

A detailed, close-up photograph of a leaf's venation system, showing a complex network of veins in shades of brown and tan against a light background. The veins are arranged in a hierarchical pattern, with a prominent midrib and secondary veins branching off, and a fine network of tertiary veins filling the spaces.

• DOCUMENTACIÓN ADICIONAL

13



Memoria de Actividades 2008

13.1. Estatutos del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

(Ver documento adjunto)



Memoria de Actividades 2008

13.2. Revistas Editadas en 2008

(Ver documento adjunto)



Memoria de Actividades 2008

13.3. Encomienda de Gestión

(Ver documento adjunto)



13.4. Programa para la Organización de la Atención de Pacientes Críticos

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR INTRAHOSPITALARIA

Valencia Mayo 2007- Mayo 2008

ÍNDICE

Introducción

Programa de organización

Definición de Paciente Crítico

Pacientes que no deben reanimarse

Pacientes que deben reanimarse

Algoritmo de atención al paciente crítico

Reanimación inicial

Estabilización

Traslado del enfermo recuperado

Equipo humano

Sistema de comunicación

Revisión/mantenimiento carro de RCP

Mantenimiento del carro de RCP

Mantenimiento del desfibrilador

Mantenimiento después de cada utilización

Revisión técnica por el servicio de bioingeniería

Recogida y el análisis de los datos

ANEXOS

1. Localización de los carros de Reanimación Cardiopulmonar
2. Localización de desfibriladores para Reanimación Cardiopulmonar.
3. Dotación de carro de Reanimación Cardiopulmonar.
4. Hoja de registro de operaciones de mantenimiento del carro de RCP.
5. Planos Hospitalarios de ubicación de los carros de RCP y Desfibriladores.

INTRODUCCIÓN

Este manual describe el PROGRAMA PARA LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN SITUACIÓN CRÍTICA Y EL SISTEMA DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) INTRAHOSPITALARIA del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGU).

La existencia y funcionamiento del programa debe ser conocido por todo el personal médico y de enfermería, y en general por todas aquellas personas que trabajan en cualquiera de las áreas clínicas del hospital.

Son requisitos indispensables para conseguir la implementación del Programa:



Memoria de Actividades 2008

- Proporcionar la información sobre el mismo en la documentación de bienvenida entregada a cualquier personal de nueva incorporación en el hospital
- Exponer en todas las salas de hospitalización y consultas externas del hospital carteles explicativos de las maniobras básicas de reanimación y procedimiento de llamada a los servicios especializados. Adherir a todos los teléfonos del CHGU una pegatina con el número de teléfono de llamada.
- Colocar en un sitio visible en cada unidad de enfermería el manual de procedimiento para facilitar la consulta

El programa de RCP es de todo el hospital y no de un servicio en particular. Su adecuado funcionamiento debe ser entendido como una medida prioritaria en la consecución de los objetivos de calidad asistencial.

Programa de Organización

La asistencia al paciente en riesgo vital (antes Reanimación Cardiopulmonar) precisa una intervención sistematizada que ha probado su eficacia tanto en el medio extrahospitalario como en el hospitalario.

Existe uniformidad desde hace años en considerar la necesidad de organizar su administración para que este sea eficaz. Esta organización se justifica por la necesidad de aplicar una serie de

actuaciones correctamente, establecer prioridades en situación de emergencia, disminuir el estrés para los profesionales y estandarizar su enseñanza.

La creación de un programa de Atención al paciente en situación crítica garantiza un mecanismo de provisión de soporte vital que no solo depende de las habilidades y conocimientos de los profesionales y que tiene como OBJETIVO básico reducir la mortalidad de esta grave situación clínica en los pacientes del hospital, mediante:

1. La identificación de los pacientes en riesgo de sufrir un paro cardiorrespiratorio con el fin de extremar su vigilancia.
2. La posibilidad de iniciar rápidamente las maniobras de reanimación adecuadas tan pronto como se produce el paro.
3. La disponibilidad de un sistema con personal adiestrado y el material necesario para instaurar el tratamiento definitivo.

