Servicio de Salud Metropolitano Central

Ministerio de Salud

SAMU Metropolitano

EXENTA Nº 429 /

MAT.: APRUEBA "Protocolo Registro Clínico Fichas Prehospitalarias Básicas y Avanzadas".

SANTIAGO, 14 DIC 2017

VISTOS: Lo dispuesto en el decreto con fuerza de ley N°1/19.653, de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; el Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005, que establece el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N°2763, de 1979, y de las leyes N° 18.469 y 18.933, el artículo 42 bis del Decreto Supremo N° 140 de 2004, del Ministerio de Salud, sobre Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud; el Decreto Supremo Exento N° 420, de 2016, del Ministerio de Salud, que crea el Centro Metropolitano de Atención Prehospitalaria de Alta Complejidad; la Resolución Exenta N° 2379 de 7 de noviembre de 2017, del Servicio de Salud Metropolitano Central, que dispone Encomendación de Funciones de Director del Centro Metropolitano de Atención Prehospitalaria; en la Resolución Exenta N° 1041 de 2017, del Servicio de Salud Metropolitano Central, que delega facultades en el Director del Centro Metropolitano de Atención Prehospitalaria del Servicio de Salud Metropolitano Central; y en la Resolución Nº 1600, de 2008, de la Contraloría General de la República.

CONSIDERANDO:

1) Que, por Decreto Supremo Exento N° 420, de fecha 29 de noviembre de 2016, del Ministerio de Salud, se creó el Centro de Atención Metropolitana, como un Centro de Especialidad de Alta Complejidad, dependiente del Servicio de Salud Metropolitano Central, a contar del 1° de enero de 2017.

2) Que, atendida su calidad de alta complejidad, y la necesidad de resguardar los principios de eficiencia y eficacia en la función pública, se hace indispensable instituir procedimientos de carácter interno, a fin de establecer directrices claras y objetivas que permitan la mejora continua de los procesos asistenciales.

3) Que, resulta necesario estandarizar el llenado de la ficha clínica prehospitalaria básica y avanzada.

4) Que, para lo anterior, se ha confeccionado un protocolo actualizado de Registro Clínico Fichas Prehospitalarias Básicas y Avanzadas, el que deberá ser conocido por todos los funcionarios de intervención, jefaturas y aquellos cargos que pudieran ejercer auditorías o utilizarlas para la respuesta de reclamos (calidad, jefatura técnica, área jurídica, etc).

RESUELVO:

1.- APRÚEBASE el "Protocolo Registro Clínico Fichas Prehospitalarias Básicas y Avanzadas", que se adjunta a la presente resolución.

2.- COMUNÍQUESE la presente resolución, según distribución, a fin de que sea puesto en conocimiento de los funcionarios que corresponda, el protocolo que por este acto se aprueba.

Anótese, comuníquese, publíquese en la página web del SAMU Metropolitano y archívese en su oportunidad.

SERVICIO DE SALUD CENTRAL
DIRECCIÓN
SAMU METROPOLITANO

DR. SEBASTIAN MAYANZ SALAS
DIRECTOR
SAMU METROPOLITANO

mvc
Distribución:
- Dirección SAMU
- Asesoría Jurídica SAMU
- Centro Regulador SAMU
- Área de Intervención SAMU
- Of. Partes SAMU
- Gestión de Procesos y Calidad
- Comunicaciones
- Archivo

Transcrito Fielmente

Ministro de Fe

SERVICIO DE SALUD CENTRAL
MINISTRO DE FE
SANTIAGO

MONICA CANALES SALAS

PROTOCOLO REGISTRO CLINICO
FICHAS PREHOSPITALARIAS BASICAS Y AVANZADAS

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
María José Espinoza A.	Dr. Sebastian Mayanz	Dr. Julio Barreto
Jefa Gestión de Procesos y Calidad	Jefe de Intervención	Director SAMU
	SAMU METROPOLITANO SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL Jefatura de Intervención	SAMU METROPOLITANO SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL DIRECTOR

I OBJETIVO GENERAL

Estandarizar el llenado de la ficha clínica prehospitalaria básica y avanzada.

II ALCANCE

Este protocolo debe ser conocido por todos los funcionarios de intervención, jefaturas y aquellos cargos que pudieran ejercer auditorías o utilizarlas para la respuesta de reclamos (calidad, jefatura técnica, área jurídica, etc). La elaboración de este protocolo se basó en el Manual de llenado de ficha prehospitalaria avanzada del año 2009, SAMU Metropolitano.

