



**Protocolo de asistencia institucional
Extrahospitalaria en respuesta a
demanda de atención proveniente de
la Vía Pública**

RECOMENDACIÓN FECLES Nº 4

DESCRIPCIÓN BREVE

La falta de un protocolo o estrategia de Asistencia Médica fuera del marco Institucional ante eventos de urgencia que suceden en vía Pública y donde las instituciones pueden requerir asistencia dada su intermediación; ha generado una necesidad de revisión y análisis de este tema entendiendo deberes y obligaciones; Paralelamente dada las competencias de accionar de los equipos Sanitarios Municipales o Comunales para el tratamiento de urgencias en vía pública, es que se deben articular medidas de colaboración en una primera atención básica ante un hecho ocurrido próximo a las puertas de un centro asistencial, hasta delegar la acción por el Sistema de Emergencia que compete al mismo.

DR. RUBÉN VERNUCCIO DRA. MYRIAM CRUZ

PROPUESTA

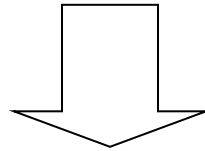
Protocolo de asistencia institucional Extrahospitalaria en respuesta a demanda de atención proveniente de la Vía Pública



Problemática: falta de protocolización de la asistencia médica fuera del marco de la Institución. Llamado desde la vía pública. Deberes y Obligaciones.

*DEBER DE ASISTENCIA: manifestado en la ley del ejercicio profesional
Responsabilidad civil y Penal (art. 106/108).*

Recepción de solicitud de atención en la Institución



1°. LLAMAR

Teléfonos para emergencias: **SAME (107)**, 103 o al 911, PREVIO A LA SALIDA. Registrar de manera completa y adecuada: hora de llamado, persona que lo realiza y persona que lo toma. Se recomienda llevar un libro de registros.

2°. ACTIVAR EL CÓDIGO ESPECÍFICO INTRA INSTITUCIONAL DE EQUIPO DE SALIDA.

(Este código deberá ser determinado por cada institución de acuerdo a las normativas vigentes: CODIGO ROJO?).

Se sugiere tener contemplado un equipo de salida por día previamente estipulado con detalle de personas y puesto laboral.

3°. CONFORMACIÓN DE EQUIPO DE SALIDA:

Equipo de salida IDEAL: 4 INTEGRANTES: médico (hombre) + enfermero + camillero + personal de seguridad.

Equipo de salida BASICO: al menos 2 integrantes (en horario diurno) 3 integrantes en horario nocturno o zonas peligrosas.

NUNCA DEBERÁ SALIR UNA PERSONA SOLA

4°. EQUIPAMIENTO SUGERIDO:

- a).- Sistema de comunicación eficiente entre el personal de salida y la Institución (ej: Handy/radio).
- b).- Caja de Urgencia.
- c).- Cardiodesfibrilador (portátil/desfibrilador externo automático DEA)

5°. DISTANCIA

Solicitud de autoridad pública: NO TIENE LÍMITE, DEBER DE RESPONDER CON LA ASISTENCIA.

Solicitud de particulares/ciudadanos:

- ✓ Distancia: 100 metros desde y hasta los accesos de la Institución. Tengamos en cuenta que esta distancia puede variar con la magnitud del suceso.
- ✓ Perímetros de calles linderos (para acotar el área de atención), en cada caso la Institución deberá consignar las calles que rodean al establecimiento. Ej.:

Ejemplo PERIMETRO para CLÍNICA SANTA ISABEL



Según zonas de riesgo, peligrosidad y geografía del lugar (parques, autopistas, estaciones de tren, etc.) podrá adaptarse a las mismas.

5°. NORMAS DE ATENCIÓN PREHOSPITARIA

Evaluación del daño, concurrencia del mal menor, beneficio de hacer/no hacer. Si bien las medidas y acciones que pueden darse en el lugar de ocurrencia del hecho son mínimas, debe en primer lugar acompañarse la espera del servicio público o el traslado.

Aplicación de algoritmos de TRIAJE (buscar consenso en establecer uno/dos de aplicación).

“Pacientes que deben ser trasladados sin demoras a la Institución:”

- 1.- los que hayan padecido pérdida transitoria de la conciencia sin recuperación ad integrum
- 2.- aquellos que padezcan dolor torácico,
- 3.- aquellos en los cuales, a juicio del equipo de evaluación se hayan determinado lesiones graves y/o riesgo potencial inminente de muerte, o bien aquellos que por triaje se defina necesidad de asistencia en centro de salud: descompensación hemodinámica, dificultad respiratoria, hemorragias incoercibles o cualquier otra circunstancia que amenace el estado de salud de la persona.

Sugerido: Herramienta de TRIAJE SHORT: (sigla: **S**ale caminando, **H**abla sin dificultad, **O**bedece órdenes sencillas, **R**espira, **T**aponar hemorragias). (*R*ojo dificultad en respiración/alteración hemodinámica/hemorragia, etc; *N*egro no respira, falta de pulso)

Si bien fue establecido para personal no sanitario y usado en víctimas múltiples ha demostrado ser efectivo para la valoración inicial de eventos de magnitud desconocida, que ameritan una toma de decisión rápida. (ANEXO 1)

De la aplicación de los mismos se definirá:

- 1° AGUARDAR AMBULANCIA ó
- 2° ACCIONAR TRASLADO A LA INSTITUCIÓN CON MOVILIDAD BÁSICA A CARGO DE LA MISMA.

SE DEBE GARANTIZAR TRASLADO SEGURO, EFECTIVO Y CONTINUIDAD DE LA ASISTENCIA MÉDICA AL PACIENTE.

6°. REGISTROS MÉDICOS Y DEL PERSONAL AUXILIAR

Debemos recordar al personal de salida la importancia de REGISTRAR todo el accionar, desde el momento de la solicitud de asistencia, quien la recibe, hasta el momento en el que el paciente es trasladado o bien ingresa al circuito de Guardia o Internación de la Institución. Se adjunta al presente

Detalle de anexos:

Nº1: TRIAJE PREHOSPITALARIO PARA DEFINICIÓN DE CONDUCTA SOBRE EVENTUAL TRASLADO.

Nº 2: PROFORMA SUGERIDA PARA DOCUMENTACIÓN DEL TRASLADO SEA A LA PROPIA INSTITUCIÓN O NO.

ANEXO 1. METODO DE TRIAJE RECOMENDADO:

