



 **ALUMNI EDITORA**
2025

PRIMERA EDICIÓN

 **Ime**

GUÍA TÉCNICA DE ENFERMERÍA PARA HOSPITAL GENERAL


TOMO II


Guía técnica de enfermería para hospital general tomo II

Autores

Instituto Médico de Especialidades MEDIBARRA


- Hospital General


 <https://orcid.org/0009-0005-1508-7991>

 tthhime@gmail.com

Doris Benítez Grijalva


- Gerente General Instituto Médico Especialidades

 <https://orcid.org/0009-0000-1934-4047>

 gerencia@imehospital.com

Luis Arturo Herrera León

- Médico Intensivista

 <https://orcid.org/0000-0003-2605-638X>


 mdlherrera@gnail.com


Guía técnica de enfermería para hospital general tomo II

Autores

Carlos Andrés Quingla Garrido


- Ingeniero en Mantenimiento Automotriz
- Magíster en Seguridad y Prevención de Riesgos laborales

 <https://orcid.org/0000-0002-8793-5364>

 carlos47quingla@gmail.com

Valeria Abigail Jurado Torres

- Licenciada en Enfermería
- Magister en Gestión del cuidado en mención en emergencias y cuidados críticos

 <https://orcid.org/0009-0001-2475-1365>

 enfermeras@imehospital.com

Guía técnica de enfermería para hospital general tomo II

Catalogación Bibliográfica

Autores	<ul style="list-style-type: none">• Instituto médico de especialidades MEDIBARRA• Doris Benítez Grijalva• Luis Arturo Herrera León• Carlos Andrés Quingla Garrido• Valeria Abigail Jurado Torres
Título	Guía técnica de enfermería para hospital general tomo I
Descriptor	Enfermería, Atención hospitalaria, Cuidados de salud, Procedimientos clínicos, Protocolos médicos
Dewey	610.736
Thema	MQCA
Publicación	Abril 2025
Edición	Primera
ISBN	978-9942-7372-2-9
DOI	https://doi.org/10.70625/alumned/16
Editorial	Alumni Editora
Pais - Ciudad	Ecuador - Atuntaqui
Formato	Adobe Acrobat Reader
Páginas	69

Cámara Ecuatoriana del Libro



Todo el contenido de este libro tiene una licencia de Creative Commons Attribution License.

Reconocimiento-No Comercial-No Derivados 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

El contenido del texto y sus datos en su forma, corrección y confiabilidad son de exclusiva responsabilidad del autor y no representan necesariamente la posición oficial de Alumni Editora. Se permite descargar la obra y compartirla siempre que se den los créditos al autor, pero sin posibilidad de alterarla de ninguna forma ni utilizarla con fines comerciales.

Guía técnica de enfermería para hospital general tomo I

Editor en Jefe

Santiago Andrés Otero, PhD., Alumni Editora, Ecuador

Equipo Editorial

- Óscar Gómez Jiménez, PhD., Universidad Internacional de Valencia (VIU), España
- Shashi Kant Gupta, PhD., Eudoxia Research University, Estados Unidos
- Anabell Fondón Ludeña, PhD., Universidad Rey Juan Carlos, España
- Edwin Ricardo Flores Hernández, PhD., Universidad Salvadoreña Alberto Masferrer, El Salvador
- Gopi Devarajan, PhD., SRM Institute of Science and Technology, India
- Flérida Moreno Alcaraz, PhD., Universidad Autónoma de Sinaloa, México
- J. Suresh Kumar, PhD., St. Joseph University, India
- Mauricio Lima Narváez, PhD., Universidad Técnica del Norte, Ecuador
- Héctor Luis López López, PhD., Universidad Autónoma de Sinaloa, México
- Samuel Helena Tumbula, PhD., Universidad Católica de Angola, Angola
- Carlos Bolivar Sarmiento Chugcho, PhD., Universidad Técnica de Machala, Ecuador
- Savier Fernando Acosta Faneite, PhD., Universidad del Zulia, Venezuela
- Mirian Alexandra Valeriano Meneses, PhD., Instituto Superior Tecnológico Liceo Aduanero, Ecuador
- Sivabalan Settu, PhD., CSE SoCI Vignan University Guntur, India
- Lorena Elizabeth Casanova Imbaquingo, MSc., Instituto Universitario Cotacachi, Ecuador
- Gladys Magdalena Paredes, MSc., Ministerio de Educación, Ecuador
- Henri Emmanuel López Gómez, MSc., Universidad Peruana Los Andes, Perú



El contenido del texto y sus datos en su forma, corrección y confiabilidad son de exclusiva responsabilidad del autor y no representan necesariamente la posición oficial de Alumni Editora. Se permite descargar la obra y compartirla siempre que se den los créditos al autor, pero sin posibilidad de alterarla de ninguna forma ni utilizarla con fines comerciales.



Revisión de Pares

Este libro ha sido evaluado mediante un proceso de revisión por pares externos bajo el formato de doble ciego. En consecuencia, la investigación presentada en esta obra cuenta con el respaldo de expertos en la materia, quienes han emitido un juicio imparcial basado en criterios científicos, garantizando así la solidez académica del contenido.

Peer Review

This book has undergone a peer review process by external academics using a double-blind system. Consequently, the research presented in this work has the endorsement of subject matter experts, who have provided an impartial assessment based on scientific criteria, ensuring the academic rigor of the content.



Declaración del Editor

Alumni Editora declara para todos los efectos legales, que:

Esta publicación implica únicamente una cesión temporal de los derechos de autor y de publicación, sin que ello constituya responsabilidad solidaria en la creación de los manuscritos publicados en conformidad con la Ley de Propiedad Intelectual y las normativas legales aplicables.

Autoriza y fomenta que los autores firmen acuerdos con repositorios institucionales con el fin exclusivo de difundir la obra, siempre que se reconozca adecuadamente la autoría y la edición, y que no existan fines comerciales involucrados.

Todos los libros electrónicos publicados son de acceso abierto y, por lo tanto, no se venden en el sitio web de Alumni Editora, ni en plataformas asociadas, de comercio electrónico u otros medios virtuales o físicos, eximiéndose de la transferencia de derechos de autor a los autores.

Todos los miembros del consejo editorial cuentan con el grado académico de cuarto nivel y están vinculados a instituciones de educación superior, conforme a las recomendaciones de las entidades de evaluación académica nacionales e internacionales para la obtención de estándares de calidad editorial.

Alumni Editora no transfiere, comercializa, ni autoriza el uso de los nombres, correos electrónicos u otros datos personales de los autores para fines distintos a la difusión de esta obra.

Declaración del Autor

El autor de la obra declara: 1. no poseer ningún interés comercial que pueda representar un conflicto de interés en relación con el presente documento publicado; 2. Asegura haber participado activamente en la elaboración del manuscrito, específicamente en la concepción del estudio, la obtención de datos y/o su análisis e interpretación; la redacción o revisión del documento para garantizar su relevancia intelectual y la aprobación final del manuscrito antes de su envío; 3. Certifica que el contenido publicado está libre de datos o resultados fraudulentos; 4. Confirma que todas las citas y referencias de datos e interpretaciones de investigaciones previas son correctas; 5. Reconoce haber declarado todas las fuentes de financiamiento recibidas para la investigación; 6. Autoriza la publicación de la obra, que incluye su inclusión en catálogos, asignación de ISBN, DOI, otros índices, diseño visual, portada, maquetación interior, y su posterior difusión según lo dispuesto por Alumni Editora.

Prólogo

El Instituto Médico de Especialidades MEDIBARRA ha desarrollado este documento como una referencia fundamental para garantizar la seguridad y calidad en la atención médica a lo largo del año 2025. En él se recopilan protocolos esenciales que regulan procedimientos críticos dentro de la institución, asegurando que cada intervención se lleve a cabo de manera organizada, eficiente y alineada con las mejores prácticas internacionales.

Este compendio abarca tres áreas clave en la práctica médica: Cirugía Segura, Manejo de Cadáveres y Manejo Estandarizado del Paro Cardiorrespiratorio. Cada uno de estos protocolos ha sido diseñado con base en normativas nacionales e internacionales, adaptándose a las necesidades y particularidades del entorno hospitalario. Su propósito es establecer directrices claras que permitan optimizar la toma de decisiones, minimizar riesgos y fortalecer la coordinación del equipo de salud.

La implementación de estas normativas refleja el firme compromiso del instituto con la seguridad del paciente y la mejora continua en la atención asistencial. Al estandarizar los procedimientos en áreas críticas, se garantiza una práctica médica más efectiva, humanizada y orientada a la prevención de errores. Asimismo, estos lineamientos facilitan la capacitación del personal sanitario, promoviendo un entorno de aprendizaje constante y asegurando que cada miembro del equipo cuente con el conocimiento necesario para actuar con rapidez y precisión ante cualquier eventualidad.

Más que un conjunto de normativas, este documento representa una herramienta clave para la práctica médica diaria. Su aplicación no solo busca cumplir con estándares de calidad y seguridad, sino también preservar la vida, la dignidad y el bienestar de cada paciente.

Los Autores

Tabla de contenido

Capítulo I: Cirugía Segura	7
Introducción	8
Justificación.....	9
Objetivos	10
Objetivo General.....	10
Objetivos Específicos.....	10
Responsable	10
Frecuencia.....	10
Alcance.....	10
Definiciones	10
Modo Operativo.....	11
Marco Legal	11
Generalidades	12
Componentes De La Valoración Preanestésica.....	14
Valoración del riesgo preoperatorio.....	15
Evaluación del riesgo cardiovascular	15
Evaluación del riesgo pulmonar.....	15
Estratificación del riesgo de trombosis y profilaxis	15
Exámenes Complementarios Preoperatorios	15
Responsables	16
Lista De Verificación De Cirugía Segura (Adaptada Del Msp Del Ecuador) ...	16
Anexos.....	18
Bibliografía	29
Capítulo II: Protocolo De Manejo De Cadáveres	30
Introducción	31
Justificación.....	31
Objetivos	32
Objetivo General.....	32
Objetivos Específicos.....	32
Responsable	32
Frecuencia.....	33
Alcance.....	33

Tabla de Contenido

Definiciones	33
Modo Operativo.....	34
Marco Legal	34
Técnicas De Los Cuidados Post Mortem.....	34
Equipamiento Necesario	34
Descripción Del Procedimiento.....	35
Anexos.....	37
Bibliografía	38
Capítulo III: Manejo estandarizado del paro cardiorespiratorio	39
Introducción	40
Justificación.....	40
Objetivos	42
Objetivo General.....	42
Objetivos Específicos	42
Responsable.....	42
Frecuencia.....	42
Alcance.....	43
Definiciones	43
Modo Operativo.....	44
Cadena De Supervivencia	44
Soporte Vital Avanzado	45
Equipo De Reanimación.....	45
Roles en el equipo de reanimación.....	46
Equipo de reanimación con médico tratante	51
Equipo de reanimación sin médico tratante	51
Coche de Paro	53
Anexos.....	57

CAPÍTULO I

Cirugía Segura



Introducción

La cirugía representa un componente esencial de la asistencia sanitaria en todo el mundo desde hace más de un siglo. Dada la creciente incidencia de los traumatismos, los cánceres y las enfermedades cardiovasculares, el peso de la cirugía en los sistemas de salud públicos irá en aumento. A menudo el tratamiento quirúrgico es el único que puede mitigar discapacidades y reducir el riesgo de muerte por afecciones comunes. Se calcula que cada año 63 millones de personas se someten a intervenciones quirúrgicas por lesiones traumáticas, otros 10 millones por complicaciones relacionadas con el embarazo y 31 millones más por problemas oncológicos (OMS, 2008).

En países industrializados se han registrado complicaciones importantes en el 3-16% de los procedimientos quirúrgicos que requieren ingreso, con tasas de mortalidad o discapacidad permanente del 0,4-0,8% aproximadamente. Los estudios realizados en países en desarrollo señalan una mortalidad del 5-10% en operaciones de cirugía mayor. La mortalidad debida solamente a la anestesia general llega a alcanzar en algunas partes del África subsahariana la cota de una muerte por cada 150 operaciones. Las infecciones y otras causas de morbilidad postoperatoria también constituyen un grave problema en todo el mundo. Al menos siete millones de pacientes se ven afectados por complicaciones quirúrgicas cada año, de los que como mínimo un millón fallecen durante la operación o inmediatamente después (González, 2018).

La lista de verificación de la seguridad de la cirugía es una herramienta muy útil y necesaria en la prevención de eventos adversos asociados con los procedimientos quirúrgicos, es una iniciativa de la OMS que ha sido implementada como normativa por parte del MSP del Ecuador, abarca aspectos importantes de la seguridad como inadecuadas practicas anestésicas, infecciones quirúrgicas evitables y escasa comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico, problemas que suponen riesgo mortal y que se podrían evitar (González, 2018).

Aunque el propósito de la cirugía es salvar vidas, la falta de seguridad de la atención quirúrgica puede provocar daños considerables, lo cual tiene repercusiones importantes en la salud pública, dada la ubicuidad de la cirugía y

pesar del costo- eficacia que puede tener la cirugía en cuanto a vidas salvadas y discapacidades evitadas, la falta de acceso a una atención quirúrgica de calidad podría constituirse en un grave problema de salud, es así que el objetivo de este protocolo es minimizar los riesgos asociados con los procedimientos quirúrgicos mediante la implementación de prácticas seguras y efectivas. Está basado en las guías y normativas del MSP del Ecuador, adaptadas a las mejores prácticas internacionales.

Justificación

La Organización Mundial de la Salud en el año 2004 creó la Alianza Mundial para la Seguridad del paciente, la cual promueve la sensibilización y el compromiso político para mejorar la seguridad de la atención. El segundo reto de esta alianza es la seguridad de las prácticas quirúrgicas cuyo objeto es mejorar la seguridad de la cirugía en todo el mundo, definiendo para ello un conjunto básico de normas de seguridad que puedan aplicarse en todos los estados miembros de la OMS (OMS, 2008).

