



IMPLANTACIÓN DEL “CÓDIGO PARADA” EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Facultad de Medicina Universidad Miguel Hernández

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN MEDICINA
DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS 2016-2018**

Alumna: Laura Medina Ramos

Tutor académico: Dr. D. Ricardo Serrano García

Presentación: 6 de julio de 2018



RESUMEN

La Parada Cardio-Respiratoria Intrahospitalaria (PCRIH) supone un gran problema a nivel social, sanitario y económico. Existe evidencia de que se puede disminuir la mortalidad y las secuelas originadas por una PCR si se mejora la respuesta asistencial. En casi el 80% de pacientes que sufren una PCRIH existe un deterioro clínico en las horas previas a la parada. La implicación precoz del Equipo de Emergencias Médicas (EEM) puede reducir el número de paradas cardíacas, muertes o ingresos no previstos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Se plantea esta propuesta para crear un Comité de reanimación cardiopulmonar en un hospital de tercer nivel.

Palabras clave: PCR; intrahospitalaria; comité; protocolos; EEM

ABSTRACT

The cardiac arrest during the hospitalization (SCA) means a big medical, social and economic problem. There are evidences that improving the aid response can reduce the mortality and effects caused by SCA. Almost 80% of the patients suffering a SCA during the hospitalization have a clinical deterioration in the hours before the event. The early involvement of the Medical Emergency Team can reduce the number of cardiac arrests, deaths or non expected admissions in the ICU. This is a proposal to create a Committee on Cardiopulmonary Resuscitation in a tertiary referral hospital.

Keywords: SCA; in-hospital; committee; protocols; MET

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4-6
2. HIPÓTESIS DE TRABAJO.....	7
3. OBJETIVOS DEL PLAN.....	7
1. PREVENCIÓN DE LA PCR INTRAHOSPITALARIA.....	8-9
2. SISTEMA DE ACTIVACIÓN DEL SVA.....	10
3. COMPOSICIÓN Y FUNCIONES DEL EQUIPO DE EMERGENCIAS MÉDICAS....	11-12
4. MAPA DE RIESGO HOSPITALARIO.....	13
5. EQUIPAMIENTO DE LAS ÁREAS ASISTENCIALES.....	14
6. INSTAURACIÓN DE PROTOCOLOS DE RCP.....	15
7. REGISTRO DE PCRIH SEGÚN EL ESTILO UTSTEIN.....	15-16
8. DESARROLLO DE PROGRAMAS DE FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO.....	16
9. FORMULACIÓN DE CONTRAINDICACIONES Y ÓRDENES DE NO RESUCITACIÓN.....	17

4. CONCLUSIONES.....	18
5. GLOSARIO.....	19
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20-21
7. ANEXOS	
1. ALGORITMO DE RESUCITACIÓN EN EL HOSPITAL.....	22
2. ALGORITMO DE DESFIBRILACIÓN EXTERNA AUTOMÁTICA.....	23
3. ALGORITMO DE SOPORTE VITAL AVANZADO.....	24
4. ALGORITMO DE MANEJO DE LA BRADICARDIA.....	25
5. ALGORITMO DE MANEJO DE LA TAQUICARDIA CON PULSO.....	26
6. HERRAMIENTAS DE COMUNICACIÓN LLAMA Y PAVO.....	27
7. CONTENIDO DEL CARRO DE RCP NORMALIZADO.....	28-29
8. UBICACIÓN DE LOS DESFIBRILADORES.....	30-31
9. HOJA DE REGISTRO DE LA PCR... ..	32
10. DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS.....	33-35



1. INTRODUCCIÓN

La PCR se define como la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la circulación y respiración espontánea. Es una situación de muerte clínica, susceptible de recuperación si se trata en los primeros minutos tras su presentación.

La parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria (PCRIH) supone un gran problema a nivel social, sanitario y económico ya que el número de muertes y secuelas con el que se asocia supera al generado por los accidentes ⁽¹⁾.

La literatura internacional considera que entre un 0.4% y un 2% de los pacientes ingresados y hasta un 30% de los fallecidos, precisan de técnicas de resucitación cardiopulmonar (RCP). En el mejor de los casos, sólo 1 de cada 6 tratados va a sobrevivir y a ser dado de alta del hospital. La mitad de estas paradas suceden fuera del área de críticos ⁽²⁾.

En España, desconocemos el número de paradas cardíacas, subsidiarias de RCP, que se producen en nuestros hospitales pero extrapolando los datos internacionales puede estimarse que supera ampliamente la cifra de las 18.000 ⁽³⁾.

A diferencia de la PCR extrahospitalaria (PCREH), la mayoría de las PCRIH resultan de condiciones patológicas preexistentes, y habitualmente, no son debidas a una arritmia cardíaca de aparición súbita. La insuficiencia respiratoria y el shock son los desencadenantes más comunes, lo que debe ser tenido en cuenta para desarrollar los protocolos de respuesta hospitalarios ⁽⁴⁾.

Los ritmos más frecuentes en la PCRIH, son la asistolia y la actividad eléctrica sin pulso (AESP) en más del 70% de los casos, a diferencia de las PCREH donde aparecen con mayor frecuencia ritmos desfibrilables, taquicardia ventricular sin pulso (TVSP) y fibrilación ventricular (FV).⁽⁵⁾

Se puede disminuir la mortalidad y las secuelas que originan las PCR si optimizamos el funcionamiento de los seis eslabones que conforman la Cadena de Supervivencia Hospitalaria (CSH) (6)



Figura 1

- **Primer eslabón:** *Detección y tratamiento precoz de las situaciones susceptibles de desencadenar una parada cardíaca.*

La enfermería debe considerar y valorar los Signos de Alerta estratificando la gravedad del paciente. Deberá llamar al facultativo responsable del paciente que tras valorarlo contactará con el EEM y si procede, se realizará el traslado a UCI.

La formación de los profesionales que integran el centro hospitalario es la pieza clave para implementar este eslabón.

- **Segundo eslabón:** *Reconocimiento precoz de la PCR por el personal sanitario.*

Se llamará de manera inmediata al teléfono de alerta de PCR IH especificando la ubicación del paciente y se solicitará el desplazamiento del Carro de Parada más cercano. (Anexo 1)

- **Tercer eslabón:** *Aplicación precoz y adecuada de las técnicas de SVBI tras el primer minuto de la PCR.*

Tras la llamada alertando al EEM se debe comenzar de manera inmediata RCP de calidad.

- **Cuarto eslabón:** *Realizar desfibrilación temprana, en menos de 3 minutos en las áreas no monitorizadas y en menos de 2 minutos en que aquellas que si lo estén. (Anexo 2)*

- **Quinto eslabón:** *Inicio rápido y adecuado de las técnicas de SVA. (Anexo 3)*

- **Sexto eslabón:** *Tras aplicar SVBI y SVA con recuperación de ritmo espontáneo, se deben instaurar cuidados post-reanimación de calidad y el traslado asistido a UCI.*

Para el funcionamiento adecuado de esta cadena de supervivencia es necesario que se impliquen en la misma todo el personal del hospital. Los centros sanitarios tienen la obligación de proporcionar una atención eficaz a las víctimas de las paradas cardíacas y, por tanto, tienen que asegurar que sus plantillas reciben un entrenamiento regular y actualizado, de forma que cada trabajador mantenga un nivel de competencia acorde con su responsabilidad profesional.

En el año 2005, el Plan Nacional de RCP, publica las recomendaciones para actuar sobre el problema de la PCRIH con implicación de los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias al actuar como Equipos de Respuesta Rápida (ERR) o Equipos de Emergencia Interno (EEI) ⁽⁷⁾ siguiendo los estándares internacionales de la Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) ⁽⁸⁾:

1. Los hospitales deben establecer un Comité Interdisciplinario de RCP.
2. El personal del hospital debe estar entrenado y, periódicamente, reciclado en RCP de acuerdo con sus niveles de competencia y responsabilidad.
3. La RCP temprana es una obligación del hospital moderno.
4. Se deben instaurar programas de desfibrilación temprana en hospitales y centros ambulatorios con el objetivo de lograr un intervalo colapso-descarga eléctrica en menor o igual 3 +/- 1 minuto.
5. La enfermería y los equipos médicos de guardia deben implicarse en una política activa de prevención de PCR.
6. Para minimizar los riesgos de PCR durante los traslados, el hospital debe contar con una sistemática para los transportes intrahospitalarios de los enfermos críticos.
7. Se deben documentar los eventos de PCR hospitalarias para proporcionar una valoración precisa de las prácticas de RCP.
8. Se debe disponer de un sistema adecuado para medir intervalos de tiempo, porque es la clave para el análisis posterior y para la evaluación de la calidad.
9. Se debe disponer a nivel del centro de una política definida de indicaciones de RCP y de criterio de suspensión de la misma acorde con los derechos de los pacientes y con las recomendaciones internacionales.
10. Los comités de Ética y RCP del hospital, deben impulsar el análisis y el debate de los dilemas bioéticos consustanciales con la RCP implementando sistemáticas que posibiliten el ejercicio del derecho de autonomía de los pacientes y regulando e impulsando el uso de las órdenes de no resucitación.
11. Se debe normalizar la documentación para la recogida y registro de datos de las paradas cardíacas de acuerdo con el Estilo Utstein. Periódicamente deben analizarse los resultados para identificar oportunidades de mejora.

**Estándares de la Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations*

2. HIPÓTESIS DE TRABAJO

Dado que existe evidencia científica de que se puede disminuir la mortalidad y las secuelas que originan las PCR si se mejora la respuesta asistencial, se plantea esta propuesta para crear un Comité de Reanimación Cardiopulmonar en un hospital de tercer nivel.

3. OBJETIVOS DEL PLAN

Los Comités de Resucitación deben constituirse con el propósito de disminuir las muertes prematuras evitables y las minusvalías que ocasionan las paradas cardíacas en el hospital y en los centros ambulatorios de especialidades dependientes del mismo.

El equipo estará dirigido por un coordinador que debe ser un médico especialista acreditado en el campo de los cuidados críticos y/o urgencias, con experiencia probada en RCP y un coordinador de enfermería con experiencia probada en cuidados críticos y/o urgencias. Ambos deben contar con el diploma actualizado de instructor de RCP avanzada.

El Comité debe analizar, planificar y evaluar la política de resucitación del centro por lo que basándonos en los estándares de acreditación, se describen los objetivos que debe cumplir:

1. Prevenir la PCR mediante la detección precoz y tratamiento de situaciones de emergencia potencialmente desencadenantes de PCR.
2. Establecer un sistema de activación de SVA rápido y efectivo.
3. Establecer la composición del equipo de SVA y las funciones de cada uno de los intervinientes en una PCRIH.
4. Identificar las áreas hospitalarias de mayor riesgo de sufrir una PCR.
5. Estandarizar y actualizar el equipamiento (carros de parada, desfibriladores) y la medicación (botiquín de RCP) de las áreas asistenciales en función de la frecuencia de presentación y el entrenamiento del personal.
6. Presentar e implementar un Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar común para todo el hospital, que de respuesta asistencial a la PCR de acuerdo con las recomendaciones internacionales actuales.
7. Promover un registro de PCRIH según el Estilo Utstein que permita conocer los resultados, comparados con estándares establecidos y corregir las deficiencias detectadas.
8. Desarrollar un programa de formación y entrenamiento periódico en RCP para el personal tanto sanitario como no sanitario del hospital.
9. Establecer contraindicaciones y órdenes de no resucitación.