Este sistema se ha de diseñar atendiendo a las actuaciones recomendadas y a su priorización, este conjunto de acciones ordenadas se conoce como cadena de supervivencia y consta de 4 eslabones:

1. Activación del sistema de emergencias. Identificación de la situación de Paro. La activación del sistema presupone el conocimiento del mismo.
2. Reanimación Cardiopulmonar (RCP) básica. Inicio inmediato de maniobras para mantener un flujo sanguíneo capaz de mantener la viabilidad de los principales órganos.



Memoria de Actividades 2008

3. Desfibrilación precoz. Es la acción más eficaz para revertir FV/TV. El buen pronóstico de la desfibrilación precoz ha hecho que cada vez se facilite más su uso.

4. El soporte vital avanzado es el último eslabón y se basa en la necesidad de estabilizar primero y actuar sobre las causas que lo han desencadenado.

En un programa de respuesta a las emergencias cardiorrespiratorias, los principales aspectos son:

- a) Política, procedimiento, proceso o protocolos apropiados
- b) Equipamiento adecuado estratégicamente situado
- c) Personal entrenado y competente en RCP
- d) Recogida sistematizada de datos y análisis de información y programación de mejora continua.

La concepción de cadena de supervivencia corresponde a la parada extrahospitalaria, pero su base conceptual es igualmente aplicable en el hospital.

El hospital debe crear y mantener un plan de respuesta coordinada y multidisciplinaria para la atención de las emergencias cardiopulmonares.

Los SEIS componentes básicos del plan son:

1. Detección de pacientes en riesgo de desarrollar una situación crítica (emergencia cardiopulmonar).
2. Equipo humano: los profesionales sanitarios encargados de la RCP.

3. Sistema de comunicación que garantiza la activación inmediata del sistema.

4. Material necesario para llevar a cabo la reanimación.

5. Traslado del enfermo recuperado.

6. Recogida y análisis de los datos.

Detección de pacientes en riesgo de desarrollar situación crítica (emergencia cardiopulmonar)

El tratamiento más eficaz de una situación crítica es su prevención. Para ello, es imprescindible identificar los enfermos que por su situación clínica están en riesgo de padecerla y decidir con antelación la actitud a tomar, distinguiendo entre enfermos terminales y pacientes en los que debe intentarse la reanimación. Esta responsabilidad corresponde al personal médico de la sala en donde se encuentre ingresado el paciente.

Se entiende por PACIENTE CRITICO, independientemente de la causa clínica subyacente, aquel que presenta:

Parada cardiorrespiratoria

Parada respiratoria

Arritmia cardiaca grave

Inestabilidad hemodinámica, respiratoria ó neurológica, del que se espera un empeoramiento inmediato



Memoria de Actividades 2008

Pacientes que no deben reanimarse

La decisión de no aplicar las maniobras de RCP en un enfermo, debe tomarla el médico responsable del mismo tras consulta o discusión con los otros miembros del equipo, con el propio paciente o con la familia del mismo. Se consideran pacientes terminales aquellos cuya enfermedad es irreversible, ha producido alteraciones irreparables y la muerte parece inminente.

El personal de enfermería de la unidad debe estar informado de esta decisión y la situación del paciente debe figurar con suficiente claridad en sitio claro y específico de todas las historias clínicas; para ello deben escribirse las siglas E.I.N.R. (enfermedad irreversible, no reanimable), en la página de problemas de la historia clínica y en el dossier de enfermería, acompañadas de la firma del médico. La inclusión de un paciente en esta categoría no indica la supresión de otros tratamientos o cuidados de enfermería.

En cualquier caso se debe iniciar RCP ante el desconocimiento de la posibilidad de la situación de EINR.