Con este fin, se reunieron grupos de trabajo compuestos por expertos internacionales que revisaron la bibliografía y las experiencias de personal clínico de todo el mundo, y coincidieron en señalar cuatro áreas en las que se podrían realizar grandes progresos en materia de seguridad de la atención quirúrgica: prevención de las infecciones de la herida quirúrgica, seguridad de la anestesia, seguridad de los equipos quirúrgicos y medición de los servicios quirúrgicos, aspectos que son contemplados en la lista de verificación de la seguridad de la cirugía (Rincón, 2011).

Este protocolo ha sido desarrollado conforme a las normativas establecidas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) para garantizar la seguridad del paciente durante el proceso quirúrgico. Está dirigido a todos los profesionales de la salud involucrados en el procedimiento quirúrgico, incluyendo cirujanos, anestesiólogos, enfermeras y personal auxiliar, del Instituto Médico de Especialidades, institución que presta servicios sanitarios privados del norte del país desde hace 36 años y tiene acreditación como Hospital General, Nivel II de Atención.

Objetivos

Objetivo General

Garantizar la seguridad del paciente durante todo el proceso quirúrgico mediante prácticas y protocolos estandarizados conforme a las normativas del MSP del Ecuador.

Objetivos Específicos

- Reducir el riesgo de complicaciones quirúrgicas.
- Mejorar la comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico.
- Asegurar la correcta identificación del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento.
- Monitorear y documentar continuamente el estado del paciente durante la cirugía.

Responsable

Circulante en conjunto con el team quirúrgico (cirujano, anestesiólogo, instrumentista)

Frecuencia

Siempre que se realice procedimientos quirúrgicos en el INSTITUTO MÉDICO DE ESPECIALIDADES MEDIBARRA.

Alcance

Este protocolo se aplica a todos los procedimientos quirúrgicos mayores, menores excepto procedimientos con anestesia local, realizados en las instituciones de salud públicas y privadas del Ecuador y está dirigido a todos los profesionales de la salud involucrados en la atención del paciente quirúrgico.

Definiciones

Equipo quirúrgico: Comprende a los cirujanos, anestesiólogos, personal de enfermería, técnicos y demás personal de quirófano involucrado en el procedimiento quirúrgico.

Cirugía mayor: La que hace referencia a los procedimientos quirúrgicos más complejos, con más riesgo, frecuentemente realizados bajo anestesia general o regional (anestesia epidural, lumbar o espinal) y asistencia respiratoria, comportando habitualmente cierto grado de riesgo para la vida del paciente o de grave discapacidad y en la que tanto la preparación para la misma, excepto en la cirugía de emergencia, como su recuperación puede tomar varios días o semanas. Cualquier penetración de la cavidad corporal (cráneo, tórax, abdomen o extensas cirugías de extremidades.) es considerada una Cirugía Mayor.

Cirugía menor: Es la práctica de procedimientos quirúrgicos terapéuticos y/o diagnósticos de baja complejidad, que habitualmente no requieren reanimación postoperatoria, que se practican en régimen ambulatorio en pacientes sin problemas médicos coexistentes de riesgo, habitualmente con anestesia local con un período mínimo de observación postoperatoria.

Cirugía Segura: Conjunto de prácticas diseñadas para minimizar los riesgos asociados con la cirugía.

Valoración Preanestésica: Evaluación del paciente para determinar su aptitud para recibir anestesia.

Profilaxis Tromboembólica: Medidas para prevenir la formación de coágulos sanguíneos durante y después de la cirugía

MSP: Ministerio de Salud Pública del Ecuador

ASA: American Society of Anesthesiologists

ECG: Electrocardiograma

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

Modo Operativo

Marco Legal

El MSP ha implementado directrices para la cirugía segura, basadas en la evidencia y las mejores prácticas. La aplicación de listas de verificación y protocolos específicos ha demostrado reducir las complicaciones y mejorar los resultados clínicos.

Constitución de la república del Ecuador

"Art. 32.- La Salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos; entre ellos, el derecho al agua, la

alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. ...

Art. 359. "El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social".

Ley orgánica de salud

Art. 6 numerales 24 y 25 determina que es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública, regular, vigilar, controlar y autorizar el funcionamiento de los establecimientos y servicios de salud públicos y privados con y sin fines de lucro y demás sujetos a control sanitario, regular ejecutar los procesos de licenciamiento y calificación; y el establecer las normas para la acreditación de los Servicios de Salud.

Art. 53 Las empresas, instituciones y organismos que presten servicios públicos deberán incorporar sistemas de medición de satisfacción de las personas usuarias y consumidoras, y poner en práctica sistemas de atención y reparación. El Estado responderá civilmente por los daños y perjuicios causados a las personas por negligencia y descuido en la atención de los Servicios públicos que estén a su cargo, y por la carencia de servicios que hayan sido pagados.

Art. 54 Las personas o entidades que presten servicios públicos o que produzcan o comercialicen bienes de consumo, serán responsables civil y penalmente por la deficiente prestación del servicio, por la calidad defectuosa del producto, o cuando sus condiciones no estén de acuerdo con la publicidad efectuada o con la descripción que incorpore.

Generalidades

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, a partir del año 2013, adoptó como normativa para realizar prácticas quirúrgicas seguras el Manual de Normas Internacionales de la OMS, considerando además los siguientes aspectos: Previo al procedimiento quirúrgico se adjuntará y verificará en la Historia Clínica los siguientes formularios:

- Lista de verificación de cirugía segura OMS adaptada (Anexo 3)

- Consentimiento quirúrgico informado.
- Consentimiento de anestesia.
- Consentimiento de transfusión sanguínea.
- Lista de verificación (pre-quirúrgica) para la preparación del paciente quirúrgico (MSP, 2022).

La lista de verificación establece una interacción verbal entre el equipo como vía para confirmar que se garantizan las normas de atención adecuadas para cada paciente. Todos los miembros del equipo quirúrgico desempeñan una función de la que dependen la seguridad y el éxito de una operación. Deberá haber una única persona encargada de realizar los controles de seguridad de la Lista de verificación durante una operación (MSP, 2022).

El coordinador de la lista será la enfermera/o circulante. Se aplicará Lista de Verificación de Cirugía Segura (LVCS) la misma se reflejarán los tres momentos durante la cirugía relacionados con el proceso de aplicación de la lista que incluye:

- Entrada (antes de la inducción de la anestesia),
- Pausa quirúrgica (antes de la incisión cutánea) y,
- Salida (antes que el paciente salga del quirófano).

Entrada: se tendrá en cuenta la verificación de la identidad, sitio quirúrgico, procedimiento y consentimiento verbal y escrito del paciente, el control formal del instrumental anestésico, medicación y riesgo anestésico, pulsioxímetro, capnógrafo, estado de la vía aérea, riesgo de aspiración y riesgo hemorragias. En este momento es importante confirmar la reserva de hemoderivados con el laboratorio.

Pausa Quirúrgica: se identificará el equipo quirúrgico, se tendrá presente la previsión de eventos críticos. El equipo de enfermería y/o instrumentistas quirúrgicos, revisarán la esterilidad, el recuento inicial de material blanco e instrumental quirúrgico. En este momento es imprescindible confirmar la administración de profilaxis antibiótica.

Salida: se verificará el recuento final de material blanco e instrumental quirúrgico, el empaquetamiento del paciente, confirmar el procedimiento realizado, clasificación de la herida, toma de muestras (correcto etiquetado y señalar el tipo de examen), problemas relacionados con el instrumental y los

equipos. El equipo quirúrgico revisa los aspectos principales de la recuperación del paciente.

Si uno de los ítems dentro de los momentos que establece la lista de verificación de cirugía segura es registrado como positivo, debe ser comunicado inmediatamente al líder del equipo quirúrgico para la toma de decisiones y posterior registro en la historia clínica. Toda decisión debe garantizar la seguridad del paciente.

La persona responsable de la aplicación de la lista de verificación será seleccionada del equipo quirúrgico. La lista de verificación de cirugía segura será firmada por la persona responsable de su aplicación, el cirujano y el anestesiólogo.

Para que la aplicación de la Lista de verificación tenga éxito, es fundamental que el proceso lo dirija una sola persona. En el complejo entorno del quirófano es fácil que alguno de los pasos se olvide durante los acelerados preparativos preoperatorios, intraoperatorios o posoperatorios. La designación de una única persona para confirmar la ejecución de cada uno de los puntos de la Lista de verificación puede garantizar que no se omita ninguna medida de seguridad con las prisas por pasar a la fase siguiente de la operación. Hasta que los miembros del equipo quirúrgico se familiaricen con todos los pasos a seguir, es probable que el Coordinador de la lista tenga que guiarlos a través del proceso de verificación (MSP, 2022).

Componentes De La Valoración Preanestésica

El proceso de cirugía segura incluye varias etapas críticas que deben ser seguidas de manera secuencial:

- Historia Clínica Completa: Revisión de antecedentes médicos, quirúrgicos y alergias.
- Examen Físico: Evaluación del estado general y sistemas específicos del paciente.
- Pruebas Diagnósticas: ECG, análisis de sangre, y otras pruebas según lo requerido (OMS, 2008).

Valoración del riesgo preoperatorio

- **Evaluación General:** Estado nutricional, función renal y hepática, estado mental.
- **Clasificación ASA:** Determinar el riesgo anestésico utilizando la clasificación ASA

Evaluación del riesgo cardiovascular

- **Historia de Enfermedad Cardiovascular:** Identificar la presencia de hipertensión, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca.
- **Evaluación Funcional:** Pruebas de esfuerzo y ecocardiograma según sea necesario.
- **Plan de Manejo:** Estrategias específicas para manejar los riesgos cardiovasculares durante la cirugía.

Evaluación del riesgo pulmonar

- **Historia de Enfermedad Pulmonar:** Asma, EPOC, infecciones respiratorias recientes.
- **Pruebas de Función Pulmonar:** Espirometría y otras pruebas relevantes.
- **Optimización Preoperatoria:** Uso de broncodilatadores y otros tratamientos para estabilizar la función pulmonar.

Estratificación del riesgo de trombosis y profilaxis

- **Evaluación del Riesgo de Trombosis:** Utilizar escalas adecuadas para evaluar el riesgo.
- **Profilaxis:** Administración de anticoagulantes según el nivel de riesgo y protocolos establecidos.

Exámenes Complementarios Preoperatorios

- **Laboratorio:** Hemograma, perfil bioquímico, coagulación.
- **Imagenología:** Radiografías, ultrasonidos, tomografías según sea necesario.
- **Otros Exámenes:** Según la condición específica del paciente y la cirugía a realizar.

Responsables

- Anestesiólogo: Responsable de la valoración preanestésica, administración de anestesia y monitoreo del paciente durante la cirugía.
- Cirujano Principal: Responsable de la ejecución del procedimiento quirúrgico y la seguridad general del paciente.
- Cirujano Ayudante: Bajo la dirección del cirujano principal, uno o dos ayudantes contribuyen a mantener la visibilidad de la zona quirúrgica, el control de la hemorragia y la sutura de las heridas.
- Enfermera de Quirófano: Responsable de la preparación del equipo quirúrgico y del paciente, así como de la asistencia durante el procedimiento.
- Auxiliar de Enfermería: Apoya en la preparación del quirófano y el cuidado del paciente.

Lista De Verificación De Cirugía Segura (Adaptada Del Msp Del Ecuador)

Antes de la inducción anestésica

1. Identificación del Paciente:
 - Nombre completo
 - Número de identificación
 - Confirmación de alergias
2. Consentimiento Informado: Confirmar que el consentimiento informado ha sido firmado y está en el expediente
3. Evaluación Preanestésica:
 - Revisión de la historia clínica
 - Confirmación de la clasificación ASA
4. Preparación del Paciente:
 - Ayuno confirmado
 - Vía intravenosa asegurada

- Medicamentos preoperatorios administrados

Antes de la Incisión de la piel

1. Confirmación del Procedimiento:
 - Nombre del procedimiento
 - Sitio quirúrgico marcado y confirmado
2. Equipo Completo: Todos los instrumentos y equipos necesarios están disponibles y funcionales.
3. Prevención de Infecciones:
 - Administración de antibióticos profilácticos dentro del tiempo adecuado
 - Asepsia del sitio quirúrgico
4. Evaluación del Riesgo: Estrategias de manejo de riesgos específicos (cardiovascular, pulmonar, trombosis)

Antes de Salir del Quirófano

1. Contaje de Instrumental y Materiales: Confirmación de contaje completo de instrumentos, gasas y agujas
2. Identificación de Muestras: Etiquetado y registro adecuado de cualquier muestra biológica tomada
3. Plan de Recuperación: Confirmar el plan de manejo postoperatorio y comunicación con el equipo de recuperación

Anexos

Anexo 1: listado de verificación cirugía segura IME



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE						
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO	No. HOJA	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
						H