3.1. PREVENCIÓN DE LA PARADA CARDÍACA INTRAHOSPITALARIA

En el hospital, los enfermos que con mayor frecuencia presentan una PCR son los que ingresan por una enfermedad o proceso respiratorio, pluripatológicos, quirúrgico, cardíaco, renal o cáncer.

La **CADENA DE PREVENCIÓN** puede ayudar a los hospitales a estructurar los procesos de atención para prevenir y detectar el deterioro de los pacientes y la PCR.

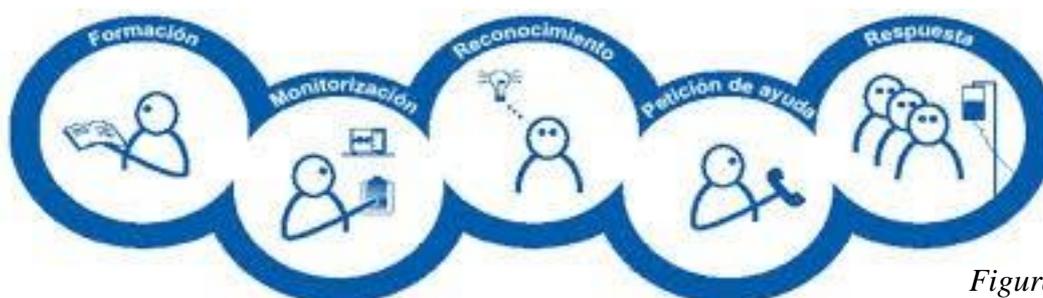


Figura 2

- **Educación:** forma correcta de vigilar a los pacientes; interpretación de los signos observados; reconocimiento de los signos de deterioro; uso de la aproximación ABCDE y de habilidades sencillas para estabilizar al paciente hasta que llega la ayuda experta.
- **Monitorización:** evaluación del paciente y medición y registro de sus constantes vitales.
- **Reconocimiento:** en general, los signos clínicos de enfermedad grave son similares independientemente de la causa subyacente, debido a que son un reflejo del fracaso de los sistemas respiratorio, cardiovascular y/o neurológico. Las alteraciones fisiológicas son frecuentes entre los pacientes ingresados, pero la vigilancia de los parámetros fisiológicos de los pacientes agudos no se realiza con la frecuencia debida.

Para ello se propone la siguiente **Escala de Alerta Precoz (EAP)**⁽⁹⁾

Tabla 1

PUNTOS	3	2	1	0	1	2	3
FC (lpm)		<40	41-50	51-90	91-110	111-130	>130
FR (rpm)	<8		9-11	12-20		21-24	>25
T ^a (°C)	<35		35.1-36	36.1-38	38.1-39	>39.1	
PAS (mmHg)	<90	91-100	101-110	111-150	151-200	201-250	>250
SatO ₂ p (%)	<91	92-93	94-95	>96			
Necesidad O ₂				aire ambiente			precisa
Neuro				alerta			deterioro

Las EAP son dinámicas y evolucionan a lo largo del tiempo, permitiendo que la frecuencia de observación de las constantes vitales varíe en función de la mejoría o empeoramiento del paciente. No obstante, si es evidente que el paciente se está deteriorando, debemos solicitar ayuda de inmediato sin esperar a alcanzar una puntuación determinada en la EAP.

EAP	FRECUENCIA DE OBSERVACIÓN MÍNIMA	ACCIONES DE LA PERSONA QUE REGISTRA LOS DATOS	ACCIONES DEL MÉDICO RESPONSABLE
3-5	Cada 4 horas	Informar a la enfermera responsable	
6	Cada 4 horas	Informar al médico responsable	El médico ve al paciente en menos de una hora
7-8	Cada 1 horas	Informar al médico responsable. Considerar monitorización continua	El médico ve al paciente en menos de 30 minutos y comenta el caso con el EEM
>9	Cada 30 minutos	Informar al médico responsable. Iniciar monitorización continua	El médico ve al paciente en menos de 15 minutos y comenta el caso con el EEM

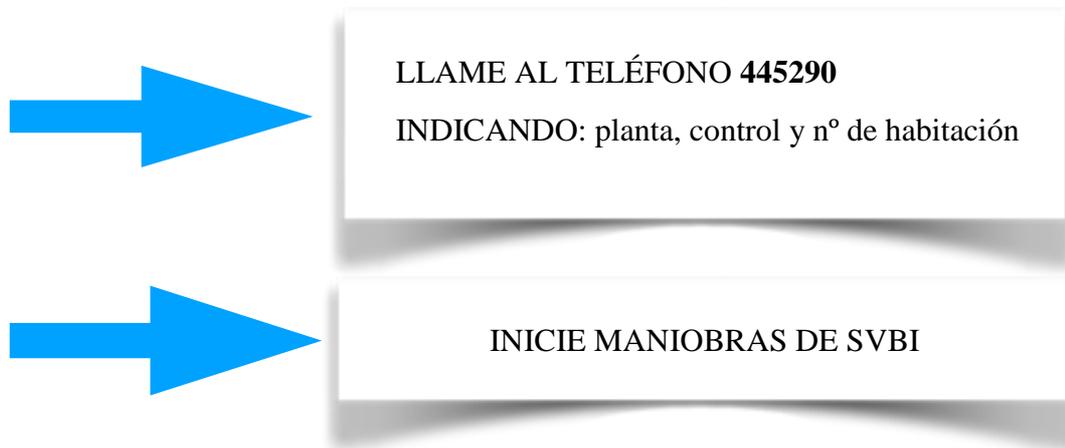
Tabla 2

- **Protocolo de solicitud de ayuda:** la formación continuada de los equipos multidisciplinares en habilidades no técnicas produce una mejora en la eficacia de la comunicación. Debe utilizarse una herramienta de comunicación estructurada. (10)(Anexo 6)

3.2. SISTEMA DE ACTIVACIÓN DEL SVA

Será la enfermera de hospitalización, la encargada de detectar la PCR y la auxiliar de enfermería quien activará al equipo de SVA por medio de una llamada al **445290**.

ANTE UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA



Una vez que se haya recibido el aviso en la UCI, la auxiliar de enfermería avisará al médico responsable del paciente y hará otra llamada a centralita para que a su vez avise a la supervisora de guardia y al encargado de turno. La primera, ayudará al personal de planta durante la RCP y el segundo, deberá organizar el traslado a UCI si procede (camilla, bombona de oxígeno, respirador, etc)

La enfermera de hospitalización, comenzará con el masaje cardíaco. En caso de que, en ese momento haya otra enfermera en planta disponible, ésta se encargará de la vía aérea y también procurará un acceso venoso periférico en el caso de que no se disponga de él.

Plan de actuación PCRH en planta de hospitalización



Figura 3

3.3. COMPOSICIÓN Y FUNCIONES DEL EQUIPO DE EMERGENCIAS MÉDICAS

La Unidad de Cuidados Intensivos a través de los médicos de guardia acudirá de forma inmediata, ante cualquier paro cardiaco, exceptuando las PCR de quirófano y reanimación o recuperación postquirúrgica.

MINUTOS	ACTUACIÓN	RESPONSABLE	OTRAS TAREAS
24 HORAS PREVIAS	Configurar la EAP	Enfermería y auxiliar de enfermería	Toma de constantes Vigilancia neurológica
T0	Detección de la PCR	Testigo no sanitario Testigo sanitario	Pedir ayuda Desalojar la habitación de visitas y garantizar espacio
T 0.30	Activar EEM llamando al 445290	Auxiliar de enfermería	
T1	Traer el carro de RCP más cercano	Auxiliar de enfermería	
T1	Llamar al médico responsable del paciente y a centralita	Auxiliar de enfermería	
T1	iniciar SVBI	Enfermera y médico de planta	
T2	Aplicar DESA o Manual	Enfermera y médico de planta	Monitorización y seguir algoritmo de RCP según el ritmo
T3	Inicio de SVA	EEM (médico y enfermera de UCI) Médico de planta Enfermera de planta Auxiliar de enfermería	Monitorización con electrodos Vía venosa Preparar medicación y material para IOT si es necesario
PARADA RECUPERADA	Bombona de O2 y respirador	Celador	Comprobar el respirador y el material de oxigenoterapia
	Información a familiares	Médico de UCI Médico de planta	Garantizar un espacio íntimo
	Traslado a UCI. Cuidados postresucitación	EMM Celador	
	Reposición del carro de paradas Rellenar registro de RCP	Enfermería y auxiliar de enfermería Enfermería de UCI	

Tabla 3

El EEM acudirá a la PCR con un carro portátil propio que se encuentra alojado en el Box de UCI correspondiente a la enfermería que debe salir con el médico a la asistencia de la parada. Éste se compone de carrito móvil, desfibrilador manual portátil dotado con parámetros no invasivos y marcapasos transcutáneo, mochila con fármacos, material para IOT, material para pericardiocentesis y cricotiroidectomía percutánea y bolsa autohinchable con línea de conexión al oxígeno.

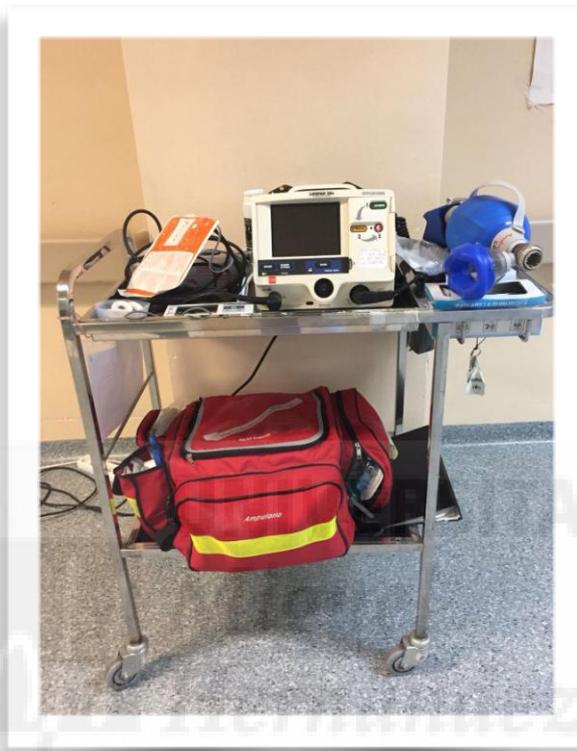


Figura 4



Figura 5

*Monitor-desfibrilador

ECG, Respiración, SpO2, Presión Arterial
EtCO2

*Desfibrilación manual, DESA y pediátrica



Figura 6

*Mochila:

- Fármacos
- Material para vía aérea
- Set de pericardiocentesis

3.4. MAPA DE RIESGO HOSPITALARIO

Conocer la distribución de los pacientes ingresados en el hospital que sufren una PCR es esencial para poder optimizar el diseño organizativo y la dotación de material necesario para atender estos eventos. La distribución de los desfibriladores y el material de SVA debe garantizar la desfibrilación en menos de 3 minutos.