Pacientes que deben reanimarse

En todos los pacientes en situación crítica y que no entran en el apartado anterior deben iniciarse las maniobras de reanimación inmediatamente. Cuando se considere que un enfermo tiene un elevado riesgo de padecer una PCR debe

comunicarse a su médico responsable o al médico de guardia de la especialidad a la cual se encuentra asignado el paciente. En estas circunstancias se recomienda:

- a) Realizar un traslado estratégico para situar al paciente en una habitación cercana al área de enfermería y en una cama adecuada si es posible (sin cabezal).
- b) Canalizar una vena, y si es posible un catéter central.
- c) Controles de enfermería más frecuentes.
- d) Comunicarlo al médico de guardia de la especialidad responsable del proceso del paciente.
- e) Control por parte del médico de guardia del servicio o el médico de guardia que asume el cuidado por la tarde y la noche.

Algoritmo de atención al paciente crítico

Reanimación inicial

- a) Detección del paciente en situación crítica y comprobación (HC o clínica) de paciente reanimable.
- b) Llamada por enfermería a:
Equipo RCP - Médico Responsable del enfermo, de sala o de guardia de la especialidad.
- c) La asistencia se realiza en el lugar donde se detecta la situación de paciente crítico: Urgencias, Quirófano o sala de Hospitalización, iniciándose la RCP por los profesionales más próximos.



Memoria de Actividades 2008

d) Ante una llamada al Equipo de RCP, los componentes del mismo acudirán lo más rápidamente posible al lugar de la urgencia.

e) Se iniciará la RCP básica y/o desfibrilación (ver antes) por la enfermera y/o médico responsable (si lo hay); se monitorizará al paciente si es posible, mientras se espera la llegada del personal del equipo de RCP. Otra enfermera/auxiliar de enfermería de la sala llevará el carro de RCP que por su localización y disponibilidad corresponda (ver tabla de localizaciones y planos de salas); al punto donde se encuentra el paciente.

f) El médico anestesiólogo (u otro del equipo de RCP si hubiera llegado) intubará y ventilará al paciente, si está indicado, asumiendo la coordinación del equipo de RCP. En caso de que no estuviera disponible, o al inicio de la RCP, el médico presente más experimentado tomará la responsabilidad e iniciativa del tratamiento inicial incluyendo la RCP básica y avanzada si procede.

g) Una enfermera de la sala iniciará el masaje cardíaco. El Médico Responsable del enfermo, de sala o de guardia de la especialidad relevará, si es necesario, a la enfermera que realiza el masaje cardíaco.

h) El médico responsable del enfermo, de sala o de guardia de la especialidad, de acuerdo con los antecedentes del enfermo, y la situación clínica previa al incidente colaborará en la decisión de continuar o interrumpir las maniobras.

i) El médico anestesiólogo cuidará de la monitorización del paciente, el uso del desfibrilador y la administración de fármacos, en colaboración con el resto del equipo.

j) La enfermera de la sala es la responsable del mantenimiento del carro de RCP, comprobando que esté preparado y en condiciones antes de su uso. Debe registrar todos los eventos relacionados con la reanimación realizada en la HOJA DE REGISTRO DE REALIZACIÓN DE MANIOBRAS DE RCP, así como materiales y fármacos empleados, y profesionales implicados (ver hoja de registro, pags 20 y 21).

Estabilización

* Una vez estabilizada la situación clínica del paciente:

a) Paciente NO crítico

a.1. Permanece en la sala de hospitalización o se traslada a un área de hospitalización convencional.

a.2. Se registran todas las maniobras realizadas en la historia clínica, aportando TODOS los datos relevantes por el especialista responsable:

Situación del paciente que ha motivado la llamada

Maniobras realizadas

Situación clínica final



Memoria de Actividades 2008

b) Paciente CRÍTICO

Nota: Las funciones de gestión mensual de la coordinación de camas de cuidados críticos del CHGUV recaerán en el coordinador de cuidados críticos, de acuerdo a una normativa a desarrollar para esta función por parte del SARTD.

b.1. Llamada al coordinador de camas de cuidados críticos para valorar ubicación.

