una unidad de cuidado crítico disponible dentro de la facilidad o un acuerdo de colaboración con un Hospital Pediátrico accesible.

5) Acceso, Traige, Traslado y Transporte

Las facilidades clasificadas Nivel I deben cumplir con los requisitos establecidos en este Reglamento.

6) Educación, Adiestramiento, Investigación y Mejoramiento de Calidad

- a. Una facilidad Nivel I deberá ofrecer apoyo a todas las facilidades y además deberá:
 - i. Organizar un plan educativo dirigido a la comunidad cuyo contenido incluya orientación sobre acceso y cuidado a las emergencias pediátricas, y prevención de lesiones.
 - ii. Apoyar a las agencias pre-hospitalarias y a sus directores médicos para mantener

- iii. un programa educativo y de adiestramiento utilizando los recursos de su región. Asegurar la diseminación de la información más reciente, mantener las destrezas en emergencias de adultos y pediátricos, y actualizar las guías de cuidado y protocolos.
- iv. Garantizar que el personal hospitalario reciba educación de cuidado de emergencia en adultos y pediátricas.
- v. Desarrollar indicadores de calidad para la revisión del cuidado de los pacientes de trauma y que los mismos estén incluidos en la educación continua.
- vi. Asistir en la colección de datos regionales y estatales para los Servicios de Emergencias Médicas de pacientes de trauma que incluyan:
 - 1. Registro de Trauma
 - 2. Epidemiología para lesiones y enfermedades
 - 3. Indicadores de calidad específicos para pediatría
- vii. Desarrollar un programa de investigación en pacientes de trauma.

7) Apoyo Administrativo y Compromiso Institucional

- a. Un Hospital Nivel I deberá:
 - i. Tener un personal adecuado que esté bien adiestrado.
 - ii. Contar con los recursos financieros disponibles para proveer el equipo, cuidado de emergencia y transporte
 - iii. Garantizar que las facilidades sean designadas como unas de fácil acceso para los pacientes de trauma y sus familiares en su cuidado médico de emergencia.
 - iv. Tener disponibles para el Departamento de Emergencia los siguientes servicios de apoyo:
 - 1. Servicios Sociales
 - 2. Apoyo en abuso sexual
 - 3. Cuidado respiratorio
 - v. Asistir, apoyar o asesorar a todas las agencias de respuesta de emergencia en la organización e implementación del cuidado de pacientes de emergencia de traumas que:
 - 1. Provea acuerdos de traslado y transporte con las facilidades de Nivel II, III y IV.
 - 2. Provea servicios de transporte cuando sea necesario para recibir los pacientes críticamente enfermos o lesionados.
 - 3. Provea consultoría a los hospitales.
 - 4. Provea consulta off-line (protocolos), apoyo y educación para el sistema prehospitalario.
 - 5. Provea apoyo médico para asegurar la calidad en el control médico directo (on-line) para todo el sistema prehospitalario.
 - vi. Organizar e implementar plan educativo para todos los hospitales que:
 - 1. Adiestren instructores para que a su vez adiestren al personal prehospitalario, enfermeras y médicos en el cuidado de emergencia.
 - 2. Asegurar que los cursos de adiestramientos estén disponibles para todos los hospitales y personal hospitalario.
 - vii. Proveer apoyo para el sistema de datos que:
 - 1. Defina la población servida
 - 2. Mantenga y monitoree los indicadores específicos de calidad
 - viii. Apoyar investigaciones institucionales y colaborativas. Tener un director médico del departamento de Emergencias Pediátricas que posea una certificación y preparación en Medicina de Emergencia Pediátrica.

B. Nivel II:

1) Descripción

Una facilidad Nivel II es un Hospital General que recibe un volumen significativo de pacientes pediátricos. Este hospital debe tener un área separada en su Sala de Emergencia para los pacientes pediátricos, con un área independiente para los servicios de hospitalización. Tiene la responsabilidad de aceptar referidos de pacientes pediátricos de otros hospitales de nivel III y IV como parte de un *Triage* pre acordado, traslado y acuerdo de transporte.