B. DATOS DE LA CIRUGÍA		
FECHA (aaaa-mm-dd)	PROCEDIMIENTO PROPUESTO	QUIRÓFANO

C. ENTRADA (Antes de la inducción de la anestesia)	D. PAUSA QUIRÚRGICA (Antes de la incisión cutánea)	E. SALIDA (Antes de que el paciente salga del quirófano)
<p>El paciente ha confirmado</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Su identidad <input type="checkbox"/></p> <p>Sitio quirúrgico <input type="checkbox"/></p> <p>El procedimiento <input type="checkbox"/></p> <p>Su consentimiento verbal y escrito <input type="checkbox"/></p> <p>Demarcación del sitio quirúrgico</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/></p> <p>Se ha completado el control formal del instrumental anestésico, medicación y riesgo anestésico</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Equipo de intubación <input type="checkbox"/></p> <p>Equipo de aspiración de la vía aérea <input type="checkbox"/></p> <p>Sistema de ventilación <input type="checkbox"/></p> <p>Oxígeno <input type="checkbox"/></p> <p>Fármacos inhalados <input type="checkbox"/></p> <p>Medicación <input type="checkbox"/></p> <p>Pulsoxímetro colocado en el paciente y funcionando</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Capnógrafo colocado y funcionando</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/></p> <p>Tiene el paciente alergias conocidas</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cuales _____</p> <p>Vía aérea difícil / riesgo de aspiración</p> <p><input type="checkbox"/> SI, y hay instrumental y equipos disponibles</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p>Riesgo de hemorragia > 500 ml (7ml/kg en niños)</p> <p><input type="checkbox"/> SI, y se ha previsto la disponibilidad de acceso intravenoso y líquidos adecuados</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p>Se ha confirmado la reserva de hemoderivados con el laboratorio</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO APLICA <input type="checkbox"/></p>	<p>Confirmación que todos los miembros del equipo se han representado por su nombre y función</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Responsable de la lista de chequeo confirma verbalmente con el equipo quirúrgico:</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Identidad del paciente <input type="checkbox"/></p> <p>Sitio quirúrgico <input type="checkbox"/></p> <p>Procedimiento (lateralidad) <input type="checkbox"/></p> <p>Previsión de eventos críticos</p> <p>El cirujano expresa:</p> <p>Duración del procedimiento <input type="checkbox"/></p> <p>Pérdida prevista de sangre <input type="checkbox"/></p> <p>El anestesiólogo expresa algún problema específico</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Equipo de enfermería y/o instrumentación quirúrgica revisa:</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Esterilidad (con resultados de indicadores e Intergradores químicos internos y externos) <input type="checkbox"/></p> <p>Recuento INICIAL de material blanco e Instrumental quirúrgico. Dudas o problemas relacionados con el instrumental y equipos <input type="checkbox"/></p> <p>Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/></p> <p>Dispone de imágenes diagnósticas esenciales Para el procedimiento quirúrgico</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/></p>	<p>El responsable de la lista de chequeo confirma verbalmente con el equipo quirúrgico:</p> <p>El recuento FINAL de material blanco e instrumental quirúrgico (previo al cierre) este completo:</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Hubo necesidad de empaquetar al paciente</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Registre el número de compresas _____</p> <p>Nombre del procedimiento realizado</p> <p>_____</p> <p>Clasificación de la herida</p> <p>Limpia <input type="checkbox"/> Contaminada <input type="checkbox"/></p> <p>Limpia-contaminada <input type="checkbox"/> Sucia <input type="checkbox"/></p> <p>Toma de muestras SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Etiquetado de las muestras (nombres y apellidos completos del paciente, historia clínica, fecha)</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Identifique el tipo de muestra a enviar</p> <p>Citoquímico <input type="checkbox"/> No. _____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Cultivos <input type="checkbox"/> No. _____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Anatomopatológico <input type="checkbox"/> No. _____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Otros: _____</p> <p>Si hay problemas que resolver, relacionados con el instrumental y los equipos</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Cuales: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>El cirujano, el anestesiólogo y el personal de enfermería revisan los principales aspectos de la recuperación del paciente.</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
F. DATOS DE LOS PROFESIONALES RESPONSABLES		
NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN	NOMBRE COMPLETO DEL CIRUJANO	NOMBRE COMPLETO DEL ANESTESIÓLOGO
FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO

Anexo 2: listado de verificación de cirugía segura OMS

Lista de verificación de la seguridad de la cirugía



Seguridad del Paciente
Una alianza mundial para una atención más segura

Antes de la inducción de la anestesia

(Con el enfermero y el anestesista, como mínimo)

¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?

Sí

¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?

Sí
 No procede

¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?

Sí

¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?

Sí

¿Tiene el paciente...

... Alergias conocidas?

No
 Sí

... Via aérea difícil / riesgo de aspiración?

No
 Sí, y hay materiales y equipos / ayuda disponible

... Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)?

No
 Sí, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías IV o centrales

Antes de la incisión cutánea

(Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)

Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función

Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento

¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?

Sí
 No procede

Previsión de eventos críticos

Cirujano:

¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados?
 ¿Cuánto durará la operación?
 ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?

Anestesista:

¿Presenta el paciente algún problema específico?

Equipo de enfermería:

¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)?
 ¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?

¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?

Sí
 No procede

Antes de que el paciente salga del quirófano

(Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)

El enfermero confirma verbalmente:

El nombre del procedimiento
 El recuento de instrumentos, gases y agujas
 El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente)
 Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos

Cirujano, anestesista y enfermero:

¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente?

La presente lista no pretende ser exhaustiva. Se recomienda completarla o modificarla para adaptarla a la práctica local.

Revisado 1 / 2009

© OMS, 2009

Anexo 3: Lavado de manos quirúrgico



1. Mójese las manos y antebrazos hasta 6 cm por encima del codo, con abundante agua



2. Aplíquese la cantidad suficiente de clorhexidina al 4% (espuma) en la superficie de las manos



3. Frótese las palmas de las manos entre sí.



4. Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa



5. Frótese las palmas de las manos entre sí con los dedos entrelazados



6. Frótese el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos y viceversa



7. Frótese el pulgar izquierdo con un movimiento de rotación atrapándolo con la palma de la mano derecha y



8. Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y



9. Con movimientos rotatorios descienda la mano izquierda por el antebrazo derecho hasta 6 cm por encima del codo y



10. Enjuague las manos y antebrazos desde los dedos hacia el codo pasándolas a través del agua en una sola dirección mínimo tres veces.



SEGUNDO TIEMPO

Repita los pasos del 3 al 9, luego con movimientos rotatorios descienda la mano izquierda hasta el tercio medio del antebrazo derecho y viceversa, proceda con el enjuague mínimo tres veces desde las manos hasta el antebrazo manteniéndose levantadas sobre los codos.



TERCER TIEMPO Repita los pasos del 3 al 9, luego con movimientos rotatorios descienda la mano izquierda hasta la muñeca del antebrazo derecho y viceversa



11. Proceda con el enjuague mínimo tres veces de las manos manteniéndolas levantadas sobre los codos



12. Mantener los brazos flexionados, elevados por encima de la cintura y alejados del cuerpo favoreciendo el escurrimiento del agua hacia los codos.

Anexo 4: check list quirúrgico



www.imeibarra.com

CHECK LIST FASE PREQUIRÚRGICA

SERVICIO O AREA:

FECHA:

NOMBRES COMPLETOS DEL PACIENTE:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

ENFERMERA RESPONSABLE:

ITEM	ACTIVIDADES MÉDICAS	SI	NO	FISICA	SISTEMA
1.	HISTORIA CLÍNICA COMPLETA				
2.	INDICACIONES MÉDICAS				
3.	CONSENTIMIENTOS INFORMADOS				
4.	AUTORIZACIONES CORRECTAMENTE FIRMADAS				
5.	VALORACIÓN PREANESTÉSICA Y PREMEDICACIÓN				
6.	EXÁMENES DE LABORATORIO ACTUALIZADOS 30 DÍAS VIGENTES				
7.	EXÁMENES COMPLEMENTARIOS (Rx. TAC, ECO Y OTROS). HASTA 3 MESES Y DEPENDIENDO DE PATOLOGÍA				
8.	VALORACIÓN CARDIOLÓGICA Y ECG MAYORES DE 40 AÑOS O PATOLOGÍA CARDÍACA PREVIAMENTE CONOCIDA				
10.	VALORACIÓN DE ESPECIALIDAD EN FUNCIÓN DE CONDICIONES PREVIAS.				
11.	CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS, INFORME DE ALERGIAS				
12.	SITIO QUIRÚRGICO MARCADO				

ITEM	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	SI	NO	FISICA	SISTEMA
1.	VERIFICAR MANILLA DE IDENTIFICACIÓN CORRECTA Y LEGIBLE				
2.	REGISTRO DE SIGNOS VITALES/MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS				
3.	PACIENTE EN AYUNAS				
4.	EDAD DEL PACIENTE AÑOS CUMPLIDOS				
5.	PESO DEL PACIENTE EN KILOGRAMOS				
6.	BANO DEL PACIENTE CON CLORHEXIDINA JABONOSA AL 2%				
7.	ASEO CAVIDAD BUCAL				
8.	RETIRO DE PRÓTESIS DENTALES, LENTES DE CONTACTO, AUDÍFONOS, ROPA INTERIOR, JOYAS, Y OTROS				
9.	CAMPO OPERATORIO PREPARADO DE ACUERDO A PRESCRIPCIÓN MÉDICA				
10.	VALORACIÓN DE ESCALAS DE RIESGO DE CAÍDAS (SEGÚN ESCALA DE				

	MORSE,MACDEMS O DAWTON)				
11.	PROFILAXIS ANTIBIÓTICA O PREMEDICACIÓN				
12.	VERIFICACIÓN DE AUTORIZACIONES CORRECTAMENTE FIRMADAS				
13.	CATETER INTRAVENOSO PERMEABLE (CALIBRE CORRECTO)				
14.	VERIFICACIÓN DE INDICACIONES MÉDICAS				
15.	SIN MAQUILLAJE, UÑAS CORTAS SIN ESMALTE				
16.	VEJIGA EVACUADA				
17.	TRANSITO INTESTINAL EVACUADO (SI LA CIRUGÍA AMERITA)				
18.	VERIFICAR SITIO QUIRÚRGICO MARCADO				
19.	INFORMES DE ENFERMERÍA (SOAPIE)				
20.	VERIFICAR HISTORIA CLINICA COMPLETA				

Aprobado por: Dr. Luis Herrera
DIRECTOR MÉDICO IME
 Sra. Ing. Doris Benítez
GERENTE IME
 Lcda. Silvia Mina
ASESORA IME ENFERMERÍA

Elaborado por: Lcda. Abigail Jurado
JEFE DE ENFERMERÍA
 Lcda. Silvia Mina
ASESORA IME ENFERMERÍA
 MSc. Silvana Paspuel
COLABORADORA

Anexo 5: autorización para cirugía



Modelo para elaborar formularios de consentimiento informado en la práctica asistencial

1. Título: "Consentimiento Informado para _____"

2. Nombre del establecimiento de salud: INSTITUTO MÉDICO DE ESPECIALIDADES

3. Servicio del establecimiento de salud: _____

4. NÚMERO DE CÉDULA/HCU DEL PACIENTE: _____

5. FECHA: _____

6. HORA: _____

7.

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	EDAD

8. TIPO DE ATENCIÓN: Ambulatoria: _____ Hospitalización: _____

9. NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO (codificación CIE10) _____

10. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO RECOMENDADO _____

11. ¿EN QUÉ CONSISTE? _____

12. ¿CÓMO SE REALIZA? _____

13. GRÁFICO DE LA INTERVENCIÓN (incluya un gráfico previamente seleccionado que facilite la comprensión al paciente)

14. DURACIÓN ESTIMADA DE LA INTERVENCIÓN: _____

15. BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO: _____

16. RIESGOS FRECUENTES (POCO GRAVES): _____

17. RIESGOS POCO FRECUENTES (GRAVES): _____

18. DE EXISTIR, ESCRIBA LOS RIESGOS ESPECÍFICOS RELACIONADOS CON EL PACIENTE (edad, estado de salud, creencias, valores, etc.):

19. ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO: _____

20. DESCRIPCIÓN DEL MANEJO POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO: _____

21. CONSECUENCIAS POSIBLES SI NO SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: _____

DNEAIS-HCU-FORM.024-anverso

22. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:

Hora:

He facilitado la información completa que conozco, y me ha sido solicitada, sobre los antecedentes personales, familiares y de mi estado de salud. Soy consciente de que omitir estos datos puede afectar los resultados del tratamiento. Estoy de acuerdo con el procedimiento que se me ha propuesto; he sido informado de las ventajas e inconvenientes del mismo; se me ha explicado de forma clara en qué consiste, los beneficios y posibles riesgos del procedimiento. He escuchado, leído y comprendido la información recibida y se me ha dado la oportunidad de preguntar sobre el procedimiento. He tomado consciente y libremente la decisión de autorizar el procedimiento. Consiento que durante la intervención, me realicen otro procedimiento adicional, si es considerado necesario según el juicio del profesional de la salud, para mi beneficio. También conozco que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

Nombre completo del paciente

Cédula de ciudadanía

Firma del paciente o huella, según el caso

Nombre de profesional que realiza el procedimiento

Firma, sello y código del profesional de la salud que realizará el procedimiento

Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado:

Nombre del representante legal

Cédula de ciudadanía

Firma del representante legal

Parentesco: _____

23. NEGATIVA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:

Una vez que he entendido claramente el procedimiento propuesto, así como las consecuencias posibles si no se realiza la intervención, no autorizo y me niego a que se me realice el procedimiento propuesto y desvinculo de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende, por no realizar la intervención sugerida.

Nombre completo del paciente

Cédula de ciudadanía

Firma del paciente o huella, según el caso

Nombre del profesional tratante

Firma, sello y código del profesional tratante

Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado:

Nombre del representante legal

Cédula de ciudadanía

Firma del representante legal

Parentesco: _____

Si el paciente no acepta el procedimiento sugerido por el profesional y se niega a firmar este acápite:

Nombre completo de testigo

Cédula de ciudadanía

Firma del testigo

24. REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

De forma libre y voluntaria, revoco el consentimiento realizado en fecha y manifiesto expresamente mi deseo de no continuar con el procedimiento médico que doy por finalizado en esta fecha:
Liberó de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende.