III PARTICIPANTES Y RESPONSABLES

Los responsables de la confección de la ficha clínica del paciente son:

- M1: Técnico Paramédico
- M2: Reanimador
- M3: Médico Interventor

IV DESCRIPCIÓN Y DEFINICIONES

La "ficha de atención" u "hoja de procedimiento" es un documento legal, que debe ser completado con letra legible, de preferencia imprenta y con lápiz de pasta de color azul o negro.

Se debe completar una (1) ficha de intervención por cada procedimiento asignado por el Centro regulador aún cuando este haya quedado nulo (QTA) y una (1) ficha de intervención por cada paciente atendido por el SAMU, aunque sea trasladado por otro vehículo o se niegue a la atención registrando tales hechos en la ficha. Cada paciente atendido debe tener un número de QTC.

Es un documento autocopiativo de 3 hojas, la primera es la "original" las otras dos (2) son copias. Las fichas prehospitalarias básicas y avanzadas constan de 7 áreas en común, más una octava en el caso de las fichas avanzadas.

1. Datos generales del procedimiento

- Previsión (PREV): Registrar la condición previsional del paciente marcando la alternativa que corresponda según se detalla a continuación:
  - FONASA (F): Paciente afiliado a esta institución, en cualquier tramo, incluye los beneficiarios con tarjeta de gratuidad otorgada por las Municipalidades y sus cargas.
  - Isapre (I): Paciente que cotiza en alguna Institución de Salud Previsional o sus cargas.
  - Particular (P): Paciente sin sistema previsional.
  - Otro: Capredena, institucionales, Extranjeros
  - Desconocido (Desc): No dispone de información sobre el sistema previsional del paciente.

- Accidente
  - Escolar: Lesión que sufra un estudiante a causa o con ocasión de sus estudios, o de la realización de su práctica profesional o educacional, y que le produzca incapacidad
  - Accidente de Trabajo: Lesión a causa o con ocasión del trabajo, actividades gremiales de dirigentes sindicales, capacitación ocupacional, en el trayecto directo, de ida o regreso, entre la habitación y el lugar de trabajo y viceversa, y que le produzca incapacidad o muerte.
  - Accidente de Tránsito: Lesionados en un Accidente de Tránsito, beneficiarios del Seguro Automotriz Obligatorio (SAO) registre además:
    - ✓ Compañía de seguros
    - ✓ Nº Póliza
    - ✓ Comisaría y Nº de vehículo policial involucrado RP ó Z
    - ✓ Patente de los vehículos participantes.
- Fecha: Registrar fecha de la atención: día – mes –año (00 – 00 – 0000)
- QTC: Registrar el número correlativo que el Centro Regulador (CR) le asigne al procedimiento.
- Clave: El número de la clave del procedimiento debe ser registrado de acuerdo a la "Causal de atención" del paciente y no por la causa de solicitud del móvil. Ejemplo: si el móvil fue gatillado desde el CR por un paciente con compromiso de conciencia (101), pero en el lugar se constata una caída a nivel (309), la causal de atención que figurará en la ficha será caída a nivel.
- Dato S.U: Corresponde al número correlativo de atención asignado en el Servicio de Urgencia donde es recibido el paciente. En el caso de los traslados o de las interconsultas se debe anotar el número de ficha del centro de salud de origen del paciente.
- Recuperador: Marcar SI o NO según corresponda.
- Base: Planta física que acoge al móvil y a su tripulación.
- Móvil: Ambulancia asignada al procedimiento y a cargo del paciente
- Destino: En las fichas prehospitalairas básicas existe un recuadro con este nombre, no completar.

2. Datos del paciente

- Nombre: Registrar con letra legible, de preferencia imprenta, al menos un nombre y los dos apellidos del paciente. Si no se cuenta con esta información, escribir N.N.
- Edad: La edad del paciente se anotará en días cuando sea un recién nacido (RN), es decir, entre los 0 y los 28 días (ejemplo: 20d). En meses, cuando tenga entre un mes y once meses 29 días (ejemplo: 6m). Y en años después del primer año de vida (ejemplo: 34a).
- Sexo: Encerrar según corresponda M (masculino) o F (femenino).
- RUN: Anotar aquí en número de Cédula de Identidad del paciente. Por razones legales, en lo posible obtenerlo directamente del Carné de Identidad. Si no se obtiene el dato, registrar *"desconocido"*. Si el paciente es extranjero anotar aquí el número de pasaporte, si está disponible.