Este Nivel II tiene que tener lo incluido en el Nivel III, en adición a lo establecido a continuación en los Incisos 2, 3, 4, 5, 6 y 7:

2) Personal

- a. Cubierta de Médicos

Toda facilidad de emergencias pediátricas clasificada Nivel II deberá contar con pediatras o médicos de medicina de emergencia presentes en el Departamento de Emergencias las 24 horas al día, con las destrezas conocimientos y compromiso en el cuidado de los niños críticamente enfermos o lesionados.

b. Equipo de Trauma Pediátrico (*TEAM*)

Toda facilidad de emergencias pediátricas clasificada Nivel II deberá contar con:

- i. Un pediatra, médico de medicina de emergencia o un médico de medicina de emergencias pediátricas.
- ii. Un cirujano de trauma con experiencia y adiestramiento en Trauma Pediátrico.
- iii. Tres enfermeras graduadas (RN) con experiencia en emergencias, cuidado crítico, pediatría o cirugía.
- iv. Un neurocirujano que esté disponible.
- v. Un cirujano ortopédico que esté disponible.
- vi. Un residente de anestesia o una enfermera anestesiista certificada, ambos con experiencia pediátrica, y un anestesiólogo disponible.
- vii. Un coordinador de trauma
- viii. Un terapeuta respiratorio pediátrico, técnico de laboratorio, de radiología y trabajadora social disponible.

c. Personal de Enfermería

Toda facilidad de emergencias pediátricas clasificada Nivel II deberá contar con:

- i. Por lo menos una enfermera por turno con experiencia en manejo de emergencias pediátricas (curso PALS o curso equivalente).
- ii. Una enfermera educadora en cuidado pediátrico

3) Equipos y Materiales

a. Una facilidad clasificada Nivel IV de emergencia pediátrica deberá contar con:

- i. El equipo necesario para tener comunicación con Emergencias Médicas, de no existir los recursos para proveer control médico en el sistema pre-hospitalario.
- ii. Un carro de paro o algún otro sistema para organizar el equipo de resucitación, drogas, sistema codificado por color que incluye las dosis de medicamentos, y materiales pediátricos de referencia.
- iii. Tener accesible de forma organizada e identificada el equipo, materiales, bandejas y medicamentos.
- iv. Los antídotos necesarios se determinarán a través de consultas al Centro de Control de Envenenamiento.

4) Facilidades

a. Toda facilidad de Nivel IV deberá cumplir con lo especificado en la Tabla 2 de este Reglamento.

5) Acceso, Triaje, Traslado y Transporte

- a. Toda facilidad de Nivel IV deberá tener la capacidad de proveer resucitación, estabilización y un *Triage* a tiempo para todos los pacientes pediátricos, y cuando sea apropiado transferir los pacientes a una facilidad de nivel mayor.
- b. Este nivel de facilidad necesita un *Triage* y es responsable de tener acuerdos apropiados de traslado para asegurar que todos los pacientes pediátricos reciban los cuidados de emergencia.

6) Educación, Adiestramiento, Investigación y Mejoramiento de Calidad

a. Toda facilidad clasificada Nivel IV deberá:

- i. Asistir a las agencias de Emergencias Médicas en el proceso de organizar un plan educativo dirigido a la comunidad.
- ii. Apoyar a las agencias pre-hospitalarias en un programa educativo y asegurar la diseminación de la información más reciente.
- iii. Asegurar que los profesionales de la salud tengan acceso a educación continua.
- iv. Colaborar con el centro regional para desarrollar investigaciones.
- v. Desarrollar indicadores apropiados de calidad para una revisión periódica de los

- participantes.
- vi. Participar en un registro de trauma pediátrico.

7) Apoyo Administrativo y Compromiso Institucional

- a. Toda facilidad clasificada Nivel II deberá:
 - i. Tener el personal con las competencias necesarias para ofrecer el servicio adecuado.
 - ii. Contar con los recursos financieros disponibles para el equipo necesario como se describe en la Tabla 2 de este Reglamento.
 - iii. Garantizar que las facilidades sean designadas como unas de fácil acceso para los pacientes pediátricos y sus familiares en su cuidado médico de emergencia.
 - iv. Proveer acceso para cuidado de emergencias para los pacientes pediátricos independientemente de su capacidad de pago.
 - v. Participar en un proceso de coordinación para:
 - 1. Garantizar los acuerdos de traslado y transporte.
 - 2. Referir pacientes críticamente enfermos o lesionados y con necesidades especiales a una facilidad apropiada.
 - 3. Apoyar los acuerdos para recibir a los pacientes de una facilidad de nivel menor.
 - 4. Garantizar que todo el personal hospitalario cuente con la educación y el adiestramiento necesarios para el manejo de las emergencias pediátricas.
 - 5. Trabajar en colaboración con la agencia de Emergencia Médicas para proveer educación al personal pre-hospitalario, enfermería y médicos.
 - 6. Participar activamente en la colección de datos.
 - 7. Garantizar el enlace entre el hospital y los servicios de transporte pre-hospitalarios.
 - 8. Tener un director médico del Departamento de Emergencias con la certificación de medicina de emergencia o medicina en emergencias pediátricas.
 - 9. Tener un director de enfermería en el Departamento de Emergencia.
 - 10. Desarrollar y monitorear protocolos de emergencias pediátricas y cuidado crítico.