Nombre completo del paciente

Cédula de ciudadanía

Firma del paciente o huella, según el caso

Si el paciente no está en capacidad de firmar la negativa del consentimiento informado:


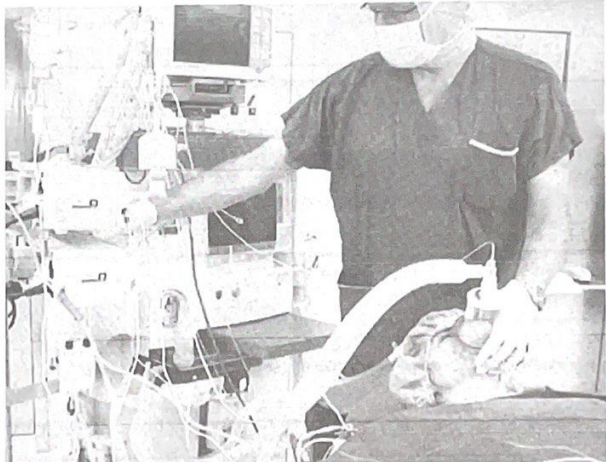
Nombre del representante legal

Cédula de ciudadanía

Firma del representante legal

DNEAIS-HCU-FORM.024-reverso

Anexo 6: autorización para anestesia general

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA UNICA		NUMERO DE ARCHIVO				
MSP									
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
						H	D	M	A
B. CONSENTIMIENTO INFORMADO									
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA:									
SERVICIO:	TIPO DE ATENCIÓN:			AMBULATORIO	HOSPITALIZACIÓN				
DIAGNÓSTICO:						CIE 10:			
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO RECOMENDADO:									
EN QUÉ CONSISTE:									
CÓMO SE REALIZA:									
GRÁFICO DE LA INTERVENCIÓN (incluye un gráfico previamente seleccionado que facilite la comprensión al paciente)									
									
DURACIÓN ESTIMADA DE LA INTERVENCIÓN:									
BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO:									
RIESGOS FRECUENTES (POCO GRAVES)									
RIESGOS POCO FRECUENTES (GRAVES)									
DE EXISTIR, ESCRIBA LOS RIESGOS ESPECÍFICOS RELACIONADOS CON EL PACIENTE (edad, estado de salud, creencias, valores, etc):									
ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO:									
DESCRIPCIÓN DEL MANEJO POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO:									
CONSECUENCIAS POSIBLES SI NO SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO:									

SNS-MSP/HCU-form.024/2016

CONSENTIMIENTO INFORMADO (1)

C. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:		Hora:	
<p>He facilitado la información completa que conozco, y me ha sido solicitada, sobre los antecedentes personales, familiares y de mi estado de salud. Soy consciente que de omitir estos datos puede afectarse los resultados del tratamiento. Estoy de acuerdo con el procedimiento que se me ha propuesto: he sido informado de las ventajas e inconvenientes del mismo; se me ha explicado de forma clara en qué consiste, los beneficios y posibles riesgos del procedimiento. He escuchado, leído y comprometido la información recibida y se me ha dado la oportunidad de preguntar sobre el procedimiento. He tomado consciente y libremente la decisión de autorizar el procedimiento adicional, si es considerado necesario según el juicio del profesional de la salud, para mi beneficio. También conozco que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.</p>			
Nombre completo del paciente	Cédula de Ciudadanía	Firma del paciente o huella, según el caso	
Nombre del profesional que realiza el procedimiento	Firma, sello y código del profesional de la salud que realizará el procedimiento		
Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado:			
Nombre del representante legal	Cédula de Ciudadanía	Firma del representante legal	
Parentesco			


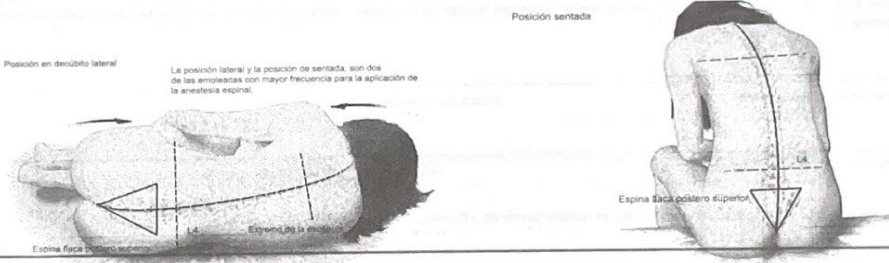
D. NEGATIVA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:			
<p>Una vez que he entendido claramente el procedimiento propuesto, así como las consecuencias posibles si no se realiza la intervención, no autorizo y me niego a que se me realice el procedimiento propuesto y desvinculo de responsabilidad futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende, por no realizar la intervención sugerida.</p>			
Nombre completo del paciente	Cédula de Ciudadanía	Firma del paciente o huella, según el caso	
Nombre del profesional que realiza el procedimiento	Firma, sello y código del profesional de la salud que realizará el procedimiento		
Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado:			
Nombre del representante legal	Cédula de ciudadanía	Firma del representante legal	
Parentesco			
Si el paciente no acepta el procedimiento sugerido por el profesional y se niega a firmar este acápite:			
Nombre completo del testigo	Cédula de Ciudadanía	Firma del testigo	

E. REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

<p>De forma libre y voluntaria revoco el consentimiento realizado en fecha y manifiesto expresamente mi deseo de no continuar con el procedimiento médico que doy por finalizado en esta fecha: Libero de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende</p>			
Nombre completo del paciente	Cédula de Ciudadanía	Firma del paciente o huella, según el caso	
Nombre del profesional que realiza el procedimiento	Firma, sello y código del profesional de la salud que realizará el procedimiento		
Si el paciente no está en capacidad de firmar la negativa del consentimiento informado:			
Nombre del representante legal	Cédula de Ciudadanía	Firma del representante legal	
Parentesco			

Anexo 7: autorización para anestesia raquídea

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO				
MSP									
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
						H	D	M	A
B. CONSENTIMIENTO INFORMADO									
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA:									
SERVICIO:	TIPO DE ATENCIÓN:			AMBULATORIO	HOSPITALIZACIÓN				
DIAGNÓSTICO:						CIE 10:			
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO RECOMENDADO:									
EN QUÉ CONSISTE:									
CÓMO SE REALIZA:									
GRÁFICO DE LA INTERVENCIÓN (incluye un gráfico previamente seleccionado que facilite la comprensión al paciente)									
 <p>Posición en decúbito lateral</p> <p>La posición lateral y la posición de sentada, son dos de las modalidades con mayor frecuencia para la aplicación de la anestesia espinal.</p> <p>Posición sentada</p> <p>Espina hacia posterior superior</p>									
DURACIÓN ESTIMADA DE LA INTERVENCIÓN:									
BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO:									
RIESGOS FRECUENTES (POCO GRAVES):									
RIESGOS POCO FRECUENTES (GRAVES):									
DE EXISTIR, ESCRIBA LOS RIESGOS ESPECÍFICOS RELACIONADOS CON EL PACIENTE (edad, estado de salud, creencias, valores, etc.)									
ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO:									
DESCRIPCIÓN DEL MANEJO POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO:									
CONSECUENCIAS POSIBLES SI NO SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO:									

SNS-MSP/HCU-form.024/2016

CONSENTIMIENTO INFORMADO (1)

C. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:		Hora:	
--------	--	-------	--

He facilitado la información completa que conozco, y me ha sido solicitada, sobre los antecedentes personales, familiares y de mi estado de salud. Soy consciente que de omitir estos datos puede afectarse los resultados del tratamiento. Estoy de acuerdo con el procedimiento que se me ha propuesto: he sido informado de las ventajas e inconvenientes del mismo; se me ha explicado de forma clara en qué consiste, los beneficios y posibles riesgos del procedimiento. He escuchado, leído y comprometido la información recibida y se me ha dado la oportunidad de preguntar sobre el procedimiento. He tomado consciente y libremente la decisión de autorizar el procedimiento adicional, si es considerado necesario según el juicio del profesional de la salud, para mi beneficio. También conozco que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

Nombre completo del paciente	Cédula de Ciudadanía	Firma del paciente o huella, según el caso
Nombre del profesional que realiza el procedimiento	Firma, sello y código del profesional de la salud que realizará el procedimiento	

Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado:

Nombre del representante legal	Cédula de Ciudadanía	Firma del representante legal
Parentesco		

D. NEGATIVA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:			
--------	--	--	--

Una vez que he entendido claramente el procedimiento propuesto, así como las consecuencias posibles si no se realiza la intervención, no autorizo y me niego a que se me realice el procedimiento propuesto y desvinculo de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende, por no realizar la intervención sugerida.

Nombre completo del paciente	Cédula de Ciudadanía	Firma del paciente o huella, según el caso
Nombre del profesional que realiza el procedimiento	Firma, sello y código del profesional de la salud que realizará el procedimiento	

Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado:

Nombre del representante legal	Cédula de ciudadanía	Firma del representante legal
Parentesco		

Si el paciente no acepta el procedimiento sugerido por el profesional y se niega a firmar este acápite:

Nombre completo del testigo	Cédula de Ciudadanía	Firma del testigo
-----------------------------	----------------------	-------------------

E. REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

De forma libre y voluntaria revoco el consentimiento realizado en fecha y manifiesto expresamente mi deseo de no continuar con el procedimiento médico que doy por finalizado en esta fecha:
Liberó de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende

Nombre completo del paciente	Cédula de Ciudadanía	Firma del paciente o huella, según el caso
Nombre del profesional que realiza el procedimiento	Firma, sello y código del profesional de la salud que realizará el procedimiento	

Si el paciente no está en capacidad de firmar la negativa del consentimiento informado:

Nombre del representante legal	Cédula de Ciudadanía	Firma del representante legal
Parentesco		

Bibliografía

- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Normativas y Guías de Práctica Clínica. <https://www.salud.gob.ec>
- Organización Mundial de la Salud, 2008. Cirugía Segura Salva Vidas. <https://www.who.int/surgery/safesurgery/en/>
- Colegio Americano de Cirujanos (ACS). Guía para la Cirugía Segura. <https://www.facs.org/safe-surgery/>
- González, T. (2018). Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria : Nuberos Científica : Lista de verificación de seguridad de la cirugía, un paso más hacia la seguridad del paciente. Vol 2.8.
- Rincón M, Tirapu-León B, Zabalza-López P, Martín-Vizcaino M, de La Fuente-Calixto A, Villalgorido-Ortín P, et al. Percepción de los profesionales sobre la utilización y la utilidad del listado de verificación quirúrgica. Rev Calid Asist 2011;26(6):380-385.

CAPÍTULO II

Protocolo De Manejo De Cadáveres



Introducción

El papel de enfermería en la atención de pacientes en fase terminal será tratar de lograr la mayor autonomía posible del individuo y conservar su dignidad hasta la muerte con respeto a su voluntad (Buisán, 2007).

La muerte es un hecho personal e individual, pero también es una realidad social, cultural y religiosa que suscita muchas reacciones tanto individuales, familiares, como las de las instituciones relacionadas con el paciente. La muerte es temida, el miedo a la muerte es patente en nuestra sociedad hasta el punto de ser una idea inaceptable o, en determinados casos, tolerable por razones diversas (biológicas, éticas, religiosas) (Brenes, 2022).

El amortajamiento es una función propia de los enfermeros, quienes pueden delegar dicha función, movilizándolo al cadáver para de esta manera facilitar a las enfermeras (os). El amortajamiento deberá realizarse en la mayor intimidad posible y en el menor plazo, para evitar que aparezca el rigor cadavérico (rigidez del cadáver o rigor mortis) y, posteriormente, el cadáver pueda ser trasladado al mortuorio (Durán, 2017).

Enfermería brinda el cuidado de pacientes en fase terminal y la convivencia con el sufrimiento ajeno y el mismo proceso de amortajamiento, las experiencias más temidas. (Ridao, 2013).

Justificación

Este protocolo se basa en diversos factores fundamentales para asegurar el respeto, la dignidad humana, la seguridad y el cumplimiento de las normativas legales y sanitarias. Además, que es crucial para asegurar un proceso ordenado, respetuoso y seguro, tanto para el fallecido, como para el personal involucrado y la sociedad en general.

Enfocados en el marco del respeto y dignidad humana, ya que el manejo adecuado de los cadáveres es una muestra de respeto hacia la persona fallecida y sus familiares. Es importante que el cuerpo se trate con la mayor consideración, sin alterar su integridad ni exponerlo a condiciones que puedan ser indignas.

Los cadáveres pueden ser fuente de transmisión de enfermedades infecciosas, especialmente en situaciones de muerte por enfermedades contagiosas o en condiciones sanitarias precarias, un protocolo adecuado

minimiza riesgos para el personal encargado del manejo y las personas cercanas. En muchos países, existen leyes específicas que regulan el manejo de cadáveres para garantizar que se cumpla con los requisitos de seguridad y respeto.

La existencia del presente protocolo también asegura que los profesionales y las instituciones encargadas reciban formación adecuada sobre el manejo, transporte y disposición de cadáveres, lo que contribuye a la seguridad y eficacia del proceso, siguiendo procedimientos claros y estandarizados, lo que contribuye a un manejo ordenado de los casos.

Es así que, el siguiente documento es esencial para garantizar el respeto, la seguridad, el cumplimiento legal y la salud pública, para proporcionar una respuesta organizada y profesional frente a la muerte.

Objetivos

Objetivo General

Elaborar directrices mediante normativa interna para el manejo seguro, transporte y disposición final de cadáveres en el Instituto Médico de Especialidades.

Objetivos Específicos

- Socializar el presente protocolo a todo el personal que labora en el Instituto Médico de Especialidades.
- Estandarizar los procedimientos de limpieza y desinfección que se apliquen de manera correcta y sistemática.
- Confortar y brindar apoyo emocional a la familia, teniendo en cuenta sus creencias religiosas y sus valores culturales.
- Facilitar a la familia, allegado o responsable, la información básica de los trámites administrativos correspondientes de la Institución.