Para poder conocer el mapa de riesgo de nuestro hospital se realiza un estudio observacional prospectivo desde Noviembre del 2014 a Diciembre del 2016 en el que se incluyen todas las activaciones del código PCR IH excluyendo las paradas acontecidas en quirófanos y reanimación. Durante el período analizado, se recogen 152 avisos, de los cuales 113 fueron paradas reales. El ritmo cardíaco detectado inicialmente en la atención por el SVA fue un 23.2% de ritmos desfibrilables (22.3% FV, 0.9% TVSP) y un 76.8% de ritmos no desfibrilables (Asistolia 50.9%, AESP 25.9%). De los 113 pacientes, el 14.2% sobrevivieron al año del alta hospitalaria. Encontramos una mayor incidencia de paradas en las plantas quirúrgicas, suponiendo un 22.12% del total, seguido de la Unidad de Cuidados Intensivos (17.7%) y el Servicio de Urgencias con un 14.15%. Dentro de las especialidades médicas, la mayor incidencia se registró en la planta de cardiología suponiendo un 7.07% del total. Además, durante el estudio se recogieron 7 casos durante la realización de coronariografías y 3 en el Servicio de radiodiagnóstico.

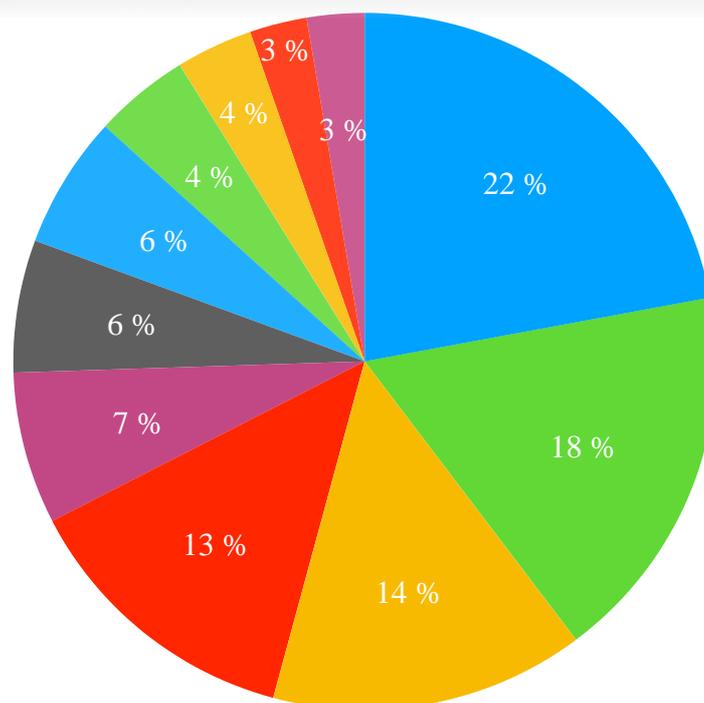


Figura 7

3.5. EQUIPAMIENTO DE LAS ÁREAS ASISTENCIALES

Cada área asistencial catalogada como de alto riesgo debe contar con:

1. Carro de RCP normalizado.
2. Tablero dorsal.
3. DESA (en unidades no monitorizadas)
4. DF manual con módulo de marcapasos en algún equipo (unidades monitorizadas)
5. Protocolos de RCP del Plan Nacional.

En cada área asistencial debe existir un cartel con el teléfono de llamada para la activación del “Código Parada” (**445290**).

En cada planta, área diagnóstica, de consulta o comunes, existirá un letrero con la ubicación del carro de paradas y el DF más cercano.

CARRO DE RCP NORMALIZADO:

Su contenido se describe en el Anexo 7.

La documentación incluida en el carro de paradas consta de:

- Hoja de registro de RCP
- Hoja de revisión del material y el DF
- Hoja de contenido del carro
- Póster con los algoritmos de aplicación (*Anexos 1, 2, 3, 4 y 5*)

La revisión del DF y el carro en los Servicios de alto riesgo debe ser diario y tras su uso. Debe comprobarse el correcto montaje y funcionamiento de cada aparato (bolsa autohinchable, laringoscopios, etc) y reponer el material y la medicación gastados, procediendo a continuación al precinto del carro y firma de la hoja de revisión. Esta función será llevada a cabo por enfermería y auxiliares de planta, designados por el supervisor de cada Servicio.

DEFIBRILADORES:

Para minimizar los retrasos y la confusión, se aconseja estandarizar el mismo equipo desfibrilador en toda la institución.

En la revisión del funcionamiento del desfibrilador debe incluirse la comprobación de que el reloj incorporado marca la hora correcta.

El listado de la ubicación de los desfibriladores se adjunta en el Anexo 8.

3.6. INSTAURACIÓN DE PROTOCOLOS DE RCP

Son los promulgados por el Plan Nacional de RCP de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), basado en las recomendaciones establecidas por el European Resuscitation Council (ERC), la American Heart Association (AHA) y el International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR). Éstos pueden ser consultados en los Anexos 1, 2, 3, 4 y 5.

El resultado de cada paso depende del anterior, de tal manera que el éxito final exige que todas las medidas sean correctas en tiempo y manera de hacerlas.

Las posibilidades de sobrevivir o recuperar las funciones cerebrales superiores son escasas si la RCP se retrasa más de 5 minutos, siendo prácticamente inexistentes si se instauran después de 10 minutos.

La desfibrilación es exitosa, llegando al 90% si se efectúa en los primeros 90 segundos de la parada; es más eficaz cuando se hace RCP inmediata, de tal manera que por cada minuto de retraso en el soporte vital, disminuye la probabilidad de supervivencia un 10%. (11, 12)

3.7. REGISTRO DE PCRIH SEGÚN EL ESTILO USTEIN

Cuando el EEM sea activado, se completará y se remitirá a UCI el siguiente cuestionario.

Nombre y Apellidos del paciente	
NHC	
Fecha y hora de la llamada	F: __/__/__ H:__:__
Motivo (*1)	1 2 3 4
Constantes vitales que han motivado la alerta	TA(mmHg) FC (lpm) FR (rpm) T ^a (°C) SatO ₂ p ADVP Diuresis
Síntomas que han motivado la alerta	
Destino del paciente (*2)	1 2 3 4 5

Tabla 4

(*1) Motivo:

1. PCR;
2. Constantes anormales;
3. Síntomas y/o aspecto general;
4. Otros

(*2) Destino:

1. Planta;
2. UCI;
3. Exitus;
4. Traslado;
5. Otros

Las nuevas recomendaciones están intentando impulsar un intercambio más efectivo de la información y mejorar la revisión internacional de los datos sobre paro cardíaco. El modelo Utstein para la comunicación de resultados capacita a todas las personas en todos los países para tener datos en un formato que permite las comparaciones y revisiones nacionales e internacionales. (13)

Hasta ahora, la disparidad de las definiciones y la falta de uniformidad en las variables clínicas, han conducido a dificultades y malos entendidos que impedían el progreso. El estilo Utstein comprende un glosario de términos acordados y un modelo para la comunicación de datos. Detalla una lista de sucesos que deberían ser incluidos en informes, definiciones de tiempos puntuales e intervalos de tiempo relacionados con la resucitación cardíaca. El objetivo es obtener la mínima información para proporcionar datos secuenciales en la evaluación de los esquemas de resucitación.

Siguiendo este modelo, en cada PCR se cumplimentará una hoja de registro. El Comité se encargará anualmente de elaborar una base de datos y un informe que aporte los resultados, además de datos sobre la etiología de las paradas en el hospital, y el primer ritmo monitorizado.

El sistema de registro se prevé que se sustituya en un futuro próximo por uno promovido por el grupo ARIAM, basado en el estilo Utstein, con acceso a través de internet (www.registropcr.org) y carácter multicéntrico, lo que permitirá la comparación de indicadores. (Anexo 9)

3.8. DESARROLLO DE PROGRAMAS DE FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO

Como ya comentábamos anteriormente, el entrenamiento de las técnicas de soporte vital del personal sanitario titulado genera un beneficio indiscutible, mejorando las tasas de supervivencia, por lo que los centros sanitarios tienen la obligación de asegurar que sus plantillas reciben un entrenamiento regular y actualizado. (14,15)

La formación continuada del personal del hospital debe realizarse siguiendo las directrices marcadas por el Comité de RCP y dependiendo de las estructuras directivas y docentes del centro. El contenido y método de los programas docentes responderán a las recomendaciones del ERC.

PERSONAL SANITARIO

MÉDICOS	MIR 1º año: curso de SVA FEA: se ofertarán 2 cursos anuales de SVA
DIPLOMADOS UNIVERSITARIOS DE ENFERMERÍA	Se ofertarán 4 cursos anuales de SVA
AUXILIARES DE ENFERMERÍA	Se ofertarán 4 cursos anuales de SVB y DESA
PERSONAL NO SANITARIO	Se ofertarán 4 cursos anuales de SVB y DESA

3.9. FORMULACIÓN DE CONTRAINDICACIONES Y ORDEN DE NO RESUCITACIÓN

Discutir decisiones sobre RCP puede ser difícil y angustioso para los pacientes y sus familias, y también para los sanitarios. Estas decisiones pueden verse influidas por varios factores, incluyendo creencias y opiniones personales, influencias culturales o religiosas, consideraciones éticas y legales, y circunstancias sociales y económicas.

Serán pacientes para NO aplicar Medidas de Soporte Vital Terapéuticas:⁽¹⁶⁾

1. Si existe un pronóstico fatal inmediato. La decisión de no intento de RCP, se toma en base a criterios médicos y no requiere permiso del paciente o sus familiares. La situación clínica es el motivo para la orden de no RCP y ha de reflejarse claramente en el curso clínico.

2. Si existen enfermedades previas crónicas debilitantes, y coincide con procesos agudos amenazantes para la vida por el grado de disfunción orgánica alcanzado. En estas situaciones el mantener medidas terapéuticas de soporte vital puede contribuir a retrasar la muerte en vez de prolongar la vida, podría atentar contra la dignidad de la persona y vulnerar los principios bioéticos fundamentales de no-maleficencia y beneficencia. Los recursos malgastados en estos pacientes podrían ser útiles para otros, por lo que se quebrantaría también el principio ético de justicia.

3. Si existen signos evidentes de muerte biológica.

4. Cuando el paciente haya expresado su deseo de no RCP, al firmar el documento de Voluntades anticipadas.

5. Asistolia de más de 20 minutos en ausencia de una causa reversible.

El Documento de Voluntades Anticipadas es el documento mediante el que una persona mayor de edad o menor emancipada, con capacidad legal suficiente y libremente, manifiesta las instrucciones sobre las actuaciones médicas que se deben tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en la que las circunstancias que concurran no le permitan expresar libremente su voluntad.

Las voluntades anticipadas para rehusar tratamiento se han introducido en muchos países y enfatizan la importancia de la autonomía del paciente. No obstante, es importante asegurar que las voluntades anticipadas son válidas y que las circunstancias en las que se van a aplicar son las mismas que se previeron o definieron en el momento en que se tomaron las decisiones.⁽¹⁷⁾

(Anexo 10)

4. CONCLUSIONES

- En los últimos años se han introducido en los hospitales mecanismos para mejorar la respuesta a las paradas cardíacas pero, a pesar de ello, nuestros hospitales tendrían problemas para acreditarse si se les aplicaran los estándares contemplados por la JCAHO. De ahí la necesidad de la realización de un Plan Hospitalario y la creación de un Comité siguiendo las recomendaciones del ERC, con el fin de disminuir la mortalidad, las secuelas y los costes originados por las PCRIH.