Periodo de 8-15 horas de Lu a Vi:

Coordinador de CC del SARTD: 1º llamada 446838. 2ª llamada 446876

Periodo de 15 a 8 horas de Lu a Vi; Festivos y Fines de Semana:

Coordinador de Camas de Cuidados Críticos del CHGUV.

Se establecerá una rotación para esta función entre las diferentes Unidades de Cuidados Críticos de forma mensual.

Días 1 a 10 (ambos inclusive) Unidad de Reanimación Cardíaca 446877.

Días 11 a 20 (ambos inclusive): Unidad Coronaria 446878.

Días 21 a 30/31 (ambos inclusive): Unidad de Reanimación General 446876.

Esta rotación se renovará en lo que respecta a los días del mes asignados de forma anual.

b.2. Existen recursos asistenciales en el CHGU:

b.1. Se traslada el enfermo a la ubicación asignada. El traslado debe hacerse con las máximas garantías para el enfermo, siempre acompañado por un miembro del equipo de RCP y monitorizado con un monitor estándar o desfibrilador (si precisa), aspirador eléctrico y monitor con ECG, SpO2 y capnógrafo.

b.2. Enfermería de la unidad de Hospitalización donde se encontraba el paciente comunica a la UDCA el cambio de asignación.

b.3. NO existen recursos asistenciales de cuidados Críticos en el CHGUV.

Se establece un tiempo máximo de 4 horas para conseguir la ubicación definitiva del paciente.

Mientras se realiza ésta, el traslado debe realizarse al área del CHGUV donde la tecnología y los recursos humanos sean los más adecuados en el momento y de acuerdo a la situación general del hospital.

El único responsable de la indicación será el coordinador de camas cuidados críticos del CHGUV según la definición del punto b1, del apartado 3.2.2. Estabilización

En ambos casos se comunicará el traslado al Jefe de Día para su conocimiento, y, si es necesario, para disponer de los recursos médicos y de enfermería adecuados para el control del paciente.



Memoria de Actividades 2008

El médico de Urgencias y/o el especialista correspondiente responsable del paciente requerirá, cuando lo considere necesario, el concurso de otros especialistas (anestesiólogo, cardiólogo, neumólogo, cirujano, etc).

b.3.1. Análisis interno de recursos de cuidados críticos:

b.3.1.1. Se estima factible conseguir recurso en un periodo de 4 horas. El enfermo permanece en el destino provisional hasta su traslado interno.

b.3.1.2. Se estima NO factible conseguir recurso de cuidados críticos en 4 horas, se comunica a Jefe de Día para que gestione (a través del personal administrativo de Urgencias) la solicitud de traslado externo a otro centro, búsqueda de recurso, y localización de SAMU medicalizado para traslado. El médico responsable (o médicos responsables) permanecerán pendientes de cualquier solicitud de información que se requiera por parte del médico destinatario o del coordinador de SAMU, al que trasladarán los detalles médico-técnicos demandados.

Informe de Traslado del Enfermo

Debe redactarlo el médico adjunto de la especialidad presente en el hospital o el facultativo localizado en su caso, e incluirá las anotaciones o informes pertinentes de los médicos especialistas cuya colaboración haya sido requerida o hayan participado en los cuidados del paciente.

El traslado debe incluir OBLIGATORIAMENTE:

1. Hospital, datos de contacto, teléfono, dirección.
2. Ubicación del paciente, y servicio responsable asistencialmente.
3. Nombre del paciente y datos de contacto de la familia.
4. Fecha.
5. Nombre de los médicos responsables.
6. Horario de asistencia.
7. Antecedentes personales incluida la procedencia del paciente, anamnesis, resumen de la asistencia realizada, juicio diagnóstico, terapéutica planteada, listado de problemas planteados activos y resueltos.
8. Listado de actos terapéuticos realizados, documentación enviada, listado de medicación administrada, constantes vitales y tiempos de registros.



Equipo Humano

Es el conjunto de profesionales sanitarios encargados de atender las situaciones de emergencia cardiopulmonar.