C. **Nivel III**

1) Descripción

Una facilidad Nivel III es una facilidad de salud que proporciona una identificación apropiada, estabilización y transporte, tal como se describe en el Nivel IV. Cuenta con un médico disponible las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana, para el cuidado de emergencia. Cuenta con un área con capacidad limitada de pacientes hospitalizados con problemas menores y acepta el traslado de pacientes pediátricos de un Nivel IV.

Una facilidad Nivel III tiene que tener lo incluido en el Nivel IV en adición a lo establecido a continuación en los Incisos 2, 3, 4, 5, 6 y 7:

2) Personal

a. Cubierta de Médicos

Toda facilidad de emergencias pediátricas clasificada Nivel III deberá contar con médicos de medicina de emergencia o pediatras presentes en el hospital las veinticuatro (24) horas al día, los siete (7) días a la semana. Deberá además tener disponible un pediatra y un cirujano general, ambos con experiencia en trauma. Además deben contar con un anestesiólogo y un radiólogo las veinticuatro (24) horas del día, todos los días.

3) Equipo y Material

El equipo necesario para una facilidad de Nivel III se detalla en la Tabla 2 de este Reglamento.

4) Facilidades

Toda facilidad de Nivel III deberá cumplir con lo especificado en la Tabla 2 de este Reglamento.

5) Acceso, Triage, Traslado y Transporte

Toda facilidad de Nivel III deberá proveer apoyo al Nivel IV cuando sea necesario, por medio de *Triage* y acuerdos de traslado.

6) Educación, Adiestramiento, Investigación y Mejoramiento de Calidad

- a. Toda facilidad clasificada Nivel III deberá proveer educación a la comunidad que cubra los siguientes aspectos:
 - i. Acceso al cuidado de emergencias pediátricas
 - ii. Prevención de lesiones
 - iii. Primeros Auxilios y Resucitación Cardiopulmonar
- b. Las facilidades de Nivel III deberán además desarrollar un programa de mejoramiento de calidad que incluya:
 - i. Una revisión del transporte pediátrico desde un hospital a otro.
 - ii. Una revisión de los resultados de data del paciente hospitalizado con lesiones y daños.

7) Apoyo administrativo y Compromiso Institucional

- a. Toda facilidad clasificada Nivel III deberán:
 - i. Asegurarse que su personal esté debidamente adiestrado para ofrecer servicios conforme al nivel de facilidad.
 - ii. Tener recursos financieros disponibles para proveer al Departamento de Emergencia del hospital el equipo necesario.
 - iii. Asegurar que las facilidades sean designadas como una de fácil acceso y sean apropiadas para el cuidado de pacientes pediátricos.
 - iv. Proveer acceso para cuidado de emergencia para los pacientes pediátricos independientemente de su capacidad de pago.
 - v. Participar en un proceso de coordinación para:
 - 1. Garantizar los acuerdos de traslado y transporte.
 - 2. Referir pacientes críticamente enfermos o lesionados y con necesidades especiales a una facilidad apropiada.
 - vi. Apoyar los acuerdos para recibir a los pacientes de una facilidad de nivel menor.
 - vii. Garantizar que todo el personal hospitalario cuente con la educación y el adiestramiento necesarios para el manejo de las emergencias pediátricas.
 - viii. Trabajar en colaboración con la agencia de Emergencia Médicas para proveer educación al personal pre-hospitalario, enfermería y médicos.
 - ix. Participar activamente en la colección de datos.
 - x. Garantizar el enlace entre el hospital y los servicios de transporte pre-hospitalarios.
 - xi. Proveer acceso para los servicios sociales y servicios de apoyo a niños maltratados.

D. Nivel IV

1) Descripción

Una facilidad Nivel IV es una unidad de apoyo que tiene la capacidad de identificar el paciente críticamente enfermo o lesionado. Además, tiene la capacidad de estabilizar el paciente pediátrico, incluyendo el manejo de vía aérea, respiración y circulación, y garantiza un traslado en el tiempo apropiado a la facilidad de cuidado correspondiente.