- Para conseguir este objetivo debemos optimizar la consecución de la Cadena de Supervivencia con estrategias dirigidas a :

1. Identificar y tratar de manera precoz a aquellos pacientes que se encuentran en una situación susceptible de desencadenar una PCR.

2. La detección precoz de la PCR.

3. La aplicación sin tardanza de RCP básica.

4. Conseguir una desfibrilación temprana.

5. Inicio en pocos minutos de RCP avanzada

6. Traslado asistido e ingreso en UCI para aplicar cuidados postresucitación.

-El personal asistencial del hospital debe estar adecuadamente formado en RCP. Hay que tener en cuenta que la enfermería tiene un papel fundamental en la prevención, detección y respuesta inicial a la RCP, por lo que es necesario estructurar y desarrollar programas de entrenamiento del personal.

- Debemos diseñar un mapa de riesgo en función de la localización de las PCR que acontecen en nuestro hospital para poder hacer una adecuada distribución de los equipamientos de acuerdo con las necesidades potenciales de los pacientes.

- Se debe diseñar un sistema de registro siguiendo el modelo Utstein que permita revisar los resultados para de esta manera poder identificar oportunidades de mejora y seguir la evolución anual de estos resultados

- La Ley 41/2002 reguló la implantación de instrucciones previas y el derecho a rehusar la resucitación carpio-pulmonar, por lo que debemos tener definida en nuestros hospitales una política de “Órdenes de no resucitación”.

5. GLOSARIO

AESP	Actividad Eléctrica Sin Pulso
AHA	American Heart Association
ARIAM	Análisis del Retraso en el Infarto Agudo de Miocardio
CSH	Cadena de Supervivencia Hospitalaria
DESA	Desfibrilación Semi Automática
DF	Desfibrilador
EAP	Escala de Alerta Precoz
EEM	Equipo de Emergencias Médico
EEI	Equipo de Emergencias Interno
ERC	European Resuscitation Council
ERR	Equipo de Respuesta Rápida
EtCo2	Fracción espirada de dióxido de carbono
FC	Frecuencia Cardíaca
FR	Frecuencia Respiratoria
FV	Fabricación Ventricular
ILCOR	International Liaison Committee On Resuscitation
IOT	Intubación Oro Traqueal
JCAHO	Join Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations
LPM	Latidos Por Minuto
NHC	Número de Historia Clínica
PAS	Presión Arterial Sistólica
PCR	Parada Cardio Respiratoria
PCREH	Parada Cardio Respiratoria Extra Hospitalaria
PCRIH	Parada Cardio Respiratoria Intra Hospitalaria
RCP	Reanimación Cardio Pulmonar
RPM	Respiraciones Por Minuto
SEMICYUC	Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica Y Unidades Coronarias
SUH	Servicio de Urgencias Hospitalarias
SpO2	Saturación Periférica de Oxígeno
SVA	Soporte Vital Avanzado
SVBI	Soporte Vital Básico Instrumentalizado
TVSP	Taquicardia Ventricular Sin Pulso
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

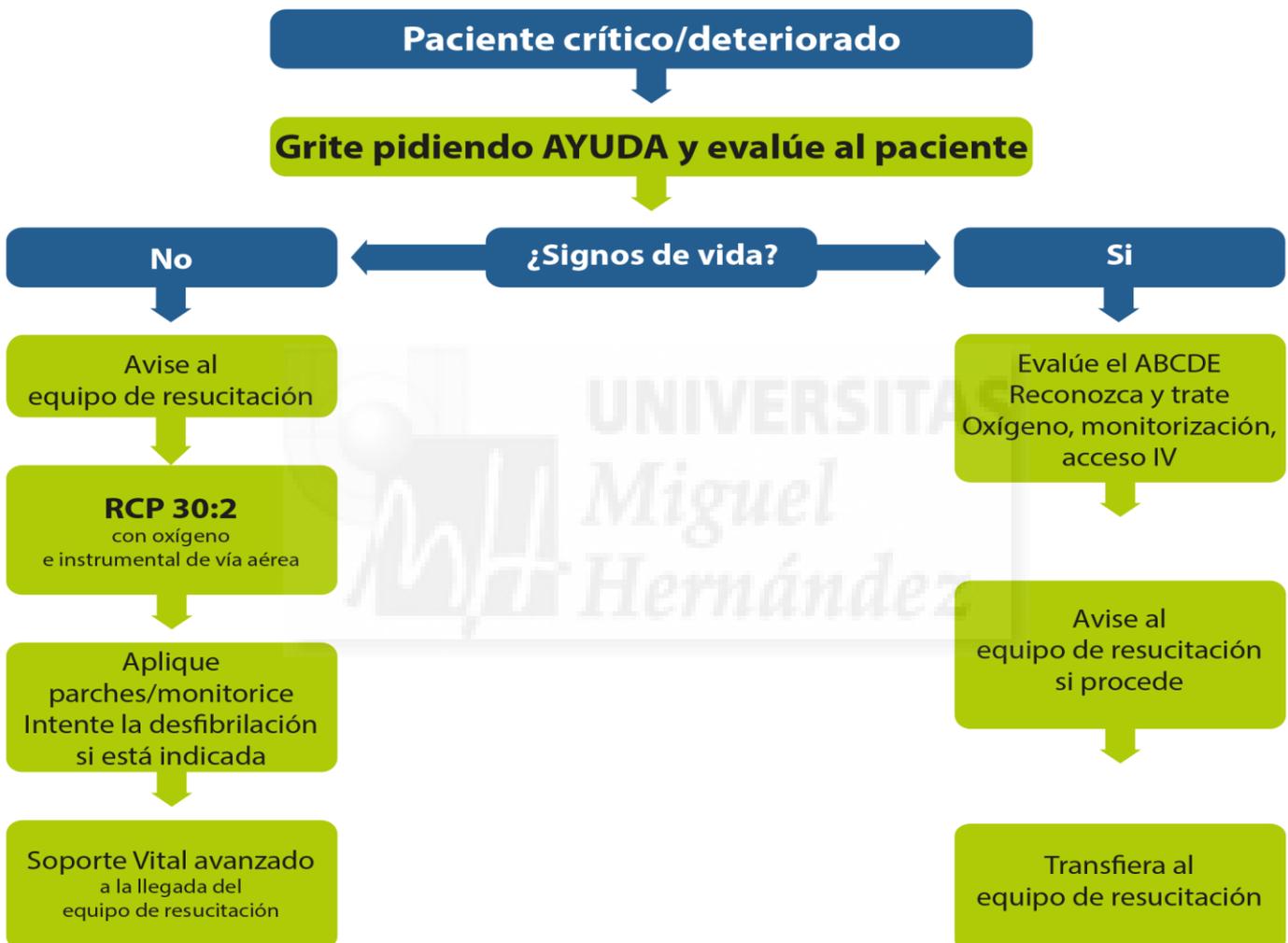
1. Martínez Rubio A, gumía González JR, Anguera Camos I, Bagá Santamaría R, Bonastre Thio M, Guilera Mas E, et al. Avances en el tratamiento de la muerte súbita intrahospitalaria. En: Perales Rodríguez de Viguri N, Pérez Vela JL, editores. La desfibrilación temprana. Madrid Ed. Arán; 2004 p 253-61.
2. Hodgetts TJ, Kenward G, Vlackonikolis I, Payne S, Lastle N, Crouch R, et al. Incidence, location and reasons for avoidable in-hospital cardiac arrest in a district general hospital. Resuscitation. 2002;54:115-23.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Datos Básicos de la Salud y los Servicios Sanitarios 2003. Disponible en www.msc.es.
4. Manual de Soporte Vital Inmediato. Edición según las recomendaciones 2015 del ERC. ISBN 9789492543066.
5. Meaney PA, Nadkarni VM, Kern KB, Indik JH, Halperin HR, Berg RA. Rhythms and outcomes of adult in-hospital cardiac arrest. Crit Care Med. 2010; 38:101-8.
6. Smith GB. In-hospital cardiac arrest: Is it time for an in-hospital “chain of prevention”. Resuscitation. 2010; 81:1209-11.
7. Perales Rodríguez de Viguri N, Pérez Vela JR, Bernat Adell A, Cerdá Vila M, Álvarez Fernández J.A, Arribas López P, et al. La resucitación cardiopulmonar en el hospital: recomendaciones 2005. Med Intensiva. 2005; 29(6):349-56.
8. Anonymus. Joint Commission on Accreditation of Health-care Organizations. In-hospital resuscitation requirements reinstated for hospitals. Joint Commission Perspectives. 1998, p: 18-5.
9. Prytherch et al. Towards a national early warning score for detecting adult in-patient deterioration. Resuscitation. 2010; 81(8):932-7.
10. Cooper S, Cant R, Porter J, Sellick K, Somers G, Kinsman L, Nestel D. Rating medical emergency teamwork performance: development on the TEAM Emergency Assessment Measure (TEAM). Resuscitation. 2010; 81:446-452.
11. Eisenberg MS, Horwood BT, Cummins RO, Reynolds-Haertle R, Hearne TR. Cardiac arrest and resuscitation: tale of 29 cities. Ann Emerg Med. 1990; 19:179-86.
12. Cummins RO. From concept to standard-of-care? Review of the clinical experience with automated external defibrillators. Ann Emerg Med. 1998; 18:1269-75.

13. Recommender guidelines for uniform reporting of data from out-of-hospital cardiac arrest: The “Utstein style”. Prepared by a task force of representatives from the European Resuscitation Council, American Heart Association, Heart and Stroke Foundation of Canada, Australian Resuscitation Council. *Resuscitation*. 1991; 22:1-26.
14. Dane FC, Russell-Lindgren KS, Parish DC, Durham MD, Brown Jr TD. In-hospital resuscitation: association between ACLS training and survival to discharge. *Resuscitation*. 2000; 77:83-7.
15. Perales Rodríguez de Viguera N, Jiménez Murillo L, González Díaz G, Álvarez Fernández JA, Ortega Carnicer J, et al. La desfibrilación temprana: conclusiones y recomendaciones del I Foro de Expertos en Desfibrilación Semiautomática. *Med Intensiva*. 2003; 27:488-94.
16. Bossaert LL, Perkins GD, Askitopoulou H, Raffay VI, Greif R, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 11. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation*. 2015; 95:302-311.
17. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002 de 14 de noviembre. BOE nº 274; 15-11-2002.
18. Laurie J. Morrison, Robert W. Neumar, Janice L. Zimmerman, Mark S. Link et al. Strategies for improving survival after in-hospital cardiac arrest in the United States: 2013 consensus recommendations. A consensus statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2013;127:1538-1563.
19. Manual de Soporte Vital Avanzado. Edición según las recomendaciones 2015 del ERC. ISBN 9789492543226.
20. Monsieurs KG, Nolan JP, Bossaert LL, Greif R, Maconochie IK, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 1. Executive summary. *Resuscitation*. 2015; 95: 1-80.
21. Perkins GD, Handley AJ, Koster RW, Castrén M, Smyth MA, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation Section 2. Adult basic life support and automated external defibrillation. *Resuscitation*. 2015; 95: 81-89.
22. Soar J, Nolan JP, Böttiger BW, Perkins GD, Lott C, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 3. Adult advanced life support. *Resuscitation*. 2015; 95: 100-147.
23. Perkins GD, Olasveegen TM, Maconochie I, Soar J, Wyllie J, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2017 update. *Resuscitation*. 2017; 123: 43-50.