- Fono: Este dato es opcional. Puede ser el teléfono del domicilio o de algún familiar al que se le pueda informar.
- Dirección del suceso (QTH): Lugar donde se encuentra el paciente al momento de recibir atención, incluir nombre de la calle y numeral. En el caso de ser vía pública anotar la altura de la calle principal o la intersección. En el caso de los traslados (607) o interconsultas (503) escribir aquí el servicio e institución de origen del paciente, ejemplo: UTI Adulto Clínica Santa María.
- Comuna: Comuna en que ocurre el evento
- Dirección del paciente: Registrar la calle, numeral y comuna donde el paciente reside. Si no cuenta con la información, anotar *"desconocido o desc"*. Si corresponde a la misma dirección del QTH registre "ídem".
- Institución: Sólo en las fichas prehospitalarias básicas existe este recuadro, no se completa.

3. Antecedentes del paciente y causal de atención

- Antecedentes mórbidos: Pregunte por los antecedentes cardiovasculares, neurológicos, respiratorios u otros y anótelos sobre las líneas dispuestas para ello en este ítem. En el caso de la diabetes mellitus (DM) y la hipertensión arterial (HTA) marque con una X donde corresponda.
- Tratamiento actual: Anote el nombre de los medicamentos actuales que esté utilizando el paciente. Si falta espacio puede continuar en la "Historia clínica".
- Aliento etilico: Registre SI o NO, si el paciente tiene aliento etílico.
- Alergias: Marque con una X según corresponda. En el caso de tener antecedentes positivos, por favor registre a cuales.
- Antecedentes gineco-obstétricos:
    - G: número de gestaciones.
    - P: número de partos.
    - A: número de abortos.
    - FUR: fecha de última regla.
- Causal de atención: Corresponde al cuadro de lesiones o motivo por el cual, según el juicio clínico del equipo de intervención, se atiende al paciente, en base a ésta se determinan los procedimientos y conductas a seguir. Debe marcar con una cruz solo 1 alternativa, excepto en aquellas causales que consultan por localizaciones anatómicas.
- Traslados secundarios ida y vuelta: Todo paciente que se traslada a un centro por una interconsulta o procedimientos mientras el equipo de intervención espera para retornar a su lugar de origen.
- Traslados secundarios ida: Todo paciente que se traslada desde un centro a otro.
- Diagnósticos: Registre los diagnósticos más importantes del paciente trasladado desde un centro asistencial a otro.
- Fallecido

- Fallecido Post RCP. Paciente que al finalizar las maniobras de reanimación avanzadas, persiste inconsciente, sin pulso y sin respiración.
- Fallecido Lugar. Corresponde al paciente que a la llegada del equipo de intervención presenta signos de muerte evidente. (rigor mortis, livideces, frialdad cadavérica) o presenta lesiones incompatibles con la vida.

4. Control de signos vitales, historia clínica y procedimientos

- Control de signos vitales
  - En las fichas prehospitalarias, existen tres columnas (avanzada) y tres filas (básica) para el registro de signos vitales al inicio de la atención, para un registro intermedio y para el registro del control a la entrega del paciente en el centro asistencial receptor. El registro inicial y final es obligatorio, este último siempre que el paciente sea trasladado a algún dispositivo. El registro de la columna o fila central es opcional. Los signos vitales mínimos a registrar serán: frecuencia cardiaca, presión arterial, Glasgow o nivel de conciencia y saturación.
- Historia: Debe ser una pequeña reseña de la situación actual del paciente:
  - Incluir síntomas, signos y tiempo de evolución del cuadro.
  - Evaluación primaria y secundaria.
  - Otros datos que ayuden a comprender y dimensionar el mecanismo del trauma.
  - Complicaciones que presente el paciente durante el manejo y traslado.
  - Utilizar sólo palabras completas, sin siglas ni abreviaturas.
  - Ocupar solo el espacio dado, en caso de ser necesario agregar otra hoja y junto al número de folio de cada hoja, escribir el o los número de folios de las otras hojas que la continúan.
  - En caso de ser un evento médico – legal, registrar nombre, placa, número de carné y comisaría al cual pertenece el carabinero a cargo del procedimiento.
  - Especificar el motivo por el cual paciente, previa autorización del centro regulador, **no se traslada** a un dispositivo.
  - Registrar el número de la receta de estupefacientes generada por el CR
- Criterios de inestabilidad: Registre todas las condiciones, si un paciente cumple al menos uno de los criterios descrito en las fichas considérelo como inestable o grave. Si no cumple con criterio alguno considérelo estable.
- Procedimientos: Marcar con una X los procedimientos realizados por el equipo de intervención durante el manejo de la emergencia.
- Origen y destino: Registrar origen y destino del paciente que requiere de un traslado (Hospital, Servicio, SAPU, domicilio) todo origen distinto a los mencionados se considera vía pública. En caso de que el paciente no sea trasladado a algún dispositivo, consignar en destino "No se traslada". Especificar en la historia clínica justificación de ello.
- Medicamentos: Registrar los medicamentos y agentes terapéuticos administrados en orden sucesivo

con las respectivas horas y vías de administración. Las dosis registradas serán las totales. El detalle de la fragmentación de la dosis total en bolos se registrará en la historia clínica. Tarjar con una línea los espacios que no utilice.