2) Personal

- a. Cubierta de Médicos
 - Toda facilidad de emergencias pediátricas clasificada Nivel IV deberá contar:
 - i. Con un médico de medicina y una enfermera graduada (RN) con experiencia en pediatría. El médico debe estar disponible para responder con prontitud a las emergencias. Además debe contar con protocolos y acceso telefónico.
 - ii. Un médico y una enfermera presentes veinticuatro (24) horas en el hospital, siete (7) días de la semana, capaces de reconocer y manejar *shock*, fallo respiratorio y estabilizar pacientes de trauma pediátrico, incluyendo reconocimiento temprano y estabilización de problemas que pueden conducir a fallo respiratorio o *shock*. El médico y la enfermera deben completar cursos tales como "*Pediatric Advance*

Life Support" (PALS).

- iii. Una enfermera graduada (RN) adicional disponible para emergencias.

3) Equipo y Materiales

Una facilidad clasificada Nivel IV de emergencia pediátrica deberá contar con:

- a. El equipo necesario para tener comunicación con Emergencias Médicas, de no existir los recursos para proveer control médico en el sistema pre-hospitalario.
- b. Un carro de paro o algún otro sistema para organizar el equipo de resucitación, drogas, sistema codificado por color que incluye las dosis de medicamentos, y materiales pediátricos de referencia.
- c. Tener accesible de forma organizada e identificada el equipo, materiales, bandejas y medicamentos.
- d. Los antídotos necesarios se determinarán a través de consultas al Centro de Envenenamiento.

4) Facilidades

Toda facilidad de Nivel IV deberá cumplir con lo especificado en la Tabla 2 de este Reglamento.

5) Acceso, Traige, Traslado y Transporte

- a. Toda facilidad de Nivel IV deberá tener la capacidad de proveer resucitación, estabilización y un *Triage* a tiempo para todos los pacientes pediátricos, y cuando sea apropiado transferir los pacientes a una facilidad de nivel mayor.
- b. Este nivel de facilidad necesita un *Triage* y es responsable de tener acuerdos apropiados de traslado para asegurar que todos los pacientes pediátricos reciban los cuidados de emergencia.

6) Educación, Adiestramiento, Investigación y Mejoramiento de Calidad

Toda facilidad de Nivel IV deberá:

- a. Proveer educación a la comunidad considerando el acceso para cuidado de emergencias pediátricas.
- b. Proveer información y datos del paciente en la colección de data.
- c. Organizar una estructura que asegure la calidad y un programa de mejoramiento que revise los siguientes indicadores:
 - i. Muertes de niños
 - ii. Reportes de incidentes
 - iii. Traslados
 - iv. Casos de abusos de niños
 - v. Paro respiratorio y cardiopulmonar
 - vi. Admisiones dentro de las 48 horas en la visita de una Sala de Emergencia.
 - vii. Cirugías dentro de las 48 horas, luego de haber sido dado de alta de un departamento de emergencias.
 - viii. Indicadores de calidad relacionada con el cuidado médico, enfermería y la dirección médica para los proveedores de servicios pre-hospitalarios.

7) Apoyo Administrativo y Compromiso Institucional

Toda facilidad de Nivel IV deberá:

- a. Contar con personal adiestrado para ofrecer el servicio adecuado conforme al nivel de facilidad.
- b. Contar con los recursos financieros disponibles para el equipo necesario como se describe en la Tabla 2 de este Reglamento.
- c. Garantizar que las facilidades sean designadas como unas de fácil acceso para los pacientes pediátricos y sus familiares en su cuidado médico de emergencia.
- d. Proveer acceso para cuidado de emergencia para los pacientes pediátricos independientemente de su capacidad de pago.
- e. Participar en un proceso de coordinación para:
 - i. Garantizar los acuerdos de traslado y transporte.
 - ii. Referir pacientes críticamente enfermos o lesionados y con necesidades especiales a una facilidad apropiada
- f. Garantizar que todo el personal hospitalario cuente con la educación y el adiestramiento necesarios para el manejo de las emergencias pediátricas.
- g. Trabajar en colaboración con la agencia de Emergencias Médicas para proveer educación al personal pre-hospitalario, enfermería y médicos.
- h. Participar activamente en la colección de datos.
- i. Garantizar el enlace entre el hospital y los servicios de transporte pre-hospitalarios.