ANEXOS

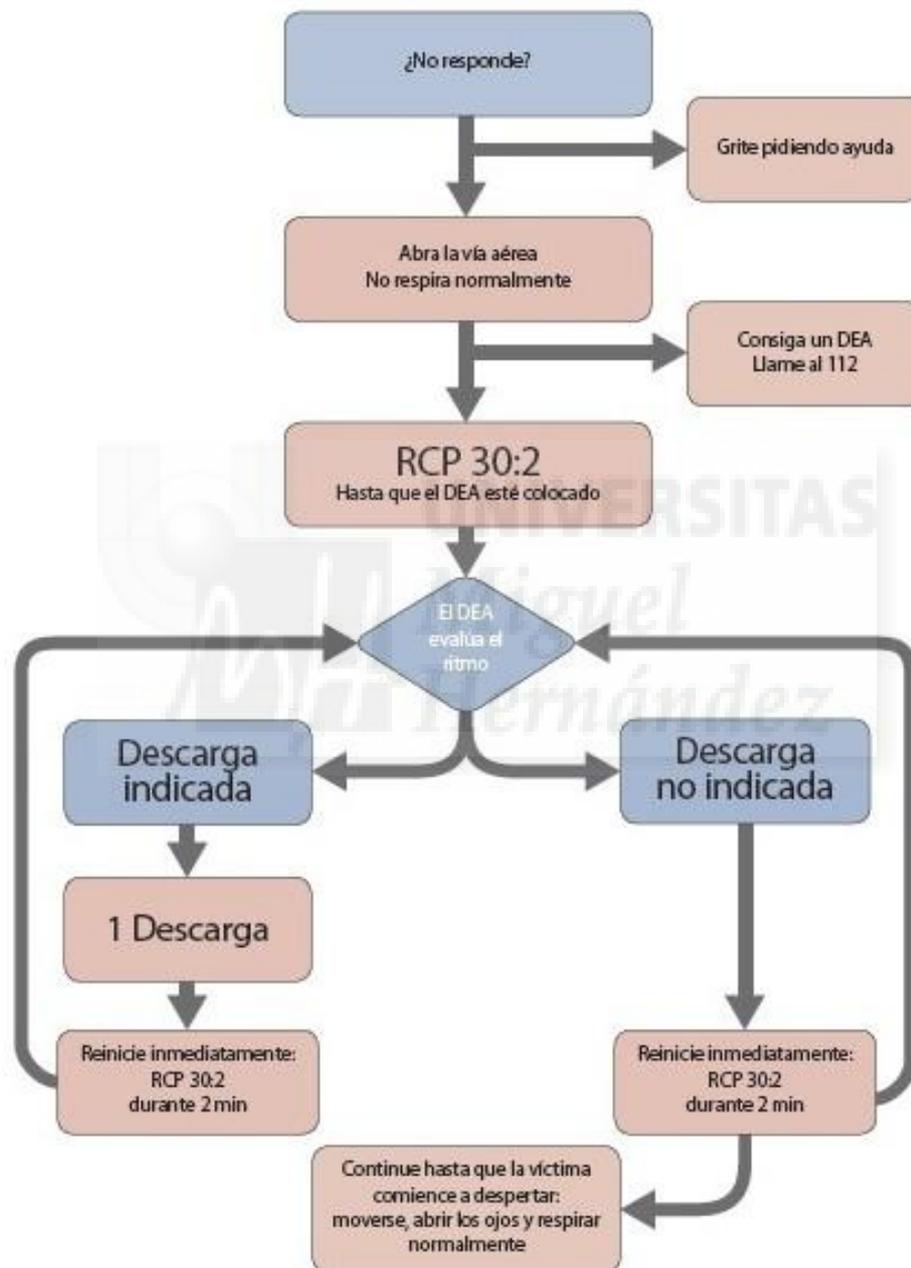
7.1. Algoritmo de Resucitación en el hospital

Resucitación en el hospital

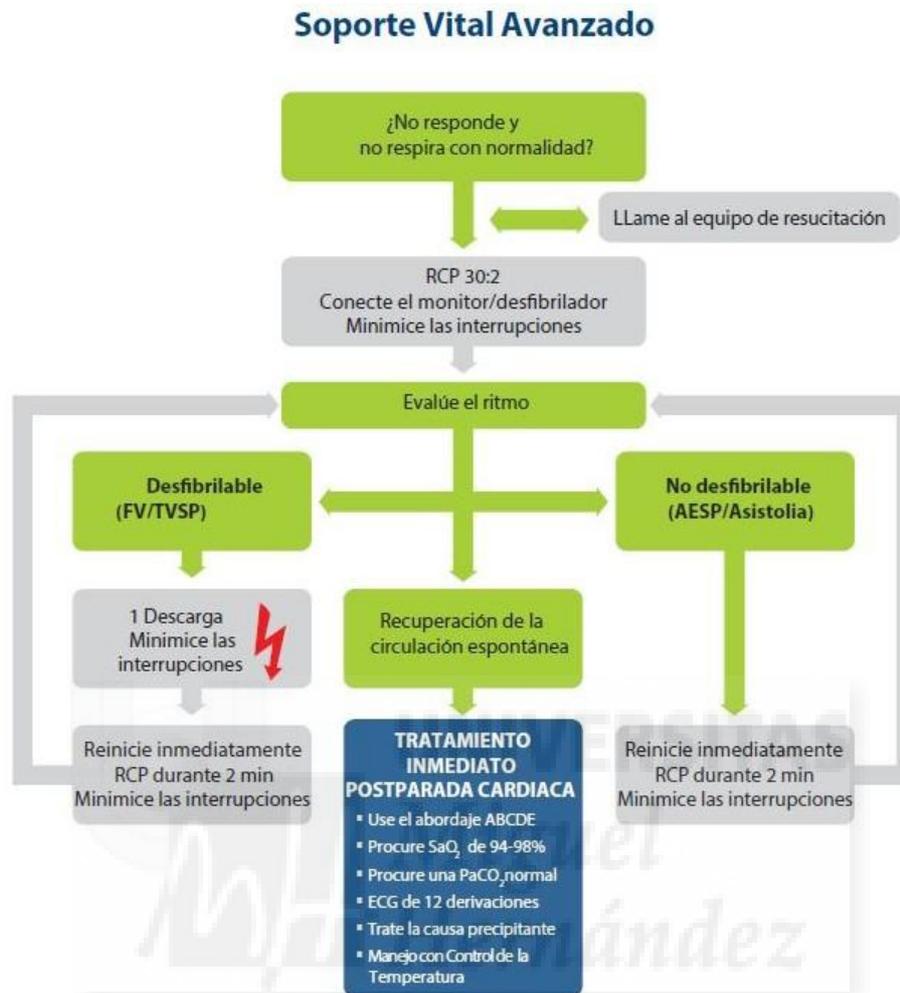


7.2. Algoritmo de Desfibrilación Externa Automática

Desfibrilación Externa Automática



7.3. Algoritmo de Soporte Vital Avanzado



DURANTE RCP

- Asegure compresiones torácicas de alta calidad
- Minimice interrupciones de las compresiones
- Administre oxígeno
- Utilice capnografía con forma de onda
- Compresiones continuas cuando se haya asegurado la vía aérea
- Acceso vascular (intravenoso o intraóseo)
- Administre adrenalina cada 3-5 min
- Administre amiodarona después de 3 descargas

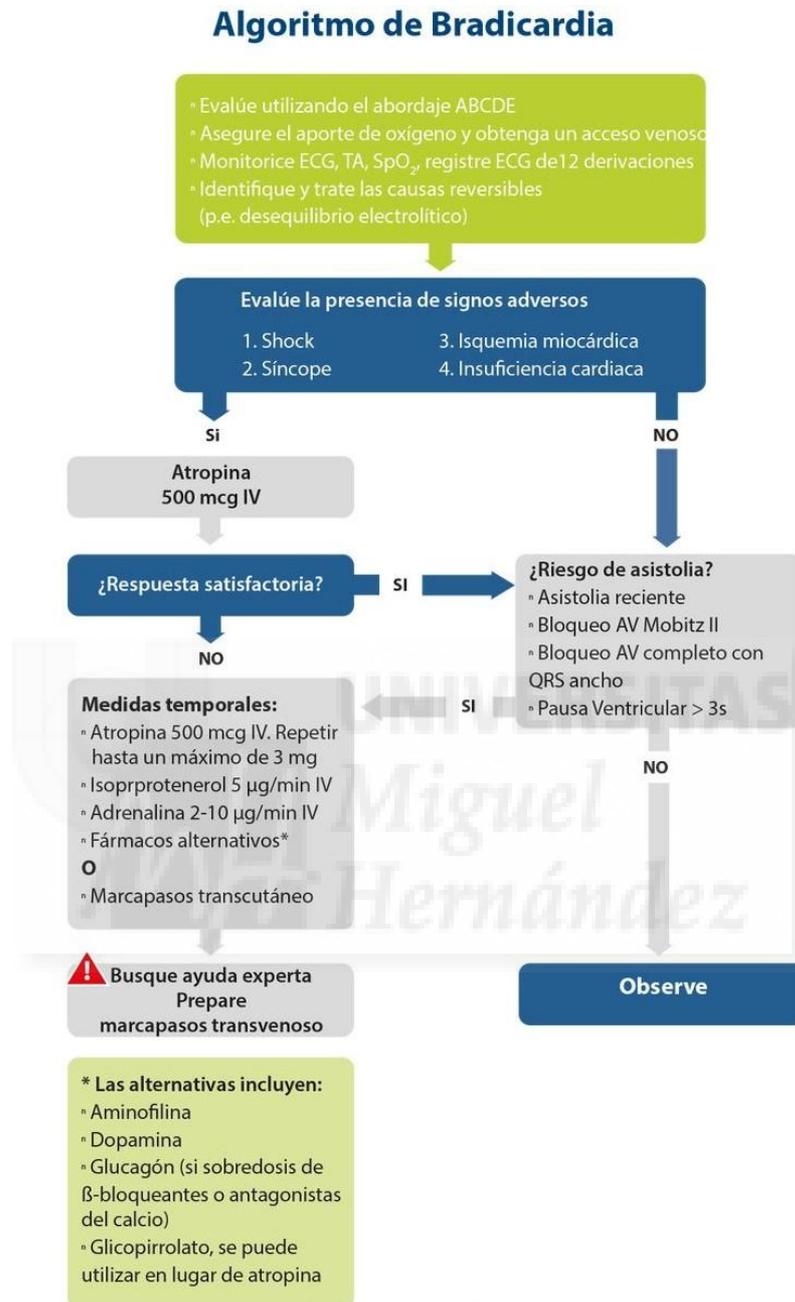
TRATAR LAS CAUSAS REVERSIBLES

- | | |
|-------------------|----------------------------------|
| Hipoxia | Trombosis – coronaria o pulmonar |
| Hipovolemia | Neumotórax a tensión |
| Hipo/hiperkalemia | Taponamiento cardiaco |
| Hipo/hipertermia | Tóxicos |