El personal del área donde se produce la emergencia iniciará la reanimación (ver punto 3.2.1) y, una vez llegado el equipo de RCP auxiliará en lo posible y asesorará sobre datos previos, comorbilidad, existencia de órdenes de no RCP, etc. En las maniobras de RCP siempre debe existir un facultativo responsable que dirija y coordine toda la actuación.

Desde ese momento, el equipo de RCP estará compuesto inicialmente, además del personal de enfermería por:

Un médico especialista en anestesiología y reanimación.

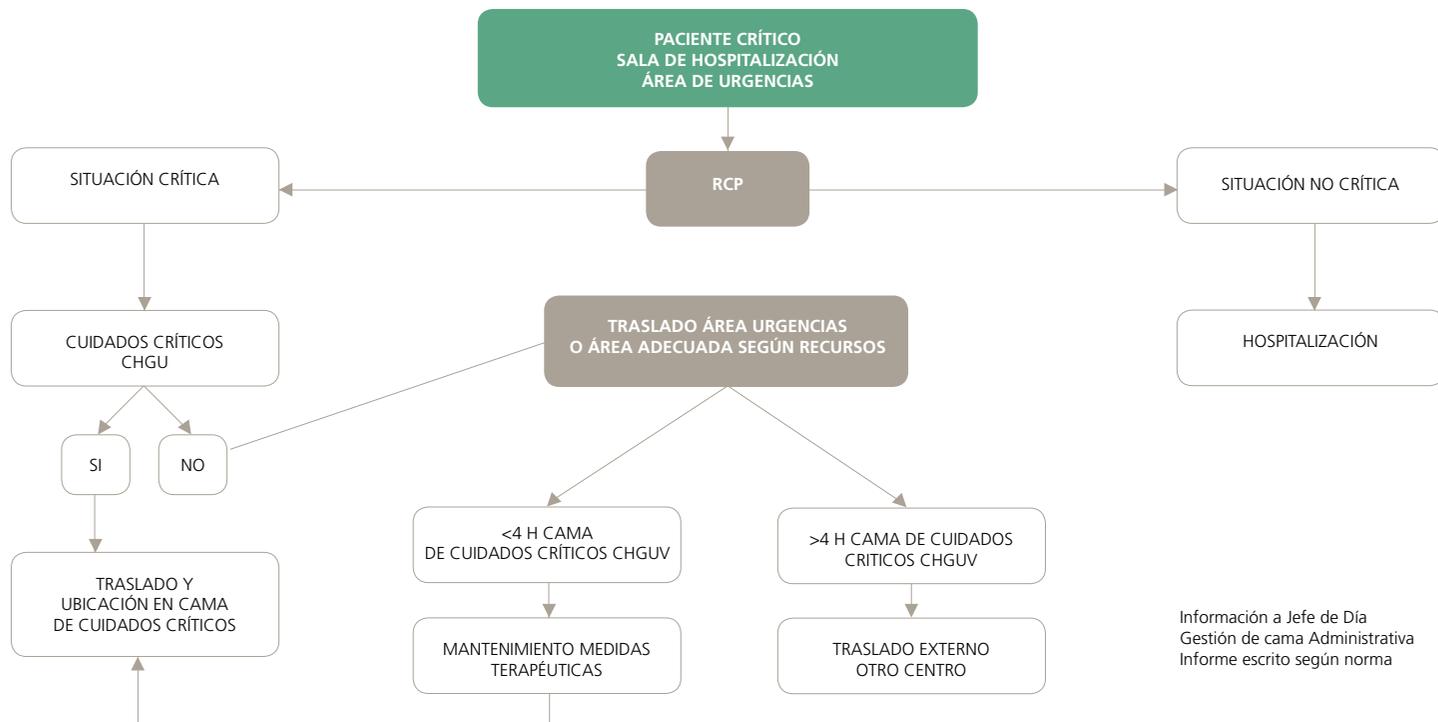
Uno de los médicos responsables del área donde se genere el evento.