- j. Garantizar que el Departamento de Emergencia tenga:
 - i. Director Médico
 - ii. Médico coordinador con experiencia en el cuidado de emergencias pediátricas.
 - iii. Coordinador de enfermería para el cuidado de emergencias pediátricas.
- k. Establecer políticas, procedimientos o protocolos para pacientes de emergencias medicas pediátricas que incluya:
 - i. *Triage*
 - ii. Evaluación general
 - iii. Seguridad
 - iv. Abuso de niños y negligencia
 - v. Consentimiento
 - vi. Traslados
 - vii. Órdenes de no resucitación
 - viii. Muertes en el Departamento de Emergencias (incluyendo el síndrome de muerte súbita) y el cuidado de las familias afectadas.
 - ix. Sedación consciente

TABLA 2. GUÍAS PARA FACILIDADES DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS

	NIVEL DE LA FACILIDAD			
	I	II	III	IV
REQUISITOS				
Personal				
Médicos con experiencias en cuidados de emergencias pediátricas	E	E	E	E
RN con entrenamiento pediátrico	E	E	E	E
Terapista Respiratorio	E	E	E	
Coordinador de Trauma	E	E		
Enfermera Educadora	E	E		
Equipo de Trauma	E	E	R	
Consultores especialistas				
Pediatria	E	D	D	R
Radiología	E	E	D	R
Anestesiología	E	D	D	
Cardiología	D			
Cuidado Crítico	E	E		
Nefrología	D			
Hematología/Oncología	D			
Endocrinología	D			
Gastroenterología	D			
Alergista	D			
Neurología	D			
Neumología	D			
Psiquiatría	D			
Enfermedades Infecciosas	D			
Cirujanos Especialistas		E	D	D
Cirujano General	E	R		
Cirujano Pediátrico	D	D		
Neurocirujano	D	D		
Ortopedia	D	D		
Otolaringología	D			
Urología	D			
Cirujano Plástico	D			
Oral/Maxilofacial	D			
Ginecología	D			
Cirugía Microvascular	D			
Cirugía de manos	D			
Oftalmología	D			
Cirugía Cardíaca	D			
EQUIPO				
Equipo de comunicación con sistema de Emergencias Médicas	E	E	E	E
Carro de paro organizado	E	E	E	E

Hoja de drogas de emergencia/Broselow Tape (medida del paciente)	E	E	E	E
Equipo / Monitoreo				
Monitor cardiaco EKG / desfibrilador con Capacidad pediátrica / paletas / parchos	E	E	E	E
Oximetría de pulso con sensores adultos/pediátricos	E	E	E	E
“Cuff” de presión neonatal / infante, niño adulto (brazo / muslo)	E	E	E	E
Termómetro Rectal	E	E	E	E
Otoscopio, oftalmoscopio, estetoscopio	E	E	E	E
Doppler y monitoreo de presión sanguínea no invasivo (cuff de infante, niño y adulto)	E	E	E	E
Monitor respiratorio / Apnea	E	E	R	
Monitor de “Endtidal” CO2	E	E	R	
Monitor de presión venosa central líneas arteriales	E	E	R	
Equipo vía aérea / ventilación				
Ventilador Manual auto inflable con reservorio, con y sin “pop off valve” tamaños: pediátrico 450 ml y adulto 1000ml con mascarillas neonatales, infante , niño y adulto	E	E	E	E
Sistema de administrar oxígeno con metros de flujo	E	E	E	E
Mascarillas de oxígeno (estándar y non-rebreathing) infante, niño y adulto	E	E	E	E
Cánulas nasales (infante, niño, adulto)	E	E	E	E
Catéteres de succión 6-14 fr “Yankaurtip”	E	E	E	E
Cánulas orofaríngeas (tamaño del 0 – 5)	E	E	E	E
Cánulas nasofaríngeas (infante, niño, adulto)	E	E	E	E
Tubos nasogástrico (tamaño 6-16 fr)	E	E	E	E
Mangos y hojas de laringoscopio				
Curvas – 2 y 3	E	E	E	E
Rectos 0, 1,2 y 3				
Tubos endotraqueales				
Sin cuff (2.5 – 5.5)	E	E	E	E
Con cuff (6.0 – 9.0)				
Estilletes para tubos endotraqueales (pediátrico/adultos)	E	E	E	E
Lubricante soluble en agua	E	E	E	E
Pinzas Magill (pediátricas y adultos)	E	E	E	E
Tubos de traqueostomía (tamaños shiley 0 – 6)	E	E	E	E
Equipo para mezclar oxígeno (blender)	E	E	E	E
Endoscopio y Broncoscopio pediátrico	E	E	E	
Ventiladores pediátricos	E	E		
Máscaras laríngeas tamaños (1, 1.5, 2, 2.5, 3, 4 y 5)	E	E	E	E
Equipo de acceso vascular				
Tabla para estabilizar brazo (tamaños de infante, niño, adulto)	E	E	E	E
Agujas tipo mariposa (19 – 25 gauge)	E	E	E	E
Catéter para accesos vasculares tamaños (16 - 24 gauge)	E	E	E	E
Agujas (18 – 24 gauge)	E	E	E	E
Aguja intraósea tamaño pediátrico / adulto	E	E	E	E
Catéteres umbilicales (3.5F)	E	E	E	E
Sets para administrar soluciones intravenosas	E	E	E	E
Con cámara calibrada extensión y set de infusión con habilidad de regular el ritmo y volumen de la infusión				
Conectores T, extensiones y stopcocks”	E	E	E	E
Catéteres centrales venosos (selđingertechnique (4 – 7 fr)	E	E	E	
Calentador de líquidos y sangre	E	E	E	
Kit gases arteriales	E	E	E	
Bombas de infusión	E	E	R	
Bandejas Pediátricas Especializadas				
Punción lumbar infante y pediátrica	E	E	E	
Cateterización urinaria: Foley 8 – 10fr	E	E	E	E
Kit Obstétrico	E	E	E	E
Bandeja para manejo de vía aérea difícil				
Debe de incluir pero no limitarse a cánulas supra glóticas como las máscaras laríngeas de todos tamaños, kit cricotirotomía de aguja y cricotirotomía quirúrgica	E	E	E	
Bandeja torocotomía	E	E	R	
Tubos de pecho que incluyen tamaño infante 10 F – 12 F, niño 16	E	E	R	