Considerar

- Ecografía
- Compresiones torácicas mecánicas para facilitar traslado/tratamiento
- Coronariografía e intervención coronaria percutánea

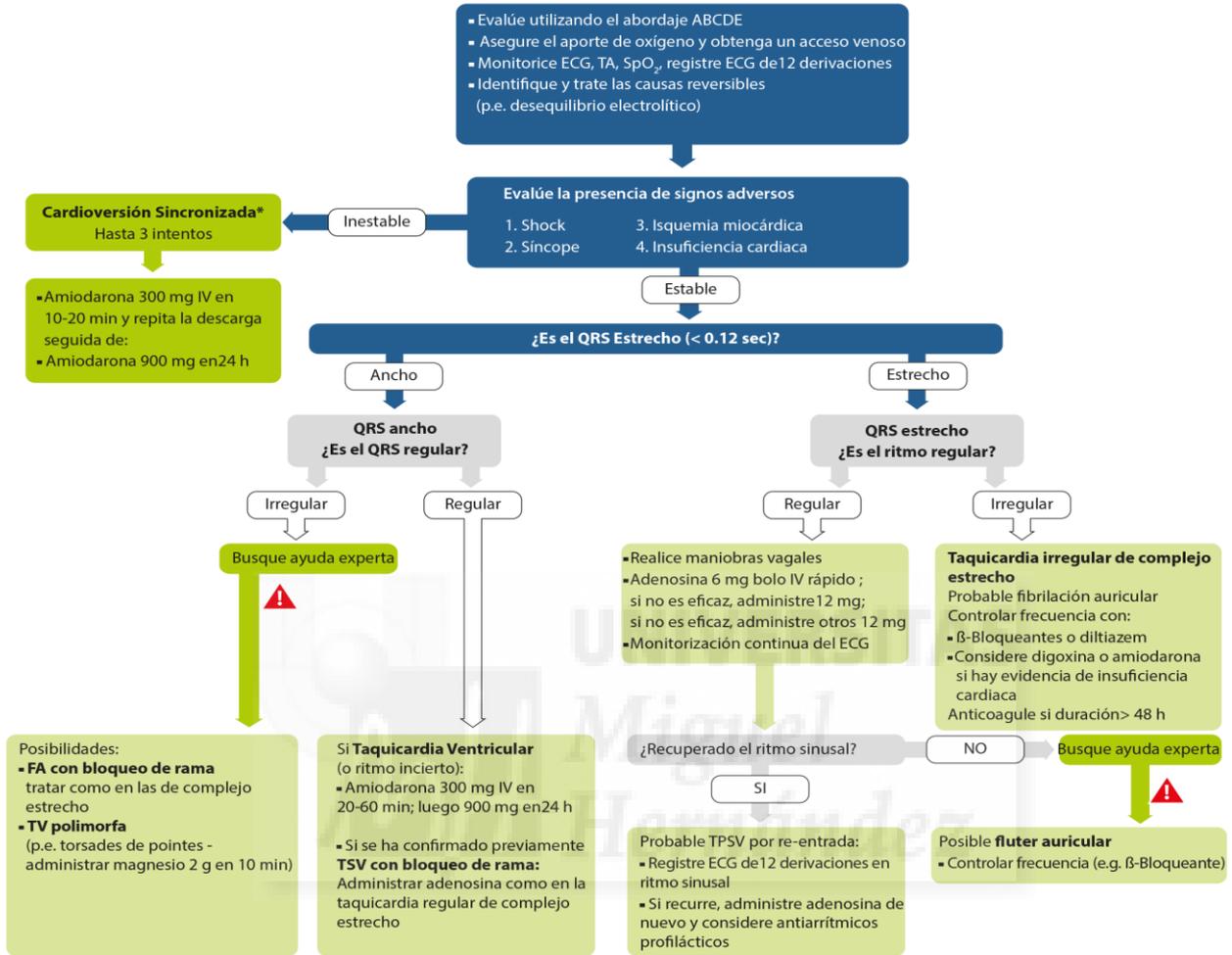
7.4. Algoritmo de manejo de la bradicardia



Algoritmo de bradicardia. ABCDE – vía Aérea, Respiración (B), Circulación, Discapacidad, Exposición; IV – intravenoso; SpO₂ – saturación de oxígeno medida por pulsioximetría; TA – tensión arterial; ECG – electrocardiograma; AV – aurículoventricular

7.5. Algoritmo de manejo de la taquicardia con pulso

Algoritmo de Taquicardia (con pulso)



*La cardioversión eléctrica en pacientes conscientes, se lleva siempre a cabo bajo sedación o anestesia general

Algoritmo de taquicardia. ABCDE - vía Aérea, Respiración (B), Circulación, Discapacidad, Exposición; IV - intravenoso; SpO₂ - saturación de oxígeno medida por pulsioximetría; TA - tensión arterial; ECG - electrocardiograma; CC - corriente continua; FA - fibrilación auricular; TV - taquicardia ventricular; TSV - taquicardia supraventricular; TPSV - taquicardia paroxística supraventricular

7.6. Herramientas de comunicación LLAMA y PAVO

LLAMA	PAVO	Contenido	Ejemplo
Llamo por:	Planteamiento	Preséntese y compruebe que habla con la persona correcta Identifique al paciente Indique cuál cree que es el problema actual Exponga aquello sobre lo que necesita consejo	Hola, soy el doctor García, el médico residente de guardia Le llamo desde Urgencias. Tengo un paciente con una neumonía grave que está séptico SatO2p 90% a pesar de oxígeno y no mejora
Antecedentes	Antecedentes	Antecedentes personales del paciente Motivo de ingreso o consulta Datos relevantes de la Historia Clínica	Tiene 55 años y previamente estaba sano. Tiene fiebre y tos desde hace dos días Ha llegado en ambulancia hace 15 minutos
Monitorización clínica	Signos Vitales	Incluya observaciones específicas y los resultados de la medición de los signos vitales basándose en el ABCDE	Tiene mal aspecto. Vía Aérea: es capaz de decir algunas palabras seguidas Respiración: Tiene una FR de 24rpm con crepitanes en campo izado. SatO2 90% con OAF Circulación: TA 110/60, FC 110lpm Discapacidad: está somnoliento Exposición: no tiene exantemas
Actitud	Orientación	Indique de forma explícita lo que quiere que haga la persona a la que llama. ¿Qué debo hacer y cuándo?	Le estoy administrando sueros IV y voy a empezar tratamiento antibiótico Necesito ayuda. Por favor, ¿puede venir a verle?

7.7. Contenido del Carro de RCP normalizado

MATERIAL PARA ACCESO VASCULAR	
Palomillas de 19, 21, 23, 25 G	2, 2, 2, 2
Catéter venoso nº 14, 16, 18, 20, 22, 24	2, 2, 2, 2, 2, 2
Sistema de percusión	2
Llave de 3 pasos	2
Aguja intraosea de 16, 18 G	2, 2
Compresores	2
Agujas iv, im, sc	5, 5, 5
Jeringas 1, 5 y 10 ml	5, 5, 5
Caja de guantes	1
Guantes estériles de varios tamaños	2 por talla
Gasas estériles	10
Esparadrapo/adhesivo	1
Fonendoscopio	1
Esfingomanómetro	1
MATERIAL PARA VÍA AEREA	
Bolsa auto hinchable con reservorio	1
Mascarilla facial transparente	M y G
Alargadera conexión oxígeno	2
Tubos traqueales nº 7, 8, 8.5	2 por nº
Mascarillas laringeas nº 4 y 5	1 por nº
Laringoscopio	1
Palas para laringoscopio curvas nº 3 y 4	1 por nº
Recambio de pilas y bombillas para laringoscopio	1
Pinzas de Magyl	1
Guía para incubación	1
Cánulas de Guedel nº 3 al 5	1 por nº
Sondas de aspiración 14, 16 y 18	2 por nº
Lubricante hidrófilo	1
Venda de gasa	1

FLUIDOS	
S. Fisiológico 0.9% 50/100 ml	2/2
S. Fisiológico 0.9% 500ml	4
S. Glucosado 5% 500ml	1
Bicarbonato 1M 250ml	1

FÁRMACOS	
Adenosina (amp 2ml con 6 mg)	5
Adenalina preparada 1mg	10
Amiodarona (amp 3ml con 150mg)	9
Atropina (amp 1ml con 1 mg)	3
Bicarbonato 1M (amp 10 ml)	5
Cloruro cálcico (amp 10ml con 270mg)	2
Flumaceniolo (amp 5ml con 0.5mg)	4
Glucosa 33% 10ml	6
Midazolam (amp 3ml con 15mg)	10
Naloxona (amp 1ml con 0.4mg)	5
Sulfato magnésico (amp 10ml 1.5g)	4

*Fármacos en nevera:

- Isoproterenol 0.2mg/1ml
- Rocuronio 100mg/10ml
- Succinilcolina 100mg/2ml

7.8. Ubicación de los desfibriladores

-PABELLÓN GENERAL (localización marcada en negrita)

	TORRE A	TORRE B	TORRE C	TORRE D
9 ^a	Cirugía General	Cirugía General	Módulo de seguridad	Capilla Dormitorios médicos
8 ^a	Medicina Interna	Medicina Interna Reumatología	Neurología	Unidad Enfermedades Infecciosas
7 ^a	Nefrología Agudos Trasplante	Cirugía Vascular Dermatología	Oncología	Hematología
6 ^a	Neurocirugía Unidad del sueño	Traumatología Unidad de rodilla	Traumatología	Cirugía Plástica Quemados
5 ^a	Cardiología	Cirugía Cardíaca Cirugía Torácica	Neumología	Oncología Pediátrica Cirugía Pediátrica
4 ^a	UCSI	Digestivo Endocrino	Digestivo UCE Digestivo	Pediatría Lactantes Neonatos
3 ^a	Otorrino	FIV	Ginecología	Obstetricia Partos
2 ^a	Quirófanos 10-18	REA	UCI	Administración Hemodinámica Radiodiagnóstico
1 ^a	Quirófanos 1-9	UCSI infantil CIME	Urgencias Generales Observación	Dirección Consultas pediátricas Urgencias pediatría Radiología pediatría
Baja	Salón de actos UDCA SAIP Trabajo social Docencia	Esterilización Farmacia Lencería	Preventiva Litotricia Cargos a terceros	Cafetería RMN Vestuarios
-1	Almacén general Biblioteca			

-CONSULTAS EXTERNAS (localización marcada en negrita)

