



semFYC

Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria



CURSO DE

GUAC-semFYC

**SOPORTE VITAL BÁSICO
Y
DEFIBRILACIÓN EXTERNA
AUTOMÁTICA**

Recomendaciones ERC 2010

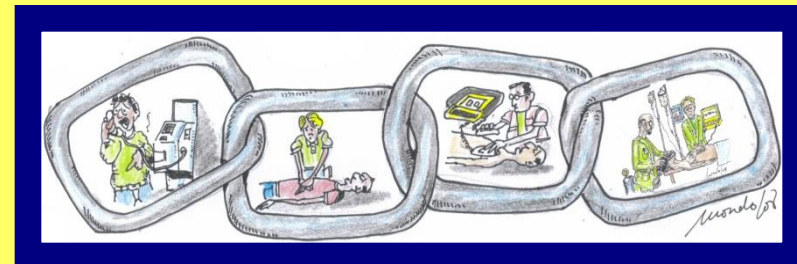
CURSO DE SVB Y DEA



VII. REGISTRO DE LA PCR. ESTILO UTSTEIN

CONTENIDO

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. REGISTRO DE PCRs**
- 3. RESUMEN**



INTRODUCCIÓN

**ANTE UNA EMERGENCIA HAY QUE
AVISAR Y ACTUAR PRONTO**

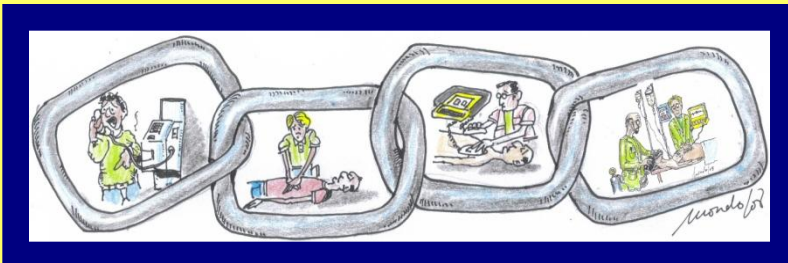


**SI SE CONOCE CÓMO SE ACTÚA,
ES POSIBLE MEJORAR**

REGISTRO DE LA PCR

**EL REGISTRO DEL USO DEL DEA
PERMITE:**

- **CONOCER LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA PCR**
- **CONOCER CÓMO SE HACE LA RCP/DEA**
- **CONOCER LA EFICACIA DE LO HECHO**
 - **PLANIFICAR**
 - **MEJORAR**



ESTILO UTSTEIN

ABADÍA DE UTSTEIN (NORUEGA) AÑO 1990



CONSENSO SOBRE REGISTRO:

- EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL
- AMERICAN HEART ASSOCIATION
- HEART AND STROKE FOUNDATION OF CANADA
- AUSTRALIAN RESUSCITATION COUNCIL

REGISTRO DE LA PCR

DATOS BÁSICOS DE LA PCR Y DE LA RCP

Fecha/Hora PCR: _____ / _____ Causa PCR _____

Hora inicio RCP _____ RCPB RCPI RCPA

1^{er} interviniente _____

Hora llegada Equipo Soporte Vital Avanzado (ESVA) _____

Ritmo ECG 1° FV TV Asistolia DEM

Hora 1ª Desfibrilación: _____ Manual DESA Automática

Aislamiento vía aérea Aporte de O₂ HORA _____

Hora terminación RCP: _____

REGISTRO DE LA PCR

DATOS ESENCIALES:

- VÍCTIMA
- LUGAR
- HORA
- PRESENCIADO (O NO)
- ACTUACIONES
- RESULTADO

REGISTRO DE PARO CARDIO-RESPIRATORIO EXTRAHOSPITALARIO										
1. NOMBRE PACIENTE _____ Edad _____										
Identificación N° _____ Sexo: M F Fecha del Evento: Día _____ Mes _____ Año _____										
2. SITIO DE OCURRENCIA DEL EVENTO: Residencia _____ Lugar Público _____										
Via Pública _____ Sitio de trabajo _____										
Ambulancia _____ Otro _____										
3. PRESENCIADO POR: Público <input type="checkbox"/> Grupo A.P.H. <input type="checkbox"/> No Presenciado <input type="checkbox"/>										
4. Se alertó al sistema de Emergencias o se llamó a la Ambulancia: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>										
5. RCP No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>										
Registro de Tiempo	Pérdida de la Conciencia	Llamada a la Ambulancia	Detección de la Ambulancia	Primer Intento de RCP	Primer intento de RCP por Grupo APH	Primera Desfibrilación	Recuperación De Pulso	Llegada al Hospital	Suspensión de la RCP	
Hora										
6. HORA DE LOS SUCESOS:										
7. CAUSA PROBABLE DESENCADENANTE DEL PARO: Cardíaca <input type="checkbox"/> No Cardíaca <input type="checkbox"/> Atoramiento <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Otra _____										
8. RITMO INICIAL DETECTADO Fibrilación Ventricular/Taquicardia Ventricular _____ Sin Pulso <input type="checkbox"/> Asistolia <input type="checkbox"/> Otra _____ No Evaluado <input type="checkbox"/>										
9. RECUPERACION DEL PULSO No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>										
10. TRATAMIENTO REALIZADO AL PACIENTE: Indique las maniobras realizadas										
Asistencia Ventilatoria: Boca a Boca <input type="checkbox"/>										
Mascarilla Facial +AMBU® <input type="checkbox"/>										
Intubación Orotraqueal <input type="checkbox"/> Otra _____										
Masaje Cardíaco No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Tiempo _____										
Desfibrilación No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> N° de Descargas _____										
Epinefrina No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Via: Traqueal <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Otra _____										
Otro Medicamento _____										
11. INGRESO AL HOSPITAL										
Vivo <input type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/> No Llevado al Hospital <input type="checkbox"/>										
Institución Receptora _____ Cod. MinSalud _____										
Unidad que Realizó el Traslado _____										
Formulario Diligenciado por _____ Cargo _____										

RESUMEN

ANTE UNA EMERGENCIA HAY QUE REGISTRAR LA ACTIVIDAD

REGISTRO DE PARO CARDIO-RESPIRATORIO EXTRAHOSPITALARIO

- NOMBRE PACIENTE** _____ Edad _____
Identificación Nº _____ Sexo: M F Fecha del Evento: Día _____ Mes _____ Año _____
- SITIO DE OCURRENCIA DEL EVENTO:** Residencia Lugar Público
Vía Pública Sitio de trabajo
Ambulancia Otro _____
- PRESENCIADO POR:** Público Grupo A.P.H. No Presenciado
- Se alertó al sistema de Emergencias o se llamó a la Ambulancia: No Sí
- RCP** No Sí

Registro de Tiempo	Pérdida de la Conciencia	Llamado a la Ambulancia	Detección de la Ambulancia	Primer Intento de RCP	Primer Intento de RCP por Grupo A.P.H.	Primera Desfibrilación	Recuperación de Pulso	Llegada al Hospital	Tiempo de la

- HORA DE LOS SUCESOS:** _____
- CAUSA PROBABLE DESENCADENANTE DEL PARO:**
Cardíaca No Cardíaca Atoramiento Trauma
Otra _____
- RITMO INICIAL DETECTADO**
Fibrilación Ventricular/ Taquicardia Ventricular Sin Pulso Asistolia
Otro _____ No Evaluado
- RECUPERACION DEL PULSO** No Sí
- TRATAMIENTO REALIZADO AL PACIENTE:** Indique las maniobras realizadas
Asistencia Ventilatoria: Boca a Boca
Mascarilla Facial + AMBU
Inubación Orotraqueal Otra _____
Masaje Cardíaco No Sí Tiempo _____
Desfibrilación No Sí Nº de Descargas _____
Epinefrina No Sí Vía: Traqueal Venosa Otra _____
Otro Medicamento _____
- INGRESO AL HOSPITAL**
Vivo Muerto No Llevado al Hospital
Institución Receptora _____ Cod. MinSalud _____
Unidad que Realizó el Tratamiento _____
Formulario Diligenciado por _____ Cargo _____



SI SE CONOCE CÓMO SE ACTÚA, ES POSIBLE MEJORAR