La ampliación posterior con otros médicos se hará según la enfermedad o sospecha diagnóstica o situación concreta.





Memoria de Actividades 2008





Memoria de Actividades 2008

Sistema de comunicación

La centralita de teléfonos comprobará todas las mañanas el funcionamiento del sistema de localización. Los miembros del equipo de paro deben comunicar inmediatamente cualquier anomalía en su funcionamiento a la Centralita.

Para lograr una respuesta eficaz es imprescindible un adecuado sistema de comunicaciones que permita:

1. La activación del sistema de comunicaciones tras el paro cardiorrespiratorio (PCR) mediante un ÚNICO NÚMERO que genere una llamada conjunta al equipo de RCP, mediante un código común claramente identificable como parada cardiaca en planta de hospitalización.
2. Tras la llamada, cada miembro del equipo responsable de la RCP confirmará en la misma llamada que ha recibido el aviso y que acude al lugar de la emergencia.
3. El número de teléfono del área donde se ha producido la emergencia queda grabado en el sistema y a la hora en que se ha producido la llamada.

Revisión / Mantenimiento del Carro de RCP

El contenido del carro, ya sea material fungible o inventariable, medicación, fluidos, etc., debe estar sistematizado, de modo que su disposición y ubicación en las bandejas o cajones sea similar en todos los carros. Los contenidos del carro deben

reservarse única y exclusivamente para su utilización en circunstancias recomendadas por el plan de RCP. Deben de existir normas claras de uso, reposición y mantenimiento.

Es función del supervisor/a de cada unidad de hospitalización asegurar que todo el material necesario de los carros de RCP está disponible en el momento y lugar necesario.

Es fundamental que todo el personal sanitario sepa dónde está situado el carro de RCP y desfibrilador más cercanos, así como la distribución y funcionamiento del material de que consta.

Mantenimiento del Carro de RCP

a. Diariamente la supervisora o enfermeras de las unidades donde estén ubicados los carros, deberán:

Comprobar que el desfibrilador esté conectado a la red eléctrica y que el indicador luminoso esté encendido.

Comprobar que exista suficiente papel de registro ECG, electrodos y almohadillas para desfibrilación.

Comprobar que los cajones del carro se hallen precintados.

b. La Unidad donde se haya usado el carro para una RCP, será la responsable de:

Una vez finalizada una RCP el personal de la planta designado por la supervisora responsable de ésta realizará las tareas de mantenimiento del carro (limpieza del propio carro, aspirador y pala de laringoscopio y reposición de material) que quedarán



Memoria de Actividades 2008

registradas en la HOJA DE REGISTRO DE OPERACIONES DE MANTENIMIENTO DEL CARRO DE RCP, que se cumplimentará con fecha y firma cada vez que se revise.

Es recomendable que la revisión se realice por un enfermero asignado de forma rotatoria para que todo el personal de la unidad esté familiarizado con él.

Una vez finalizada la tarea de mantenimiento, la supervisora de la unidad será responsable de su revisión.

Mantenimiento del desfibrilador

Como en el caso de los carros de RCP, en el Programa para la atención al paciente crítico y la organización de la reanimación cardiopulmonar intrahospitalaria debe figurar claramente el protocolo de prueba de funcionamiento y mantenimiento de los desfibriladores de acuerdo a sus especificidades técnicas; así mismo debe recoger el personal en quien recae la responsabilidad de las tareas, que son de dos tipos:

Mantenimiento después de cada utilización

El desfibrilador deberá ser limpiado por el personal de enfermería de la unidad donde se ha utilizado.

Para la limpieza del desfibrilador después de su uso, se deberá tener en cuenta:

Que esté desenchufado de la red eléctrica.

Que no entre líquido en la caja.

No usar limpiadores abrasivos como estropajos, polvos o disolventes fuertes.

Limpiar la pantalla del monitor con mucho cuidado ya que puede rayarse con facilidad.