	DERECHA CONSULTAS EXTERNAS Y EXPLORACIONES	CENTRO CONSULTAS EXTERNAS Y EXPLORACIONES	IZQUIERDA ÁREA ADMINISTRATIVA
8ª	Alergia Endocrinología Reumatología		Alergia Endocrinología Reumatología
7ª	Unidad del dolor Oncología Hematología	Urología Nefrología	Oncología Hematología Nefrología Urología Unidad del dolor
6ª	Neurología Neurofisiología Neurocirugía	Quirófano de dermatología	Neurología Neurofisiología Neurocirugía Dermatología
5ª	Neumología Cirugía Torácica Cirugía Cardíaca	Cardiología	Neumología Cirugía Torácica Cardiología Cirugía Cardíaca
4ª	Digestivo Cirugía General Cirugía Vascular Medicina Interna Oncología	Endoscopias	Digestivo Cirugía General Cirugía Vascular Medicina Interna
3ª	Oftalmología	Otorrino	Oftalmología Otorrino Cirugía Plástica
2ª	Hemodiálisis	Hospital de día UEI Polivalente UCIN	Anestesia
1ª	Traumatología	Hospital de día oncología infantil. Cirugía pediátrica	Consultas de obstetricia y ginecología Admisión
Baja	Rehabilitación	Rehabilitación Coordinación de trasplantes	Radiodiagnóstico ambulantes
-1	Anatomía patológica Biobanco	Mantenimiento	Vestuario Talleres

7.9. Hoja de registro de la PCR



Registro de PCR

www.registropcr.org

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS HOSPITAL

ETIQUETA IDENTIFICATIVA

CAMPOS OBLIGADOS* Campos Optativos Opción única Opción múltiple

IDENTIFICACION	PREVIO	ACTUACION	SEGUIMIENTO
<p>Identificación</p> <p>Nombre: <input type="text"/> Apellido 1: <input type="text"/> Apellido 2: <input type="text"/></p> <p>Nº Hª CLINICA*: <input type="text"/> País nacimiento: <input type="text"/> EDAD*: <input type="text"/></p> <p>SEXO*: <input type="radio"/> Varón <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Desconocido</p> <p>Identificador paciente: <input type="text"/></p> <p>Factores Riesgo Cardiovascular: <input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Desconocido</p> <p><input type="radio"/> Fumador <input type="checkbox"/> Dislipemia <input type="checkbox"/> Hipertension <input type="checkbox"/> Obesidad</p> <p><input type="radio"/> Exfumador <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Historia familiar <input type="checkbox"/> Otros</p>		<p>Domicilio</p> <p>País: <input type="text"/> Provincia: <input type="text"/> Municipio: <input type="text"/></p> <p>Domicilio: <input type="text"/> Código Postal: <input type="text"/></p> <p>Telefonos: <input type="text"/></p> <p>Otros antecedentes personales: <input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Desconocido</p> <p><input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Cirugía de Bypass <input type="checkbox"/> Angina <input type="checkbox"/> EPOC</p> <p><input type="checkbox"/> ACV <input type="checkbox"/> ICC <input type="checkbox"/> ICP <input type="checkbox"/> Otros</p> <p><input type="checkbox"/> Insuficiencia renal crónica <input type="checkbox"/> Marcapasos</p> <p><input type="checkbox"/> Isquemia vascular periférica <input type="checkbox"/> BRI</p>	
<p>LUGAR PARADA*</p> <p><input type="radio"/> UVI móvil <input type="radio"/> Quirofano/REA</p> <p><input type="radio"/> Planta cirugía general <input type="radio"/> Servicios hospitalarios comunes (Radiología, TAC,...)</p> <p><input type="radio"/> Planta cirugía cardiovascular <input type="radio"/> Urgencias</p> <p><input type="radio"/> Planta cardiología <input type="radio"/> UCI/UVI</p> <p><input type="radio"/> Planta neumología <input type="radio"/> Hemodinámica</p> <p><input type="radio"/> Planta medicina interna <input type="radio"/> Otro</p> <p><input type="radio"/> Planta otras <input type="radio"/> Desconocido</p>		<p>Actuación Previa Equipo RCP</p> <p>Intervente: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Personal sanitario</p> <p><input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> DAI</p> <p><input type="radio"/> Testigo-personal no sanitario <input type="radio"/> Otros</p> <p><input type="radio"/> Personal de cuerpos servicios públicos <input type="radio"/> Desconocido</p> <p>Soporte Vital Básico: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>Duración estimada: <input type="text"/> min</p> <p>Desfibrilación: <input type="radio"/> No realizada <input type="radio"/> Desconocido <input type="radio"/> DAI</p> <p><input type="radio"/> Semiautom. ext. (DESA) sin choque realizado</p> <p><input type="radio"/> Semiautom. ext. (DESA) con choque realizado</p>	
<p>Testigo parada</p> <p><input type="radio"/> No presenciada <input type="radio"/> Enfermería-ATS-DUE</p> <p><input type="radio"/> Testigo-Familiar-Personal no sanitario <input type="radio"/> Médico</p> <p><input type="radio"/> Equipo de emergencias (061/Similar) <input type="radio"/> Otro personal sanitario</p> <p><input type="radio"/> Otros equipos de urgencias <input type="radio"/> Monitorizado</p> <p><input type="radio"/> Otros <input type="radio"/> Otros</p>		<p>Hora parada: fecha.....hora.....:.....</p> <p>Llamada equipo RCP: fecha.....hora.....:.....</p> <p>Hora 1ª análisis ritmo: fecha.....hora.....:.....</p> <p>Llegada equipo: fecha.....hora.....:.....</p> <p>REALIZACIÓN RCP?* <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No, Considerado fútil</p> <p><input type="radio"/> No, Orden no reanimar <input type="radio"/> No, Otros <input type="radio"/> Desconocido</p> <p>Ritmo cardíaco llegada: <input type="radio"/> FV <input type="radio"/> TV <input type="radio"/> Asistolia <input type="radio"/> Otros</p> <p><input type="radio"/> Actividad eléctrica sin pulso/DEM</p> <p><input type="radio"/> Bradicardia extrema <input type="radio"/> Desconocido</p> <p>Etiología parada: <input type="radio"/> Cardíaca</p> <p><input type="radio"/> Respiratoria <input type="radio"/> Neurológica</p> <p><input type="radio"/> Traumática <input type="radio"/> Farmacológica</p> <p><input type="radio"/> Ahogamiento <input type="radio"/> Otros <input type="radio"/> Desconocida</p>	
<p>COMIENZO RCP*: fecha.....hora.....:.....</p> <p>Fin RCP: fecha.....hora.....:.....</p>		<p>Actuación Equipo RCP</p> <p>Soporte vital básico: <input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> No realizado</p> <p><input type="radio"/> Realizado, ratio no conocido <input type="radio"/> Realizado, ratio 30/2</p> <p><input type="radio"/> Realizado, ratio 60/1 <input type="radio"/> Realizado, otro ratio <input type="radio"/> Desconocido</p> <p>Duración estimada: <input type="text"/> min</p> <p>Desfibrilación Tipo: <input type="radio"/> DAI <input type="radio"/> Semiautom.ext.(DESA) sin choque</p> <p><input type="radio"/> Semiautom.ext.(DESA) con choque <input type="radio"/> Manual <input type="radio"/> Automático <input type="radio"/> Desconocido</p> <p>Choques: <input type="text"/></p> <p>Hora DF: fecha.....hora.....:.....</p> <p><input type="checkbox"/> Masaje previo DF Tipo onda: <input type="radio"/> Monofásica <input type="radio"/> Bifásica <input type="radio"/> Otros <input type="radio"/> Desconocida</p> <p>Aislamiento vía aérea: <input type="radio"/> No realizado <input type="radio"/> IOT-intubación <input type="radio"/> Combitube</p> <p><input type="radio"/> Fast track <input type="radio"/> Mascarilla laríngea</p> <p><input type="radio"/> Otros <input type="radio"/> Desconocido</p> <p>Hora aislamiento: fecha.....hora.....:.....</p>	
<p>Alta hospitalaria</p> <p>FUNCION CEREBRAL- ESTADO*</p> <p><input type="radio"/> Buen estado</p> <p><input type="radio"/> Incapacidad moderada</p> <p><input type="radio"/> Incapacidad severa</p> <p><input type="radio"/> Coma, estado vegetativo</p> <p><input type="radio"/> Muerto</p> <p><input type="radio"/> Otros <input type="radio"/> Desconocido</p>		<p>FECHA ALTA/EXITUS*</p> <p>.....</p> <p>Causa exitus:</p> <p><input type="radio"/> Coronaria <input type="radio"/> Trauma</p> <p><input type="radio"/> Cáncer <input type="radio"/> Otras</p> <p><input type="radio"/> Desconocida</p>	
		<p>Diagnóstico</p> <p><input type="radio"/> IAM anterior <input type="radio"/> SCA sin elevación ST</p> <p><input type="radio"/> IAM inferior <input type="radio"/> Angina inestable</p> <p><input type="radio"/> IAM lateral <input type="radio"/> IAM posterior</p> <p><input type="radio"/> IAM inferoposterior/Inferolateral <input type="radio"/> Parada cardiorrespiratoria</p> <p><input type="radio"/> IAM no especificado <input type="radio"/> Otros</p>	
		<p>Tratamientos</p> <p><input type="checkbox"/> Fibrinolisis</p> <p><input type="checkbox"/> ICP</p> <p><input type="checkbox"/> Hipotermia</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p><input type="checkbox"/> Otros</p> <p><input type="checkbox"/> Desconocido</p>	