F – 24 F, adulto 28 F – 40 F				
Equipo de resucitación / parto neonatal, deba incluir equipo para iniciar resucitación neonatal , clampumbilicar, tijeras, pera de succión y toalla de secar	E	E	E	
Bandejas de lavado peritoneal	E	E		
Bandeja de medir presión intracraneal	E	R		
Bandeja subdural	E	E	R	
Bandeja traqueotomía	E	E	R	
Bandeja para Manejo de Fracturas				
Immobilizador cervical tamaño pediátrico y adulto	E	E	E	E
Immobilizador de extremidades	E	E	E	E
Immobilización de fémur tamaño pediátrico y adulto	E	E	E	E
Immobilización espinal, aparatos apropiados para todas las edades	E	E	E	E
MEDICAMENTOS RTU (listos para usarse)				
Carbón activado RTU	E	E	E	E
Adenosina RTU	E	E	E	E
Agonista en inhalación	E	E	E	E
Atropina RTU	E	E	E	E
Antiheméticos	E	E	E	E
Cloruro de calcio RTU	E	E	E	E
Corticosteroides (Dexametasona, metilprednisolona)	E	E	E	E
Antídotos Digitales	E	E	E	E
Difenilhidramina	E	E	E	E
Dobutamina	E	E	E	E
Dopamina RTU	E	E	E	E
Epinefrina (1:1000) (1:10,000)	E	E	E	E
Factor VIII, IX, DDAVP	E	E	E	E
Flumazenil	E	E	E	E
Furosemide	E	E	E	E
Glucagon	E	E	E	E
Insulina	E	E	E	E
Kayexelato	E	E	E	E
Ketamina	E	E	E	E
Lidocaina 1%	E	E	E	E
Mannitol 20%	E	E	E	E
Azú de Metileno	E	E	E	E
Nacetilcisteína	E	E	E	E
Naloxone	E	E	E	E
Prostaglandine E	E	E	E	E
Bicarbonato de sodio 4.2% - 8.4%	E	E	E	E
Succinilcolina	E	E	E	E
Tiopental	E	E	E	E
Solución para irrigar intestino	E	E	E	E
Sulfato de magnesio	E	E	E	E
Amiodarona	E	E	E	E
Procainamide	E	E	E	E
Dextrosa 10%, 25%, 50%	E	E	E	E
Drogas por grupo				
Analgésicos (parenterales/orales)	E	E	E	E
Antibióticos (orales/parenterales)	E	E	E	E
Anticonvulsantes	E	E	E	E
Antídotos (deben estar accesibles en sala de emergencia)	E	E	E	E
Antipiréticos	E	E	E	E
Sedantes	E	E	E	E
Vacunas	E	E	E	E
Agentes inotrópicos	E	E	E	E
Agentes vasopresores	E	E	E	E
Agentes hipertensivos	E	E	E	E
Agentes bloqueadores neuromusculares no depolarizantes	E	E	E	E
MISCELÁNEOS				
Tabla de resucitación	E	E	E	E
Pesa de infante en kilogramos	E	E	E	E
Pesa de niños / adultos en kilogramos	E	E	E	E
Calentador infante	E	E	E	E
Hoja de medicamentos de emergencia pre-calculada	E	E	E	E