Responsable

- El personal de Enfermería será el responsable del amortajamiento del cadáver.
- El personal de mensajería en conjunto con el personal Auxiliar de Enfermería serán los responsables del traslado del cadáver hasta el área de

Dispensación de Cadáveres, donde permanecerá hasta que cumpla con todo el proceso de egreso. Verificar que la cuenta sea cancelada

- El personal de Mensajería y Auxiliar de Enfermería direccionará la salida del cadáver de la Institución.
- El sábado se contará con la presencia del personal Administrativo y de Imágenes desde las 09h00 hasta las 13h00, donde se coordinada el ingreso y egreso del cadáver.
- El personal de mensajería coordinará el uso del ascensor.
- El ingreso del féretro será por la puerta lateral que colinda con el parque en el día en horas laborables de lunes a viernes, y en la noche será en el área de imágenes siempre y cuando no exista flujo de pacientes y usuarios en la misma (anexo 1, 2, 3, 4).
- Utilizar los separadores de filas para evitar el paso de usuarios internos y externos (anexo 6).

Frecuencia

Cada vez se presente el caso en el INSTITUTO MÉDICO DE ESPECIALIDADES MEDIBARRA.

Alcance

El presente protocolo va dirigido a todo el personal que laboran en el Instituto Médico de Especialidades MedIbarra como médicos, enfermeras, técnicos, tecnólogos en enfermería, auxiliares de enfermería, administrativos, mensajería, servicio de limpieza y lavandería, los mismos que deberán dar cumplimiento al presente documento.

Definiciones

Amortajamiento: es una técnica para tratar a un cadáver, normalmente realizado por un enfermero o embalsamadores profesionales como los nōkanshi, en Japón. Este procedimiento sucede luego de la muerte de la persona y en algunas culturas es un ritual importante para la preparación del cuerpo.

Féretro: es una caja donde cargan a los difuntos cuando los van a enterrar.

Modo Operativo

Marco Legal

Art. 7.- El manejo de cadáveres, mortinatos, piezas anatómicas u osamentas humanas se realizará en establecimientos que cumplan con las especificaciones y requisitos que para el efecto exija la autoridad competente en la materia (MSP, 2020).

Art. 8.- Los cadáveres y mortinatos deberán ser retirados de los establecimientos de salud por sus deudos o a través de servicios funerarios contratados; garantizando el correcto manejo, trato digno y traslado del cadáver hasta su disposición final, a fin de cumplir con lo dispuesto en el artículo 4 del presente Reglamento (MSP, 2020).

Técnicas De Los Cuidados Post Mortem

Conjunto de actividades encaminadas a preparar el cuerpo del fallecido para su traslado posterior Dispensario de Cadáveres del Instituto Médico de Especialidades.

Ámbito Hospitalario

- Se producen una vez que el médico certifica la muerte de un paciente.
- Son necesarios para preparar al difunto en su traslado al área de dispensación de cadáveres.

Equipamiento Necesario

- Un juego de sábanas
- Toalla
- Paños baño fácil (Clorhexidina 2%)
- Algodón para orificios (oídos, fosas nasales)
- Batas descartables
- Mascarillas
- Guantes de manejo
- Vendas de gasa
- Sonda de aspiración
- Esparadrapo
- Pañales

- Tijeras
- Funda roja para lencería sucia
- Camilla (Ridao, 2013).

Descripción Del Procedimiento

1. El médico informará a los familiares del fallecimiento y de los trámites a seguir
2. Certificar defunción. El certificado de defunción es un documento oficial que certifica el fallecimiento de una persona. Incluye información sobre la persona fallecida, como:
 - Nombre completo del difunto.
 - Fecha y hora del fallecimiento.
 - Lugar del fallecimiento.
 - Causa de la muerte.
 - Nombre y firmas de los médicos que certifican la muerte.
3. La elaboración del certificado será realizada por la secretaria de la Institución y firmado por el médico tratante.
4. Permitir a los familiares si lo desean, permanecer junto al difunto durante un tiempo prudente, para despedirse.
5. Indicar a la familia que abandone la habitación para realizar el amortajamiento
6. Preservar la intimidad del fallecido.
7. Lavarse las manos y colocarse guantes según OMS y protocolo establecido por el I.M.E.
8. Preparar el material y trasladar a la habitación
9. Retirar catéteres y drenajes al fallecido salvo caso de necropsia
10. Aspirar cavidad orofaríngea de secreciones, sangre, entre otros.
11. Realizar higiene completa al fallecido.
12. Colocar en de cúbito supino con los brazos cruzados y los pies juntos.
13. Taponar las salidas de sangre y secreciones, y colocar apósitos perianales.
14. Cerrar los ojos bajando los párpados y colocar prótesis dental si se hubiese retirado.
15. Sujetar la mandíbula del cadáver alrededor de la cabeza.
16. Unir tobillos y muñecas con vendas.

17. Entregar a la familia las pertenencias del difunto.
18. Vestir al difunto con su ropa por deseo familiar.
19. Mantener la manilla de identificación del paciente.
20. Cubrir el cadáver totalmente con una sábana para su traslado.
21. Colocar etiqueta del nombre completo del paciente sobre la sábana.
22. Notificar a los servicios pertinentes como recepción de imágenes, recepción de la clínica, mensajería, administración, los servicios de hospitalización y emergencia, para tener aisladas las áreas por donde será trasladado el cadáver.
23. Proceder al traslado, antes asegurarse que no haya otros pacientes y familiares próximos. El cadáver bajará por el ascensor dirigiéndose por la sala de espera de consulta externa.
24. Retirarse los guantes y lavarse las manos según protocolo de la OMS (Brenes, 2022).
25. Una vez que el cadáver llegue al área de dispensación de cadáveres, en caso de que no llegue el féretro, el cadáver permanecerá en la camilla completamente asegurado y con barandas, además se deberá asegurar la puerta. El personal de enfermería deberá estar pendiente de la llegada del féretro para asistir al cadáver y a los familiares; mientras llega el féretro el personal de mensajería, administración, imágenes y emergencia deberá comunicar al personal de enfermería para direccionar y asistir al cadáver y a sus familiares. Si el féretro ya está en el área de dispensación de cadáveres, se procederá a colocar al cadáver en el féretro para su egreso del área en compañía de los familiares.
26. En caso de que el cadáver se encuentre en compañía de familiares en el área de dispensación de cadáveres, el personal auxiliar será quien permanezca en el área y verificará que el proceso administrativo este regularizado (pago).

Anexos

Anexo 1. Ingreso por el área de imágenes



Anexo 2. Puerta lateral que colinda con el parque



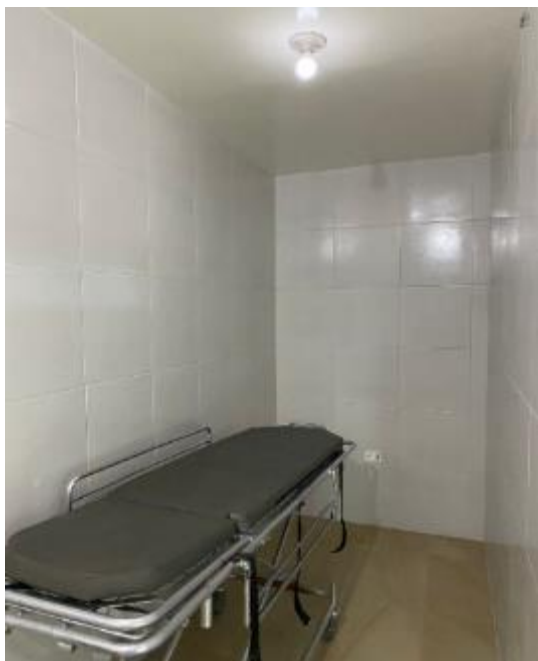
Anexo 3. Puerta lateral que colinda con el parque



Anexo 4. Cuarto de Dispensación de cadáveres



Anexo 5. Camilla del cuarto de Dispensación de cadáveres



Anexo 6. Separadores para evitar el paso



Bibliografía

- Buisán, R., & Delgado, J. C. (2007). El cuidado del paciente terminal. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 30, 103–112. <https://doi.org/10.4321/S1137-66272007000600008>
- Brenes, I. M. (2022, julio 20). *Cuidados post mortem - Manuales Clínicos*. Manuales Clínicos. <https://manualclinico.hospitaluvrocio.es/procedimientos-generales-de-enfermeria/cuidados-basicos/cuidados-post-mortem/>
- MINISTERIO DE SALUD, (2020). *EXPEDIR EL REGLAMENTO PARA EL MANEJO Y DISPOSICIÓN FINAL DE CADÁVERES*. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/12/umanas_y_regulacion_del_funcionamiento_de_los_establecimientos_que_prestan_servicios_funerarios.pdf
- Ridao, D. M. (2013). *PROTOCOLO CUIDADOS POST MORTEM*. Obtenido de http://congreso-enfermeria.es/libros/2013/salas/sala1/p_1226.pdf

CAPÍTULO III

Manejo estandarizado del paro
cardiorespiratorio



Introducción

La Reanimación Cardio Pulmonar (RCP) se define como un conjunto de maniobras destinadas a sustituir y restaurar la respiración y la circulación espontánea. Las posibilidades de éxito de la RCP dependen en gran medida del tiempo transcurrido antes de recibir la reanimación, la condición coronaria previa al Paro Cardiorrespiratorio (PCR), la obtención de una perfusión coronaria efectiva, el ritmo cardiaco inicial y la calidad con que se realice la RCP. La organización de la asistencia al PCR intrahospitalario se basa en una cadena de supervivencia, que son un conjunto de medidas y procesos que, realizados de forma ordenada, consecutiva y en un periodo de tiempo lo más breve posible, han demostrado ser los más eficientes para tratar a los pacientes con PCR. (Acuña, 2019)

El paro cardiorrespiratorio intrahospitalario constituye una complicación de alta mortalidad y posee elementos específicos que lo distinguen del paro cardiorrespiratorio extra hospitalario, donde predomina como causa la isquemia de origen coronario. Entre las causas de paro cardíaco intrahospitalario destacan insuficiencia respiratoria, alteraciones metabólicas e hidroelectrolíticas, hipotensión o hipoperfusión, infarto agudo al miocardio, falla renal y sepsis. Las metas de la reanimación son en primer lugar el retorno a circulación espontánea, y en segundo lugar el alta hospitalaria con mínimas secuelas neurológicas con respecto al basal (Lavonas, 2020).

Para la atención del paciente en paro cardiorrespiratorio se requiere un equipo de salud, con un líder definido, roles claros y mantener una secuencia de actos que pretenden ser estandarizadas en la presente norma, expresados en la literatura como cadena de sobrevivencia, que incluye la activación de los sistemas de emergencia, soporte vital básico efectivo, desfibrilación precoz, soporte vital avanzado y cuidados post paro (Lavonas, 2020).

Justificación

Una parada cardiorrespiratoria (PCR) es una situación clínica en la que existe un cese brusco, inesperado y potencialmente reversible de la circulación y la respiración espontánea. (Javier et al., 2020). Constituyendo uno de los principales problemas de salud a los que se enfrentan los países, siendo

responsable de más del 60 % de las muertes por enfermedades isquémicas del corazón (principal causa de muerte en el adulto), en especial el infarto agudo de miocardio (IAM), con el cual comparte su ritmo circadiano (un pico en horas de la mañana y en los meses de frío). Es la mayor emergencia médica, es reversible si el paciente es reanimado correctamente, y en el menor tiempo posible. (Blanco et al., 2018).

La incidencia del paro cardiorrespiratorio oscila entre 375.000 adultos/año en Europa y 162.000 adultos/año en Estados Unidos, de manera general; Sin embargo, en las unidades de cuidados intensivos (UCI) la variación es desde 5,6 hasta 78,1 por cada 1000 pacientes admitidos. Se ha intentado describir la epidemiología del PCR en diferentes escenarios. En el 2011, Valencia y cols. Reportaron que el 80% de los casos ocurrieron en el servicio de urgencias y el 20% en la unidad de cuidados intensivos, en Cali, Colombia. Se estima que alrededor de 200.000 hospitalizaciones al año se complican con un PCR, con una supervivencia de tan solo el 20% al alta y una gran parte con secuelas. (Villa-Velásquez et al., 2020).

La literatura actual reporta una amplia variabilidad significativa entre los reportes de los hospitales en la tasa de supervivencia, que va desde 0 hasta el 42% reportado por Merchant RM y sus colaboradores en 2014. Los estudios pueden variar mucho en función de dónde ocurre el episodio (terapia intensiva, urgencias, quirófano u hospitalización). (López Constantino et al., 2019)

En Ecuador son escasos los registros encontrados sobre la cifra de eventos de PCR de manera hospitalaria. Sólo se cuenta con la información indirecta de incidencia de muerte súbita. En 2022, de 89,946 defunciones, la primera causa de muerte fue la cardiopatía, responsable de 13,508 fallecimientos; se registraron 57 causas de muerte como paro cardiaco representando el 0.06% de las causas de mortalidad ecuatoriana. El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) reportó en este año que las dos principales causas de muerte fueron las enfermedades cardíacas isquémicas con un 15, 02%, seguido de Diabetes Mellitus, con un total de 5,051 muertes con un porcentaje de 5,62% de defunciones (Acuña, 2019).

Por lo tanto, después del análisis de datos realizado surge la necesidad de realizar un Protocolo de Parada Cardiorrespiratoria y una sola fuente que se encargue del manejo de Base de Datos para poder obtener información veraz y

realizar un seguimiento del perfil epidemiológico de esta patología en nuestro Institución.

Objetivos

Objetivo General

Estandarizar las funciones del personal sanitario y componentes para manejo de la Parada Cardio Respiratoria en todos los servicios del Instituto Médico de Especialidades MED Ibarra basado en las guías de la AHA para la población adulta.

Objetivos Específicos

- Integrar un equipo de personal sanitario por servicio para el manejo de la parada cardiorrespiratoria (PCR) en el Instituto Médico de Especialidades MED Ibarra.
- Desarrollar un sistema de control para el uso adecuado del coche de paro.
- Establecer indicadores operativos en el manejo de la parada cardiorrespiratorio (PCR).
- Evaluar la adherencia del Protocolo de la parada cardiorrespiratoria (PCR) en el Instituto Médico de Especialidades MED Ibarra.