7.10. Documento de Voluntades Anticipadas

 DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES (MODEL PROPOSTAT PER LA CONSELLERIA DE SANITAT) DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS (MODELO PROPUESTO POR LA CONSELLERIA DE SANIDAD)	
A DADES DEL SOL-LICITANT / DATOS DEL SOLICITANTE	
COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE
DNI / NIE / PASSAPORT DNI / NIE / PASAPORTE	NUM. SIP / Nº SIP
B DECLARACIÓ / DECLARACIÓN	
<p>Fent ús del dret que li reconeix l'article 17 de la Llei 1/2003, de 28 de gener, de la Generalitat, de Drets i Informació al Pacient, sobre voluntats anticipades la persona sol·licitant, major d'edat o menor emancipat, amb plena capacitat d'obrar, després d'una llarga reflexió i actuant lliurement, fa de forma documental les expressions següents de les seues VOLUNTATS ANTICIPADES:</p> <p><i>En virtud del derecho que le reconoce el artículo 17 de la Ley 1/2003 de 28 de enero, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente, sobre Voluntades Anticipadas la persona solicitante, mayor de edad o menor emancipado, con plena capacidad de obrar, tras prolongada reflexión y actuando libremente, realiza de forma documental las siguientes expresiones de sus VOLUNTADES ANTICIPADAS:</i></p> <p>DECLARA que si en el futur està incapacitat per a prendre o manifestar decisions sobre la seua atenció mèdica, com a conseqüència del seu deteriorament físic o mental per alguna de les situacions que s'indiquen a continuació:</p> <p>DECLARA que si en un futur està incapacitat per a prendre o manifestar decisions sobre el seu cuidador mèdic, com a conseqüència de su deterioro físico y/o mental por alguna de las situaciones que se indican a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Càncer disseminat en fase avançada. <i>Cáncer diseminado en fase avanzada.</i> - Dany cerebral sever i irreversible. <i>Daño cerebral severo e irreversible.</i> - Demència severa deguda a qualsevol causa. <i>Demencia severa deguda a cualquier causa.</i> - Danys encefàlics severos (coma irreversible, estat vegetatiu persistent i prolongat). <i>Dañs encefálicos severos (coma irreversible, estado vegetativo persistente y prolongado).</i> - Malaltia degenerativa del sistema nerviós o muscular, en fase avançada, amb limitació important de la meua mobilitat i falta de resposta positiva al tractament. <i>Enfermedad degenerativa del sistema nervioso y/o muscular, en fase avanzada, con importante limitación de mi movilidad y falta de respuesta positiva al tratamiento.</i> - Malaltia immunodeficient en fase avançada. <i>Enfermedad inmunodeficiente en fase avanzada.</i> - Malalties o situacions de gravetat comparable a les anteriors. <i>Enfermedades o situaciones de gravedad comparable a las anteriores.</i> - Qualsevol altra de semblant. <i>En cualquier otra similar.</i> <p>Tenint en compte que per al seu projecte vital és molt important la qualitat de vida, és el seu desig que la seua vida no es prolongue, per si mateixa, quan la situació és ja irreversible. <i>Teniendo en cuenta que para su proyecto vital es muy importante la calidad de vida, es su deseo que su vida no se prolongue, por si misma, cuando la situación es ya irreversible.</i></p> <p>Tenint en compte el que ha exposat, i d'acord amb els criteris assenyalats, és la seua voluntat que si, segons el parer dels metges que aleshores l'atenguen (dels quals almenys un siga especialista), no hi ha expectatives de recuperació sense que se'n seguiscuen seqüeles que impedisquen una vida digna segons el que enté, la seua voluntat és que: <i>Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, y de acuerdo con los criterios señalados, es su voluntad que, si a juicio de los médicos que entonces le atiendan (siendo por lo menos uno de ellos especialista) no hay expectativas de recuperación sin que se sigan secuelas que impidan una vida digna según lo entiende, su voluntad es que:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No siguen aplicades –o bé que es retiren si ja han començat a aplicar-se– mesures de suport vital o qualssevol altres que intenten prolongar la seua supervivència. <i>No sean aplicadas –o bien que se retiren si ya han empezado a aplicarse– medidas de soporte vital o cualquier otra que intenten prolongar su supervivencia.</i> 2. S'instauraen les mesures que siguen necessàries per al control de qualsevol símptoma que pugui ser causa de dolor o de patiment. <i>Se instauran las medidas que sean necesarias para el control de cualquier síntoma que pueda ser causa de dolor, o sufrimiento.</i> 3. Se li preste una assistència necessària per a proporcionar-li un final digne de la vida, amb el màxim alleujament del dolor, sempre que no resulte contrària a la bona pràctica clínica. <i>Se le preste una asistencia necesaria para proporcionarle un digno final de su vida, con el máximo alivio del dolor, siempre y cuando no resulten contrarias a la buena práctica clínica.</i> 4. No se li administren tractaments complementaris i teràpies no contrastades que no demostren l'efectivitat per a la seua recuperació i que li prolonguen inútilment la vida. <i>No se le administren tratamientos complementarios y terapias no contrastadas, que no demuestren su efectividad para su recuperación y prolonguen fútilmente su vida.</i> <p>Per a registrar un document de voluntats anticipades ha de presentar-se en qualsevol dels organismes autoritzats per a això:</p> <p>VALÈNCIA: - Servei d'Atenció i Informació al Pacient (SAIP) de tots els hospitals públics de la província. - Direcció Territorial de Sanitat: Gran Via Ferran el Catòlic, 74. 46008 València. - Conselleria de Sanitat, Direcció General de Qualitat i Atenció al Pacient: C/ Misser Mascó, 31 33. 46010 València.</p> <p>CASTELLÓ: - Servei d'Atenció i Informació al Pacient (SAIP) de tots els hospitals públics de la província. - Direcció Territorial de Sanitat: Plaça Hort dels Corders, 12. 12001 Castelló de la Plana.</p> <p>ALACANT: - Servei d'Atenció i Informació al Pacient (SAIP) de tots els hospitals públics de la província. - Direcció Territorial de Sanitat: C/ Girona, 26. 03001 Alacant.</p> <p><i>Para registrar un documento de voluntades anticipadas debe presentarse en cualquiera de los organismos autorizados para ello:</i></p> <p>VALÈNCIA: - Servicio de Atención e Información al Paciente (SAIP) de todos los hospitales públicos de la provincia. - Dirección Territorial de Sanidad: Gran Vía Ferrando el Católico, 74. 46008 Valencia. - Conselleria de Sanidad, Dirección General de Calidad y Atención al Paciente: C/ Micer Mascó, 31 33. 46010 Valencia.</p> <p>CASTELLÓN: - Servicio de Atención e Información al Paciente (SAIP) de todos los hospitales públicos de la provincia. - Dirección Territorial de Sanidad: Plaza Hort dels Corders, 12. 12001 Castellón de la Plana.</p> <p>ALICANTE: - Servicio de Atención e Información al Paciente (SAIP) de todos los hospitales públicos de la provincia. - Dirección Territorial de Sanidad: C/ Girona, 26. 03001 Alicante.</p> <p>Les dades personals arrellegades seran incorporades i tractades en el fitxer "Volant registros", la finalitat del qual és la gestió i el control sanitari de les voluntats anticipades dels pacients. No es preveuen cessions de dades a tercers, excepte les expressament previstes en la llei. L'òrgan responsable del fitxer és la Conselleria de Sanitat, i l'adreça on la persona interessada pot exercir els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició és la Conselleria de Sanitat, Direcció General de Qualitat i Atenció al Pacient, carrer del Misser Mascó 31-33, 46010 València, telèfon. 96 386 66 00. De tot això s'informa en compliment de l'article 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal.</p> <p><i>Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Volant registros", cuya finalidad es la gestión y el control sanitario de las voluntades anticipadas de los pacientes. No se prevén cesiones de estos datos a terceros, salvo las expresamente previstas en la Ley. El órgano responsable del fichero es la Conselleria de Sanitat, y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es la Conselleria de Sanitat, D. G. de Calidad y Atención al Paciente, calle Micer Mascó, 31-33, 46010 Valencia, Teléfono. 96 386 66 00, todo lo cual se informa en el cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.</i></p>	

REGISTRE CENTRALITZAT DE VOLUNTATS ANTICIPADES DE LA COMUNITAT VALENCIANA
REGISTRO CENTRALIZADO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

02/10/09

CJAAPP - IAC

DIN - A4



**DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES
(MODEL PROPOSAT PER LA CONSELLERIA DE SANITAT)**

**DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS
(MODELO PROPUESTO POR LA CONSELLERIA DE SANIDAD)**

C INSTRUCCIONS / INSTRUCCIONES

Altres instruccions que desitja que es tinguen en compte:
Otras instrucciones que desea que se tengan en cuenta:

DONACIÓ D'ÒRGANS I TEIXITS / DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

DONACIÓ DEL COS A LA CIÈNCIA / DONACIÓN DEL CUERPO A LA CIENCIA

LOC ON VOL QUE SE L'ATENGA EN EL FINAL DE LA SEUA VIDA (CASA, HOSPITAL...)/ LUGAR DONDE QUIERE QUE SE LE ATIENDA EN EL FINAL DE SU VIDA (DOMICILIO, HOSPITAL...)

DESITJA REBRE ASSISTÈNCIA ESPIRITUAL / DESEA RECIBIR ASISTENCIA ESPIRITUAL

ALTRES / OTRAS

_____, ____ d _____ del _____
La persona sol·licitant / La persona solicitante

Firma: _____

D NOMENAMENT DE REPRESENTANT / NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE

DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT / DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE		
COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI / NIF / PASSAPORT DNI / NIF / PASAPORTE
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFONS / TELÉFONOS

Designa com a representant a la persona anterior, perquè faça en el seu nom la interpretació que puga ser necessària, sempre que no es contradiga amb cap de les voluntats anticipades que consten en este document, i també per a vetlar per l'aplicació estricta del que declara. Esta persona ha de ser considerada com a interlocutora vàlida i necessària amb l'equip sanitari responsable de la seua assistència, per a prendre decisions en el seu nom, ser responsable de la seua assistència i garant de la seua voluntat expressada en este document.

Designa su representante a la persona anterior, para que realice en su nombre la interpretación que pueda ser necesaria, siempre que no se contradiga con ninguna de las voluntades anticipadas que constan en este documento, así como para velar por la aplicación estricta de lo contenido en él. La misma deberá ser considerada como interlocutora válida y necesaria con el equipo sanitario responsable de su asistencia, para tomar decisiones en su nombre, ser responsable de su asistencia y garantizadora de su voluntad expresada en el presente documento.



**DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES
(MODEL PROPOSTAT PER LA CONSELLERIA DE SANITAT)**

**DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS
(MODELO PROPUESTO POR LA CONSELLERIA DE SANIDAD)**

E ACCEPTACIÓ DEL REPRESENTANT (opcional) / ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE (opcional)

DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI / NIF / PASSAPORT DNI / NIF / PASAPORTE
---------------------	--------------	--

Accepta la designació i està d'acord a ser el representant de la persona anterior, en el cas que ell/ella no puga expressar els seus desitjos respecte a la seua atenció sanitària. Comprén les directrius expressades en este document per la persona que representa i està d'acord a seguir-les. Entén que la seua representació només té sentit en el cas que la persona a qui representa no puga expressar ella mateixa estes directrius i en el cas que no haja revocat prèviament este document, bé totalment o bé en la part que l'afecta.

Accepta la designación y está de acuerdo en ser el representante de la persona anterior en el caso de que esta no pueda expresar sus deseos con respecto a su atención sanitaria. Comprende y está de acuerdo en seguir las directrices expresadas en este documento por la persona que representa. Entiende que su representación solamente tiene sentido en el caso de que la persona a quien representa no pueda expresar ella misma estas directrices y en el caso de que no haya revocado previamente este documento, bien en su totalidad o en la parte que le afecta.

_____, d _____ del _____

La persona representant / La persona representante

Firma: _____

DNI: _____

F DECLARACIÓ DELS TESTIMONIS / DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS

Els sotasignats, majors d'edat, declaren que la persona que signa este document de voluntats anticipades ho fa plenament conscient, sense que hagen pogut apreciar cap tipus de coacció en la seua decisió.

Així mateix, les persones sotasignades com a testimonis primer i segon, declaren que no tenen cap tipus de vincle familiar o patrimonial amb la persona que signa este document.

Los abajo firmantes, mayores de edad, declaran que la persona que firma este documento de voluntades anticipadas lo ha hecho plenamente consciente, sin que hayan podido apreciar ningún tipo de coacción en su decisión.

Asimismo, de los tres testigos, los firmantes como testigos primero y segundo, declaran no mantener ningún tipo de vínculo familiar o patrimonial con la persona que firma este documento.

_____, d _____ del _____, _____ d _____ del _____

Testimoni primer / Testigo primero

Testimoni segon / Testigo segundo

Firma: _____

Firma: _____

DNI: _____

DNI: _____

Adreça:
Dirección: _____

Adreça:
Dirección: _____

_____, d _____ del _____

Testimoni tercer / Testigo tercero

Firma: _____

DNI: _____

Adreça:
Dirección: _____

CJAA/PP - IAC
DIN - A4