Cinta de Broselow TM (cinta de emergencia pediátrica)	E	E	E	E	E
Equipo de restringir pacientes	E	E	E	E	
Escala de evaluación de dolor pediátrica	E	E	E	E	
Radiografía portátil	E	E	E	E	
Lámpara de Hendidura (slitlamp)	E	E	E	E	
Marcapaso transcutáneo temporero con capacidad pediátrica	E	E	E		
FACILIDADES					
Área de emergencia					
Abierta 24 horas al día	E	E	E	E	E
Iluminación en la entrada y área de llegada de ambulancias	E	E	E	E	E
Separada el área pediátrica	E	E	E		
Separada el área resucitación pediátrica	E	E	E		
Área para que aterrice un helicóptero	E	E	E	E	E
SERVICIOS DE APOYO DEL HOSPITAL					
Unidad de hospitalización pediátrica	E	E	E	E	
Unidad de cuidado intensivo pediátrico					
Nivel I	E				
Nivel II		E			
Grupo de manejo de abuso sexual	E	E			
Apoyo social "Child life support"	E				
Salas de operaciones disponibles 24 horas al día	E	E	E	R	
Anestesia y sala de operaciones disponibles pronto	E	E	E	R	
Servicios de Laboratorio					
Hematología	E	E	E	E	E
Química	E	E	E	E	E
Microbiología	E	E	E	E	
Técnica Micro	E	E	E		
Banco de Sangre	E	E	E	R	
Niveles de droga / toxicología	E	E	R	R	
Gases arteriales	E	E	E	E	
Servicios de radiología					
Rutina 24 horas al día	E	E	E	E	
CT 24 horas al día	E	E	E	R	
Ultrasonido 24 horas al día	E	E	E	R	
MRI disponible	E	E	E		
Medicina Nuclear	E	E	R		
Fluoroscopia / estudios con contraste 24 horas al día	E	E	E	R	
Angiografía 24 horas	E	E	R		
Ecocardiografía	E	E	E	R	
Electroencefalografía	E	E	E	R	
Tener acceso a:					
Centro Control de Envenenamiento	E	E	E	E	E
Hemodiálisis / acuerdo traslado	E	E	E	E	
Medicina Rehabilitación / acuerdo traslado	E	E	E	R	
Manejo de lesión de cordón espinal	E	E	E	R	
Acuerdo traslado					
Cámara hiperbárica / acuerdo traslado	E	E	E	R	
ACCESO, TRIAGE, TRASLADO, TRANSPORTE					
Apoyo del control médico	E	E	R	R	
Aceptar información de llamadas de la ambulancia	E	E	E	E	
Acuerdos de traslados para:					
Pacientes hospitalizados			E	E	
Cuidado Crítico (ICU)		E	E	E	
Trauma mayor		E	E	E	
Quemaduras	E	E	E	E	
Hemodiálisis	E	E	E	E	
Lesión de cordón espinal	E	E	E	E	
Cuidado Rehabilitación	E	E	E	E	
Acepta todos los pacientes críticamente enfermos de hospitales de nivel inferior	E	R	R	R	
Acceso de servicios apropiados de transporte para pediatría	E	E	E	E	E
Ofrece servicio de consultas 24 horas a instituciones de nivel inferior	E				
Acuerdos en consulta con Nivel I		E	E		
EDUCACIÓN ENTRENAMIENTO, INVESTIGACIÓN Y					

MEJORAMIENTO DE CALIDAD				
<i>Educación y entrenamiento</i>				
Educación al público, prevención de lesiones	E	E	R	R
Personal adiestrado en resucitación y estabilización	E	E	E	E
Participa en educación pre-hospitalaria	E	R	R	R
Establecer los recursos y redes de apoyo para adiestrara todos los niveles a los diferentes profesionales	E	R		
<i>Investigación</i>				
Apoyar en el esfuerzo de investigación y recogido de data	E	E	E	R
Participar y mantener un Registro de Trauma	E	E	R	
Organizar programa de investigación	E			
<i>Mejoramiento de calidad</i>				
Apoyo Administrativo y Compromiso del Hospital				
Recursos clínicos disponibles para adiestramiento al personal pre-hospitalario	E	R	R	
Asegurar que el personal de Sala de Emergencia esté adiestrado	E	E	E	E
Asegurar disponibilidad de todo lo necesario, equipo, suplidos, protocolos, acuerdos, políticas	E	E	E	E
Proveer cuidados de emergencia y estabilización para todos los pacientes pediátricos	E	E	E	E
Apoyar esfuerzo colaborativos en educación, adiestrar a todo el personal de salud	E	R	R	R
Asegurar control médico apropiado en el cuidado del paciente	E	R	R	R
Participar en esfuerzos laborativos en el cuidado de emergencias de la región	E	E	E	E
Asegurar estén disponibles los servicios de transporte y acuerdos	E	E	E	E
Asegurar recursos disponibles para la colección de datos	E	E	E	E
Asegurar disponibilidad de:				
Servicios Sociales	E	E		
Servicios de apoyo a maltrato	E	E		
“ChildLifeSupport”	E			
“On-Line” – control médico	E	R	R	R
Cuidado respiratorio	E	E	E	
Servicios que apoyen el desarrollo del niño	E			