Responsable

Todo el personal sanitario que brinde atención directa del Instituto Médico de Especialidades MED Ibarra que se encuentra inmerso en el manejo de paciente que tuviese un paro cardiorrespiratorio.

- Médico tratante/residente
- Licenciada en enfermería
- Auxiliar de enfermería
- Tecnólogo/técnico en enfermería

Frecuencia

Siempre que se presente el caso en las diferentes áreas del INSTITUTO MÉDICO DE ESPECIALIDADES MEDIBARRA.

Alcance

El presente protocolo va dirigido al personal del Instituto Médico de Especialidades MED Ibarra, médicos tratantes, médicos residentes, enfermeras, técnicos y tecnólogos de enfermería y auxiliares de enfermería, con el objetivo de mejorar el actuar y la toma de decisiones ante un paro cardiorrespiratorio las 24 horas, los 7 días de la semana.

Definiciones

Reanimación Cardiopulmonar (RCP): es el conjunto de maniobras que se realizan en una víctima con PCR para restaurar la circulación y la respiración y mejorar sus probabilidades de supervivencia.

Paro cardiorrespiratorio (PCR): Situación Clínica que cursa por el cese brusco, inesperado y potencialmente reversible de la circulación y la ventilación espontánea.

Paro respiratorio: Cese de la ventilación, pero el corazón y la circulación inicialmente siguen funcionando, evidenciándose que el paciente no respira, pero mantiene pulsos centrales palpables.

Soporte Vital Básico (SVB/ BLS): Es una secuencia de acciones que consiste en todas las maniobras que se pueden realizar por la primera persona que llega a la escena, sin medicamentos ni implementos médicos avanzados, a fin de maximizar las posibilidades de sobrevivencia de la víctima, puede ser realizado por personal de salud o personas lego.

Soporte Vital Avanzado (SVCA): Conjunto de conocimientos, técnicas y maniobras dirigidas a proporcionar el tratamiento definitivo a las situaciones de PCR, realizando maniobras invasivas para restablecer la circulación y la ventilación efectivas, a cargo de personal capacitado y entrenado para este tipo de soporte.

Reanimación Cardiopulmonar Exitosa (RCPE): conjunto de maniobras que se realizan en una víctima con PCR en la cual se logra restaurar la circulación y la respiración.

Cadena de Supervivencia: Son aquellos pasos y acciones que hay que seguir, en un orden determinado, para que la probabilidad de que una persona sobreviva sea la mayor posible.

Modo Operativo

Cadena De Supervivencia

Se ha demostrado que el inicio temprano de BLS aumenta la probabilidad de supervivencia de un individuo que presenta paro cardíaco. Para aumentar las probabilidades de sobrevivir a un evento cardíaco, el socorrista debe seguir los siguientes pasos de la cadena de supervivencia de los adultos.



Soporte vital básico

El Soporte Vital Básico es el conjunto de maniobras que permiten identificar si una persona está en situación de parada cardiorrespiratoria y que consiste en el soporte de vía aérea, respiración y circulación y corresponde a los cuatro primeros eslabones de la cadena de supervivencia.

Varios estudios han demostrado el beneficio de la Reanimación cardio pulmonar inmediata en términos de supervivencia de la víctima, así como los perjuicios de retrasar la desfibrilación. Es así como el reconocimiento inmediato del paro es el paso clave para la activación del sistema de respuesta y el inicio precoz del tratamiento para mejorar la sobrevida de nuestros pacientes (López Constantino et al., 2019).

Reconocimiento de paro	Compruebe si la víctima no responde, no respira, no tiene pulso.
Activar voz de alarma	Activación sistema de emergencia, de acuerdo con el protocolo institucional “código azul”.
Iniciar RCP de alta calidad inmediatamente	Según recomendaciones de AHA (ver ANEXO algoritmo BLS AHA 2020)
Desfibrilador	El acceso al monitor desfibrilador es primordial, en cuanto esté disponible el monitor desfibrilador, la evaluación del

ritmo de PCR para una posible desfibrilación se debe realizar sólo después de asegurar dos minutos de compresiones torácicas de alta calidad previas ya que esto aumenta las posibilidades de recuperar actividad cardíaca espontánea. Cuando corresponda, se aplicarán las palas, o idealmente los parches, para la administración de un choque eléctrico en el caso de existir un ritmo desfibrilable y reiniciar inmediatamente un nuevo ciclo de compresiones torácicas de alta calidad. Tras la descarga se reanudarán inmediatamente las compresiones torácicas de alta calidad sin evaluar la presencia de pulso arterial. La nueva evaluación del ritmo y eventual desfibrilación asociado a búsqueda de pulso arterial se realizará luego de dos minutos de compresiones torácicas de alta calidad.

Soporte Vital Avanzado

El término ‘soporte vital avanzado’ es un concepto más amplio que el de reanimación cardiopulmonar (RCP), ya que incluye además de los procedimientos de RCP, el diagnóstico diferencial de las causas que han conducido a la parada cardiorrespiratoria (PCR), y los cuidados post reanimación. Su objetivo es la reversión de la situación de PCR mediante la utilización de un equipo de soporte ventilatorio, la administración de fármacos, la utilización de un monitor-desfibrilador externo convencional y las medidas de cuidados post reanimación necesarias para conseguir el objetivo final de salvar la vida de una persona con preservación de sus funciones cerebrales (Villa-Velásquez et al., 2020).

Equipo De Reanimación

El equipo de reanimación es un conjunto de profesionales de la salud que se enfocan para la atención de los pacientes con paro cardíaco, determinando acciones de manera eficaz y temprana con el objetivo de mejorar las oportunidades de supervivencia.

Roles en el equipo de reanimación

a) Líder

Es el que tiene el mayor conocimiento del panorama clínico del paciente, el cual se determina por las competencias médicas adquiridas, requiriendo como características de liderazgo, tranquilidad y responsabilidad para la toma de decisiones. El líder requiere que todos los mensajes transmitidos sean claros con un tono de voz controlado y distintivo.

Funciones

- Asumir la responsabilidad de las funciones no asignadas.
- Entrenar y asesorar con retroalimentación positiva a todo el equipo.
- Otorgar información clara y concisa a los miembros del equipo.
- Organizar al grupo otorgando funciones y responsabilidades al equipo de manera equitativa.
- Determinar la calidad de las compresiones.
- Enfocarse en el cuidado integral del paciente.
- Supervisar las actuaciones individuales de los miembros del equipo.
- Tomar decisiones sobre el tratamiento (Álvarez, 2021).

b) Compresor

En la actualización de las guías para la atención del paro cardiorrespiratorio y la atención cardiovascular de emergencia, la Asociación Americana del Corazón (AHA) reafirmó que las compresiones torácicas de alta calidad junto con la fracción de compresión torácica que es la proporción de tiempo que se realizan las compresiones durante un paro cardíaco como pilares de la atención.

Para un RCP eficaz es fundamental que la sangre regrese al tórax entre las compresiones. El retorno venoso está influenciado por el gradiente de presión de las venas extratorácicas e intratorácicas. Al apoyarse en la pared torácica entre las compresiones, se impide el retroceso total de la pared torácica por lo que podría elevar la presión intratorácica y reducir el llenado de las cavidades cardíacas derechas, la presión de perfusión coronaria y el flujo sanguíneo del miocardio.

Características de las compresiones torácicas

- La posición del compresor dentro del escenario del paciente en paro cardíaco preferentemente es del lado contralateral del encargado de obtener una vía IV/IO con el objetivo de realizar de manera óptima y con el adecuado espacio sus funciones respectivas.
- Se colocan la palma de su mano no hábil en el centro del esternón con la mano dominante en la parte superior en el tercio medio del esternón.
- El inicio de las compresiones se considera como el paso inicial y debe realizarse de manera inmediata al identificar al paciente en paro.
- Debe realizar compresiones torácicas efectivas realizadas a una velocidad de 100–120 compresiones/minuto con una profundidad torácica de 5 centímetros realizando adecuada reexpansión del tórax después de cada compresión individual.
- Posteriormente a que se realice 5 ciclos de 30 compresiones o 2 minutos de compresiones (en presencia de vía aérea avanzada) esté procederá a ser relevado por otro miembro del equipo con el fin de evitar la fatiga y que esto pudiera afectar la calidad de las compresiones torácicas.
- La fracción de compresión torácica se recomienda que sea mayor al 80% ya que se ha demostrado que aumenta la supervivencia.
- En caso de que el compresor presente cansancio o que las compresiones no sean efectivas, esté deberá ser reemplazado por otro integrante del equipo de reanimación.
- El siguiente reanimador verificará el pulso carotideo antes de iniciar las compresiones (Benítez, 2024).

Funciones

- Evaluar al paciente.
- Realizar 5 ciclos de compresiones ó 2 minutos de compresiones torácicas.
- Se intercambia con el DEA / monitor / desfibrilador cada 5 ciclos o cada 2 minutos (o antes si presenta signos de fatiga).

c) Vía aérea

El personal encargado de la vía aérea tiene como objetivo administrar el oxígeno al paciente por medio de dispositivos que aseguren metas de saturación.

Dependiendo de las competencias del personal encargado y del material con el que cuenta el hospital ya sean: dispositivos supraglóticos o la intubación endotraqueal, se debe de tener en cuenta en no interrumpir las compresiones y asegurar de manera efectiva la ventilación y el aporte de oxígeno, considerando no hiperventilar al paciente ya que se ha asociado con el incremento de la presión intratorácica y de distensión gástrica impide las compresiones efectivas (Benítez, 2024).

Características del encargado de vía aérea

- La posición del personal encargado de la vía aérea es en la cabecera del paciente.
- Solicita el material necesario al circulante y administra el oxígeno al paciente.
- Si se decide realizar la intubación endotraqueal, se recomienda cuando el paciente ya presenté el regreso espontáneo a la circulación siendo el tiempo para realizar el procedimiento de máximo de 10 segundos.
- Administra el oxígeno siguiendo la secuencia de las compresiones.

Funciones

- Abrir y mantener la vía aérea permeable.
- Solicitar los dispositivos y materiales necesarios para proporcionar adecuada ventilación.
- La decisión de realizar la intubación endotraqueal depende de las competencias del personal de salud encargado.

d) Desfibrilador externo automático / monitor / desfibrilador

Al igual que las compresiones torácicas de alta calidad la AHA considera que él se requiere tratar de manera temprana los ritmos desfibrilables siendo así el segundo pilar en la atención de los pacientes con paro cardiorrespiratorio. La fase eléctrica empieza inmediatamente cuando ocurre el paro y debe de realizarse antes de 5 minutos.

Uno de los objetivos para el RCP de calidad es disminuir el tiempo de las pausas de las compresiones porque se han relacionado con aumento de las probabilidades de supervivencia para los pacientes, por lo que se debe de considerar que el tiempo para las pausas de las compresiones sean mínimas, ya

que una duración mayor a 20 segundos se ha asociado con una disminución significativa de la supervivencia del paciente (Álvarez, 2021).

Características del encargado del monitor

- La posición del encargado del monitor se recomienda del lado contralateral del encargado de las compresiones con el objetivo de mantener adecuado espacio para realizar sus funciones respectivas.
- Debe encargarse de instalar el monitor y determinar el trazo posterior a que el compresor termine sus ciclos.
- Carga el desfibrilador durante las compresiones para minimizar la pausa de las compresiones ya que esta táctica asegura que el desfibrilador esté listo para administrar una descarga.
- Se debe asegurar que todo el equipo esté fuera de la desfibrilación mediante la oración: “fuera yo, fuera tú, fuera todos”.

Funciones

- Traer y utilizar el DEA/ Monitor/ Desfibrilador.
- Determinar el tipo de trazo electrocardiográfico para conocer si el ritmo es desfibrilable o no desfibrilable.
- Se intercambia con el compresor cada 5 ciclos o 2 minutos (o antes si presenta signos de fatiga), idealmente durante el análisis del ritmo.
- Si hay un monitor, colocarlo cerca del líder del equipo para que pueda verlo con facilidad.

e) Persona encargada de administrar fármacos

Es el personal encargado de obtener una vía permeable, ya sea intravenosa o intraósea, con el objetivo de asegurar la administración de los fármacos. El acceso interóseo es igual de efectivo que el acceso periférico o venoso central (Jiménez, 2022).

Características del encargo de fármacos

- La posición del encargado de la administración de los fármacos preferentemente es del lado contralateral del encargado de las compresiones con el objetivo de realizar de manera óptima y con el adecuado espacio sus funciones respectivas.

- Reportar al líder y al encargado del registro el tiempo la administración de cada fármaco.

Funciones

- Obtener un acceso (dependiendo de las competencias del personal de salud para IV/ IO).
- Administrar medicamentos y cuantifica dosis total empleada.
- Reportar al líder posterior de la administración de cada fármaco.

f) Registro

Es el personal encargado de reportar al líder del grupo, el tiempo de las intervenciones de manera detallada.

Características del registro

- El personal encargado del registro debe de contar con reloj cronometrado, con una bitácora donde se anote el tiempo de inicio del paro, de administración de medicamentos y el tiempo.
- Llevar de manera organizada en su registro todos los eventos que se vayan suscitando.
- Determina el tiempo total del evento.
- Funciones del registro
- Registrar el tiempo de inicio y fin del evento.
- Registrar con horario todas las intervenciones, la medicación y de las siguientes administraciones.
- Registrar la frecuencia y duración de las interrupciones de las compresiones.
- Transmitir los datos de manera entendible al líder y al resto del equipo.

g) Circulante

Es el personal que se encarga de proveer todo el material y fármacos que se requieran durante el evento. El personal de la salud que realice el rol de circulante debe posicionarse en la periferia, de tal manera que se les permita el traslado y acceso a las vías de administración (Jiménez, 2022).