- Insumos: En las fichas básicas existe el recuadro insumos, registrar todos los insumos desechables utilizados en la atención.

5. Tiempos y equipo de intervención

- Salida: Hora en que el equipo de intervención se encuentra en el móvil y avisa al Centro Regulador (CR) que está en ruta al QTH.
- Lugar: Hora de llegada al lugar del procedimiento.
- Salida del lugar: Hora en que se abandona el lugar del procedimiento ya sea rumbo al servicio de urgencia o hacia la base.
- S.U: Hora en que el móvil llega al servicio de urgencia.
- Recepción en S.U: Hora en que el paciente es recibido en el servicio de urgencia por el médico a cargo.
- 420: hora en que el móvil y el equipo de intervención informa al CR queda disponible para otro procedimiento.
- Médico receptor, enfermera o técnico paramédico: Registrar el apellido del médico que recibió al paciente o el nombre de la EU o TP según corresponda.
- Equipo intervención: En el caso de los reanimadores se registrará el número de reanimador (ejemplo R12). Para los técnicos paramédicos, conductores, médicos interventores y centro regulador deberán registrar los apellidos paternos.

6. Paro cardiorespiratorio (PCR)

Corresponde a una presentación abreviada del protocolo Utstein para el registro de los datos de los PCR pre-hospitalarios. Registrar:

- PCR *"no presenciado"* cuando el paciente es encontrado en esa condición clínica ya sea por testigos o por el personal SAMU.
- PCR presenciado marque con una X y encierre *"testigos"* o *"SAMU"* según corresponda
- A la llegada registre si el paciente recibía o no maniobras de BLS.
- Registrar el ritmo inicial con el que fue encontrado el paciente en el momento de la monitorización
- Lugar donde donde se encuentre el paciente según la siguiente clasificación: domicilio, vía pública o centro de salud (S.U, SAPU, consultorio, centro médico, etc.)
- Retorno a la circulación esponánea (RCE) en algún momento: Según el protocolo es la recuperación de cualquier pulso palpable sin duración espcífica.
- Tiempo de RCE: tiempo total de reanimación

- Ritmo del retorno a la circulación espontánea.
- Registrar si la RCP fue suspendida en el lugar o el servicio de urgencia.
- Este protocolo considera tres causas en el pre-hospitalario:
    - Cardiologica: paciente presentó previo al PCR signos y síntomas de isquemia, independiente de los antecedentes.
    - Traumática: físicos y químicos.
    - No cardiológica: toda aquella causa médica no cardiológica.

7. Denegación o rechazo de traslado

Si luego de que el funcionario a cargo del móvil le explique los beneficios del traslado a un centro asistencial y los riesgos de no aceptarlo, el paciente o los familiares de manera voluntaria y sin presiones externas deciden no realizar en traslado, completar los siguientes datos según cada ficha:

- Fecha y Hora.
- Nombre del paciente o su representante: En caso que el paciente no pueda firmar por ser menor de edad o alguna otra condición de incapacidad en adultos, deberá quedar registrado el nombre del representante legal o de familiar mayor de edad responsable de su cuidado.
- Nombre del Personal a cargo del procedimiento: Registrar el nombre y apellido del funcionario, profesional o técnico, no su número de identificación en el sistema.
- Causa de la incompetencia: registrar la causa por la cual el paciente no puede firmar el rechazo del traslado por sí solo.
- Nombre y RUN del paciente o representante legal: se auto explica.
- Firma: del paciente o representante legal.

- Frente a requerimiento de una copia de la ficha, ésta se debe entregar, dejando consignado que es una impresión diagnostica que debe ser confirmada por un profesional médico.
- En caso de que el equipo de intervención decida no trasladar al paciente, consignar claramente en la historia, que el paciente queda en el QTH por indicación del SAMU (Médico regulador y equipo de intervención).

8 Área de pegado del electrocardiograma (solo fichas avanzadas).

Pegar o corchetear el trazado de monitor electrocardiográfico o el electrocardiograma de 12 derivaciones obtenido durante el procedimiento.

V DOCUMENTOS ASOCIADOS

- Manual de llenado de fichas prehospitalarias avanzadas 2009.