CAPÍTULO X FACILIDADES DE REHABILITACIÓN

ARTÍCULO 10.1 OBLIGACIÓN DE INICIAR SERVICIOS DE REHABILITACIÓN, PROCEDIMIENTO DE TRASLADO Y OBLIGACIÓN DE INFORMAR

Los hospitales participantes del Sistema de Trauma deben estar capacitados para iniciar los servicios de rehabilitación lo más pronto posible luego de la admisión del paciente a su facilidad o tener acuerdo de traslado. Además, los procedimientos de traslado a otras facilidades de rehabilitación deben estar descritos en el Plan Regional de Trauma. Las facilidades de Rehabilitación participantes en el Sistema deberán suministrar informes al Registro de Trauma. El/La Secretario(a) de Salud podrá imponer una multa, que no excederá de quinientos dólares (\$500.00), a toda persona o institución que viole esta disposición.

CAPÍTULO XI REGISTRO DE TRAUMA

ARTÍCULO 11.1 PROPÓSITO

La Oficina Central de Registro de Trauma del Centro Médico importará la data del *Regional Health Information Organization (RHIO)*, para alimentar el Registro de Trauma con los datos recopilados a nivel Isla, y presentar un informe anualmente al Colegio Americano de Cirujanos según requerido.

ARTÍCULO 11.2 ANÁLISIS Y COLECCIÓN DE DATA DE LAS FACILIDADES DE CIUDADO DE TRAUMA

El *Regional Health Information Organization (RHIO)*, hará la solicitud de búsqueda, recibo de resultados de la búsqueda y compilación de los datos de una o mas búsquedas en una sola

respuesta (*Retrieval, Collection and Collation*), en el formato requerido por la aplicación de Registro Central del Centro Médico. Por tal razón, cada Facilidad de Cuidado de Trauma designada cumplirá con los requerimientos de entrada de datos necesarios para el Registro de Trauma, en el Expediente Médico Electrónico (*Electronic Health/Medical Record (EHR/EMR)*).

El RHIO pondrá el archivo con la data solicitada a la disposición del Centro de Registro de Trauma del Centro Médico. El Centro de Registro de Trauma del Centro Médico importará el producto del RHIO al Registro Central. A su vez, el Registro Central proveerá un resumen anual de los hallazgos al Colegio Americano de Cirugía y a cada facilidad.

CAPÍTULO XII LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

Las facilidades designadas dentro del Sistema de Trauma y Emergencias Médicas Nivel I, II, III o IV, estarán sujetas a los límites de responsabilidad establecidos en la Ley Núm. 104 de 29 de junio de 1955, según enmendada, independientemente dicha facilidad es administrada u operada por una entidad privada. Tales límites serán extensivos a todo empleado, profesional de la salud, titular y administrador de la facilidad designada dentro del Sistema de Trauma y Emergencias Médicas.

CAPÍTULO XIII CLÁUSULAS SEPARABLES

Cualquier disposición de este Reglamento o de cualquiera de las enmiendas que en el futuro se efectúen en el mismo, que se declaren nulas o inconstitucionales por una autoridad judicial competente, no afectarán la vigencia y validez de sus restantes disposiciones, sino que su efecto se limitará a la palabra, inciso, oración, artículo o parte específica.

CAPÍTULO XIV CLÁUSULA DE SALVEDAD

Cualquier asunto no cubierto por este Reglamento, será resuelto por la Secretaría de Salud en conformidad con las leyes, reglamentos, órdenes aplicables y en todo aquello que no esté previsto en las mismas se regirá por las normas de sana administración pública.

CAPÍTULO XV VIGENCIA

Este Reglamento entrará en vigor treinta (30) días luego de su presentación ante el Departamento de Estado de Puerto Rico, de conformidad con las disposiciones de la Ley Núm. 170 del 12 de agosto de 1988, según enmendada.

En San Juan, Puerto Rico, hoy ____ de _____ de 2016.

/Fdo. / Dra. Ana C. Rius Armendáriz
SECRETARIA DE SALUD