Funciones

- Se encarga de conseguir el material requerido para cualquier intervención.
- Brindar información del estatus del evento a terceros.
- Puede fungir como relevo del compresor.

Equipo de reanimación con médico tratante

El equipo de reanimación estará conformado por:

- Líder – Coordinador Médico Tratante
- Asistente de Vía Aérea - Médico Tratante
- Asistente de Circulación – Auxiliar de Enfermería 1
- Compresiones – Médico Residente
- Asistente de vía venosa y medicamentos - Licenciada en Enfermería de turno
- Circulante – Auxiliar de Enfermería 2
- Asistente de historia clínica – Auxiliar de Enfermería 2

Equipo de reanimación sin médico tratante

El equipo de reanimación estará conformado por:

- Líder – Coordinador - Médicos Residentes
- Asistente de Vía Aérea - Médico Residente
- Asistente de Circulación – Auxiliar de Enfermería 1
- Compresiones – Licenciada de Enfermera 1
- Asistente de vía venosa y medicamentos - Licenciada en Enfermería 2
- Circulante – Auxiliar de Enfermería 2
- Asistente de historia clínica – Auxiliar de Enfermería 2

Tabla 1: *Funciones del equipo de reanimación*

Equipo	Responsable	Función
Líder	Médico con mayor experiencia Tratante/ Posgradista/Residente	Inicia y finaliza el RCP. Supervisa evolución del proceso. Delega o asume funciones. Información de resultados del RCP Recopila información para base de datos. Cronometrar el tiempo de las intervenciones de manera detallada.
Vía Aérea	Médico con mayor experiencia Tratante/ Posgradista/Residente	Asegurar vía aérea Suministrar oxígeno
Compresor	Médico posgradista/residente	Masaje cardiaco de calidad según AHA. Encargado DEA. Verificación de retorno de circulación espontanea cada 2 minutos.
Desfibrilador	Médico posgradista/Residente	Proporcionar descargas según protocolo de la AHA. Alternar actividad con compresor.
Administrar Fármacos	Enfermera	Canalizar vía periférica y administración de fármacos.
Circulante	Auxiliar de enfermería	Proporciona insumos, medicamentos y moviliza equipos.

Coche de Paro

La revisión después de la apertura del coche de paro busca avalar el estado actual del mismo, con el fin de tener un mayor control por parte del personal de enfermería y médico que tienen acceso a este, además de garantizar la seguridad de los insumos y medicamentos que allí reposan.

Esta revisión deberá ser realizada por la enfermera líder o encargada que se encuentre de turno, se deberá llenar la “Matriz de medicamentos e insumos” en el formato que reposa en los anexos del presente documento, identificando lo faltante y haciendo la respectiva reposición de los mismos, en cada uno de los diferentes servicios del Instituto Médico de Especialidades MED Ibarra en cada cambio de turno.

El coche de paro debe permanecer cerrado con su respectivo sello de seguridad en todo momento garantizando su custodia y seguridad, las novedades que se presenten como faltantes, frente al stock mínimo de cada insumo deben ser reposicionados en un tiempo no mayor de 24 horas por medio de una nota en el sistema AS400 que deben estar respaldadas con las palabras “para reposición del coche de paro”.

Criterios de verificación – externos del coche de paro:

- Monitor de signos vitales (interfaces)
- Desfibrilador (gel, paletas de descarga)
- Succionador (Mangueras sondas de succión)
- Balón de resucitación auto inflable (AMBU y máscaras faciales con sus respectivos acoples)
- Coche de paro debidamente cerrado con su dispositivo de seguridad
- Verificación de la rotulación externa de compartimientos del coche.
- Presencia de tijeras.
- Coche de soporte vital limpio y despejado
- Carpeta de verificación de insumos y medicamentos del coche de paro.

Funciones de la enfermera con relación al coche de paro

- En caso de que se encuentre algún fallo o daño al coche de paro se deberá comunicar inmediatamente a la enfermera líder o encargada quién

comunicará al departamento correspondiente para su arreglo o comenzará el procedimiento pertinente,

- En el caso que se encuentran faltantes, la enfermera con la ayuda del personal médico debe realizar la reposición correspondiente e investigar en que turno se realizó la última apertura y determinar por qué no se reemplazó el medicamento o si hubo irregularidades en el manejo del coche de paro, esto debe ser informado al jefe inmediato.
- Se debe elaborar un informe sobre el estado actual de los medicamentos e insumos próximos a vencer (con un mínimo de tres meses antes de su vencimiento) del coche de paro, se debe diligenciar el formato de reposición de medicamentos e insumos, el cual debe ser diligenciado en su totalidad y reposar una copia en la carpeta del coche de paro de cada servicio.
- Los medicamentos e insumos que ingresan al coche de soporte vital y botiquín por cambio o reposición revisar la fecha de caducidad.
- Se deberá colocar en la parte de adelante los medicamentos y/o insumos con fecha más reciente de vencimiento (lo que primero entra, primero sale) según la semaforización de medicamentos y/o insumos (verde, amarillo y rojo).
- Verificar que en el coche de paro no se encuentre ningún medicamento y/o insumos vencido. (hoja de fechas de caducidad y lotes)
- Velar por la integralidad de los equipos biomédicos que estén en perfecto funcionamiento e informar a mantenimiento ante cualquier eventualidad.
- Solicitar por escrito ante Farmacia y/o almacén cualquier cambio ya sea en cantidades o elementos de los carros de paro, debe incluir motivo y el tipo de modificación (Villa-Velásquez et al., 2020).

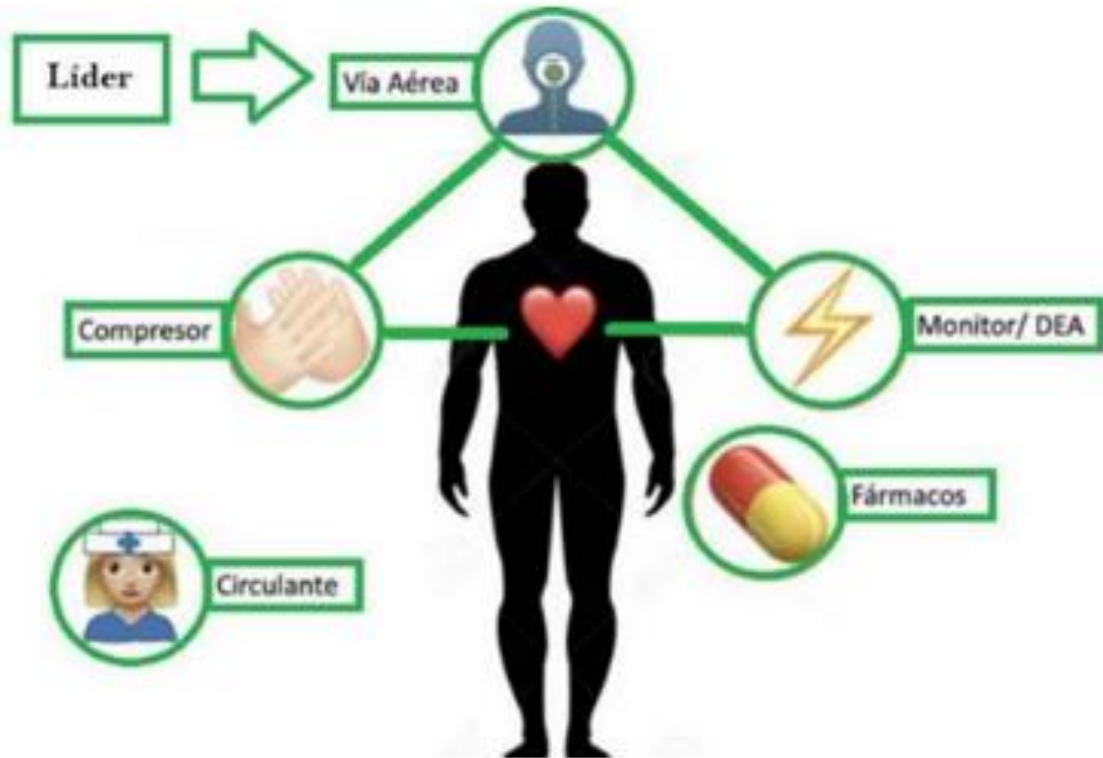
Tabla 2. Cuadro de Medicamentos de ACLS

Fármacos	Presentación	Indicaciones	Dosis
Adenosina	Ampolla 6 mg/2mL.	TSV estrecho Taquicardia de QRS ancho.	6 mg IV bolo, puede repetir 12 mg en 1 a 2 min
Adrenalina	Ampollas 1mg/1cc	PCR sin pulso Bradiarritmias sintomáticas asociadas a compromiso hemodinámico Manejo de reacciones anafilácticas	1.0 mg IV/IO o 1 ampolla en 10ml de solución salina Mantener 0.1 a 0.5 mcg/kg/min Titular hasta presión arterial deseada -2 a 10 mcg/min en infusión titular a respuesta -0.3-0.5 mg IM repetir cada cinco minutos según necesidad
Amiodarona	Ampollas 150mg/3mL.	-Fibrilación ventricular /Taquicardia ventricular sin pulso • Taquicardia ventricular con pulso	-Consciente VT/VF: 150mg cada 10 minutos, Seguido de goteo • Inconsciente VF/VT: 300mg, y150 mg si no es efectivo • Max dosis: 450mg
Atropina	Ampolla 1 mg/1cc	Bradicardia sintomática Toxinas específicas /sobredosis (ej. organofosforado)	1 mg IV/IO Max dosis: 3 mg 2 a 4 mg IV/IO puede ser necesario
Dopamina	Ampolla 400 mg (1600 mcg/cc).	Hipotensión refractaria después del retorno a la circulación espontánea, cuando ya se ha optimizado el volumen intravascular.	5 a 20 mcg/kg/min • Titular hasta alcanzar la presión arterial deseada y/o frecuencia cardiaca deseada • Max dosis: 20mg

		<p>Bradicardia sintomática no responde a la atropina y como medida temporal mientras se instala un marcapasos transcutáneo</p>	
<p>Lidocaína (se recomienda cuanto amiodarona no está disponible)</p>	<p>Ampolla 20mg/ml</p>	<p>FV y TVSP, como una alternativa a la amiodarona Use con precaución en falla renal y taquicardia con pulso</p>	<p>Iniciar con 1 a 1.5 mg/kg IV Segunda; mitad de la primera dosis en 5 a 10 minutos Mantener 1 a 4 mg/min</p>
		<p>FV o TVSP asociadas</p>	
<p>Sulfato de magnesio</p>	<p>Ampollas 20% (200 mg/ml o ampollas 10 ml)</p>	<p>TV de puntas torcidas También en intoxicación por antidepresivos tricíclicos cuando presentan prolongación del QT.</p>	<p>1 a 2 gr diluido en 10 mL D5W IVP Mantenimiento 0,5 a 1 mg/h iv</p>

Anexos

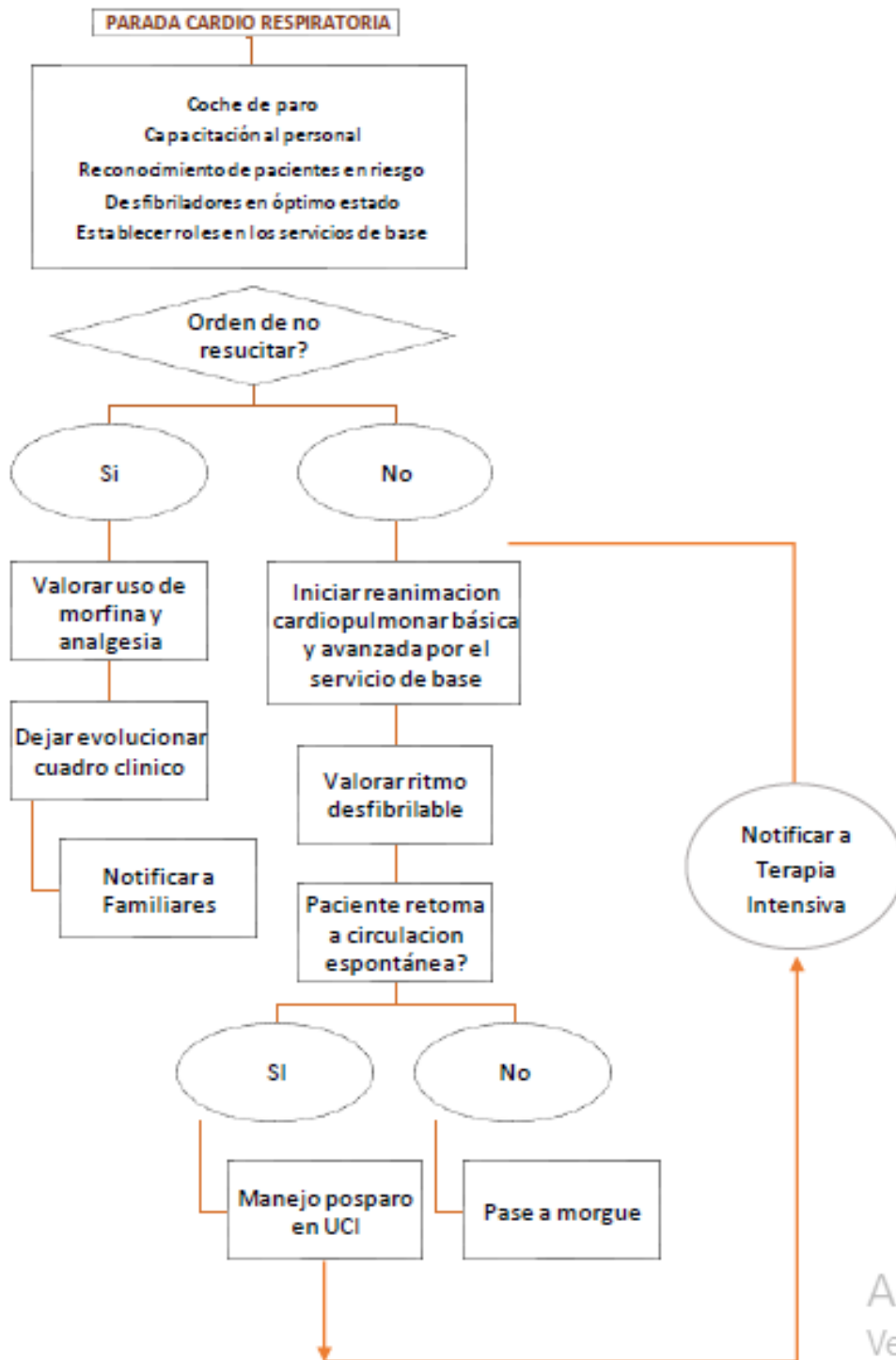
Anexo 1. Roles del Equipo de Reanimación



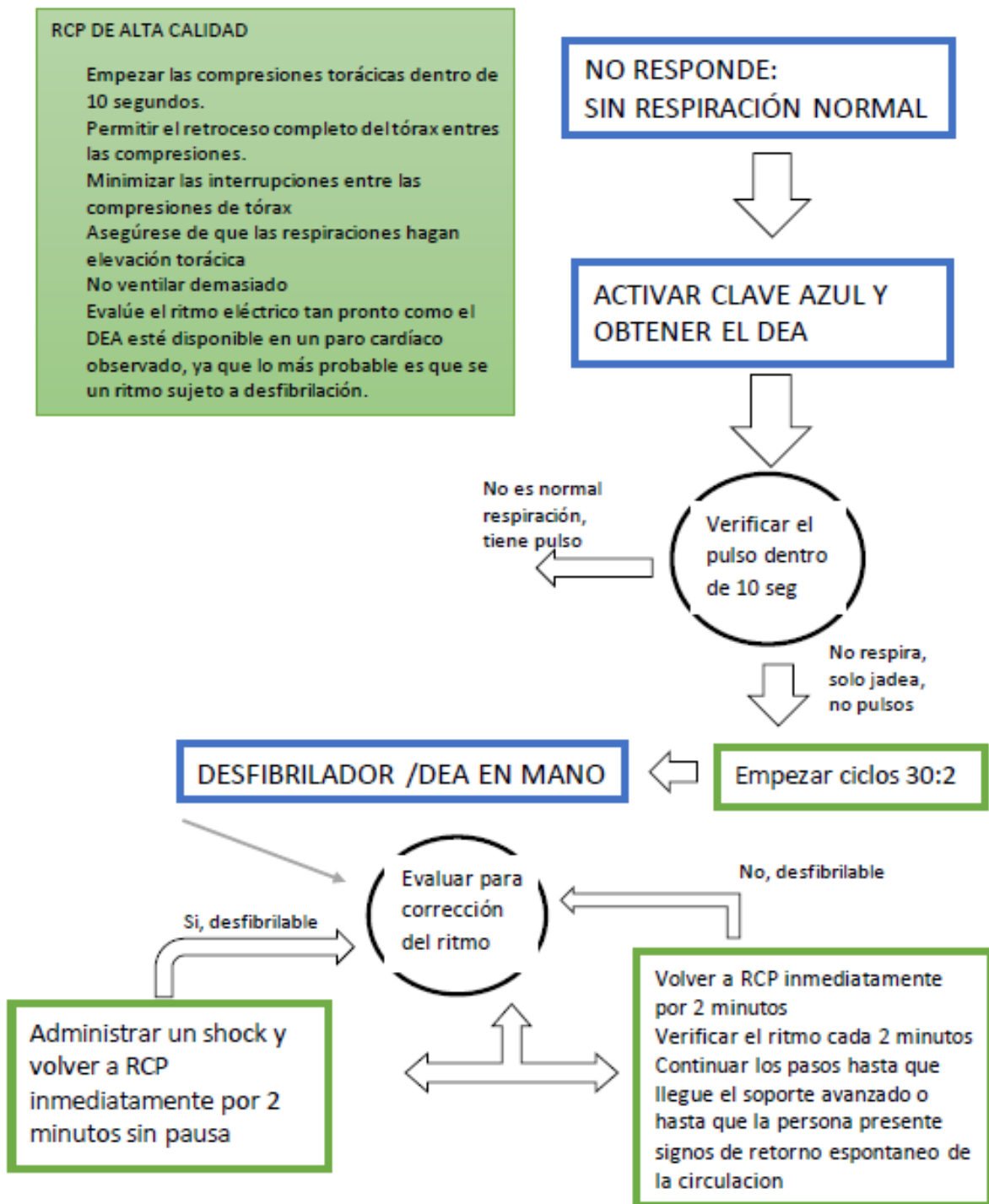
Anexo 2. Semaforización de medicamentos e insumos

	EL COLOR VERDE INDICA QUE TIENE MÁS DE 12 MESES EN ADELANTE
	EL COLOR AMARILLO INDICA QUE TIENE DE 6 A 12 MESES
	EL COLOR ROJO INDICA QUE TIENE MENOS DE 3 MESES

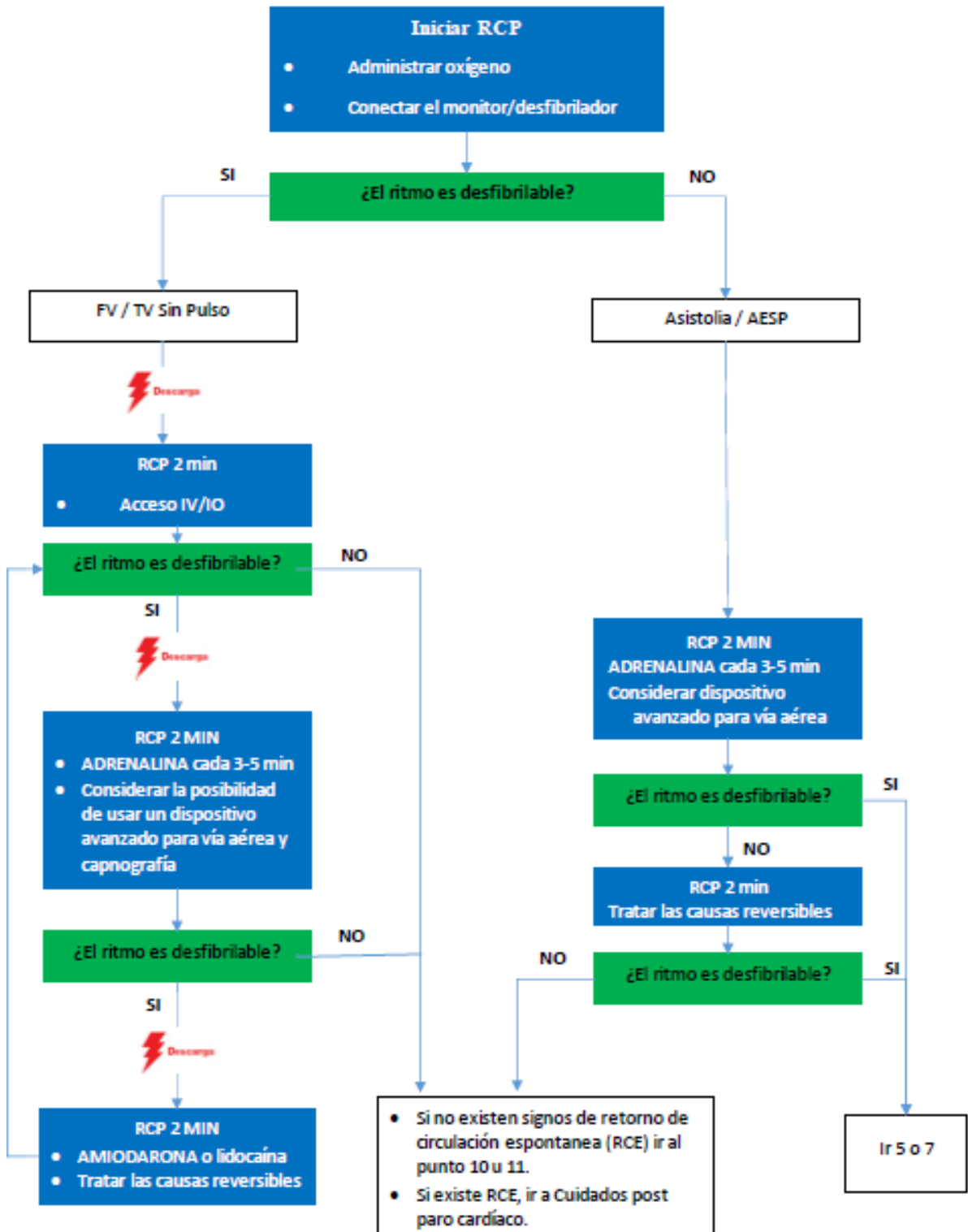
Anexo 3. Algoritmo Estandarización Paro Cardio Respiratorio



Anexo 4. Soporte vital básico adultos



Anexo 5. Soporte vital básico adultos



Anexo 6. Hoja de recogida de datos y seguimiento de la RCP

A. DATOS DE IDENTIFICACION

Nombres Completos:

Número de Cédula:

HCL:

Edad:

Sexo:

B. DATOS GENERALES DE LA PARADA CARDIORESPIRATORIA

1.Fecha evento: _____ 2.Hora del evento: _____

3.Lugar: EMERGENCIA HOSP CLINICA HOSP QUIRURGICA
OTROS _____

4.Paciente con LET/NO RCP: SI NO

5.Testigo de PCR: FAMILIAR ENFERMERIA MEDICO AUXILIAR
OTROS _____

6.Enfermedad de base:

CARDIOPATIA DIGESTIVO INFECCIONES
RESPIRATORIA NEUROLOGICO OTROS _____

7. Barthel previo:

0-20: DEPENDENCIA TOTAL 21-60: DEPENDENCIA SEVERA 61-90:
DEPENDENCIA MODERADA 91-99: DEPENDENCIA ESCASA 100:
INDEPENDENCIA

8. Estado previo a iniciar RCP: Inconsciente Apnea Sil Pulso

9. Canulación Pre /post PCR:

Vía central	Pre <input type="radio"/>	Po <input type="radio"/>	Cánula nasal	Pre <input type="radio"/>	Post <input type="radio"/>
Vía periférica n1	Pre <input type="radio"/>	Pos <input type="radio"/>	Traqueostomía	Pre <input type="radio"/>	Post <input type="radio"/>
Vía periférica n2	Pre <input type="radio"/>	Po <input type="radio"/>	IOT	Pre <input type="radio"/>	Post <input type="radio"/>
SNG	Pre <input type="radio"/>	Po <input type="radio"/>	Otras	Pre <input type="radio"/>	Post <input type="radio"/>
SV	Pre <input type="radio"/>	Pos <input type="radio"/>			

C. DATOS RELACIONADOS CON LA ACTUACION DEL EQUIPO DE PAROS

8. Personal que interviene:

LIDER _____ VIA AEREA _____ MONITOR/DEA _____

COMPRESOR _____

FARMACOS _____ CIRCULANTE _____ REGISTRO _____

9. Motivo de aviso: PREPCR/CRITICO PCR P. RESPIRATORIA FALSA ALARMA

OTRO _____

10. Causa desencadenante de la Parada:

CADIOPATIA ISQUEMICA INSUFICIENCIA CARDIACA HEMORRAGIA

INSUFICIENCIA RESPRATORIA EDEMA PULMONAR/TEP ANAFILAXIA

SHOCK OTRO _____

11. Mecanismo de la Parada (causa inmediata):

FIBRILACION VENTRICULAR TV SIN PULSO ASISTOLIA ACTIVIDAD ELECTRICASIN PULSO

12. Tiempo de inicio de las maniobras: _____ 13. Tiempo de llegada del equipo: _____

14. Tiempo de maniobras: _____

15. Tiempo de administración de adrenalina _____

16. Numero de desfibrilaciones: _____

16. Resultado inicial: RETORNO A CIRCULACION ESPONTANEA FALLECE

17. Medicación utilizada:

1. Adrenalina _____ 2. Amiodarona _____ 3. Atropina _____

4. Bicarbonato _____ 5. Gluconato de calcio _____ 6. Morfina _____

7. Fentanilo _____ 8. Flumacénilo _____ 9. Metilprednolona _____

10. Midazolam _____ 11. Naloxona _____ 12. Propofol _____

13. Rocuronio _____ 14. Sulfato de magnesio _____ 15. Otros _____

18. Traslado del paciente a: PROPIA UNIDAD MORGUE OTRO _____

D. DATOS RELACIONADOS CON LA UNIDAD Y EL MATERIAL DE LA RCP

COCHE DE PARO

20. Estaba conectado a la corriente: SI NO 21. Estaba precintado: SI NO

22. Faltaba medicación 23. Faltaba material: SI NO

24. Alguna incidencia o problema técnico (Detallar):

E. DATOS RELACIONADOS CON LA REPOSICION DEL CARRO DE PAROS TRAS LA RCP

25. Se repone material y medicación utilizado: SI NO

26. Detallar el material o medicación pendiente de reponer:

27. Se precinta el carro tras su uso: SI NO

28. Se queda conectado a la corriente: SI NO

F. SEGUIMIENTO Y EVALUCION TRAS LA RCP

29. Días de estadía en UCI: _____

30. Traslado posterior a: UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE PROCEDENCIA OTRA UNIDAD _____

31. Resultado final:

RECUPERACION FECHA DE ALTA _____

Buena recuperación Moderadamente discapacitado

Discapacidad severa Estado Vegetativo persistente

EXITUS FECHA: _____

Causa de fallecimiento: _____



PRIMERA EDICIÓN

 **ALUMNI EDITORA**
2025

 **Ime**

GUÍA TÉCNICA DE ENFERMERÍA PARA HOSPITAL GENERAL

TOMO II

ISBN: 978-9942-7372-2-9



9 789942 737229