Lavar las palas –previamente desmontadas de los cables-, con agua y detergente.

Desinfectarlas con alcohol de 70% y dejarlas bien secas posteriormente, antes de montarlas nuevamente.

Recogida y análisis de los datos

Dos motivos justifican la recogida sistemática de datos, el primero que se trata de un episodio clínico importante, el segundo la necesidad de evaluar el plan de Atención al paciente crítico y RCP intrahospitalaria para su mejora.

La cumplimentación de la hoja será responsabilidad del médico y enfermería que atienda la situación crítica, debiendo ser remitida a la finalización de la asistencia, a la Secretaría de la comisión de RCP para su análisis y registro. Se considera a la Secretaría del Servicio de Anestesiología y Reanimación encargada de recoger dicha información, trasladándola después a la Secretaría de esta Comisión.



Memoria de Actividades 2008

**Hoja de registro de realización de maniobras de RCP.
(Anverso)**

| | |
|--|---|
| <p>DATOS IDENTIFICACIÓN PACIENTE (ETIQUETA) FECHA PROFESIONALES:</p> <p>Suceso presenciado: _ Si _ No</p> <p>Suceso monitorizado: _ Si _ No</p> <p>Localización: _ Reanimación-UCI-Críticos _ Reanimación C. cardíaca _ Quirófano _ Urgencias _ Unidad hospitalización _ Unidad coronaria _ Consultas externas _ Otras localizaciones</p> <p>Intervenciones antes de la PCR: _ Ninguna _ Fármacos iv _ Intubación _ Catéter arterial _ Acceso iv central _ Acceso iv periférico _ Monitorización ECG _ Ventilación mecánica _ Desfibrilación-cardioversión</p> <p>Tiempos (hh:mm): Comienzo del suceso Confirmación PCR Comienzo RCP Llamada equipo RCP Llegada equipo RCP Via aérea establecida 1ª adrenalina Terminación RCP</p> <p>Causa inmediata: _ Arritmia letal _ IAM-cardiopatía isquémica _ Depresión respiratoria</p> | <p>_ Hipotensión _ Metabólica _ Desconocida _ Otras</p> <p>Intento de RCP: _ Si _ No _ Encontrado muerto _ No indicada RCP _ Orden de no reanimar</p> <p>Condición inicial: Conciencia si _ no _ Respiración si _ no _ Pulso central si _ no _</p> <p>Ritmo inicial: _ FV _ TV _ Asistolia _ DEM _ Bradicardia _ Ritmo eficaz _ Otras arritmias mal toleradas</p> <p>Motivo de terminación RCP: _ Retorno circulación espontánea _ Muerte _ Orden de no RCP _ No indicado</p> <p>Circulación espontánea: _ No _ Restablecida. Tiempo _ Restablecida no sostenida _ > 20 min _ < 20 min _ < 24 h _ > 24 h</p> <p>Destino: _ Unidad hospitalización (sala) _ Box-1 _ U. críticos general _ U. críticos C. cardíaca _ U. coronaria _ Extrahospitalaria _ Otros</p> |
|--|---|



Memoria de Actividades 2008

Hoja de registro de realizacion de maniobras de RCP (reverso)

| TIEMPO (hh:mm) | RITMO | PA | FC | MEDICACIÓN | DF | OTROS |
|----------------|-------|----|----|------------|----|-------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

ANEXO1: LOCALIZACIÓN DE LOS CARROS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

Debe existir un registro actualizado de la situación de los carros de RCP a nivel hospitalario, siendo la ubicación actual la siguiente:

Pabellón A - ALA IZQUIERDA

TAC, RNM
Radiología
I1-3 Oncología
I2-2 Cardiología
I2-3 Cirugía cardíaca
I3-2 Neurología
I3-3 Digestivo
I3-4 Nefrología

Pabellón B- ALA DERECHA

D1-2 Urología
D1-3 Infecciosos
D1-4 Medicina interna
D2-1 Respiratorio-judiciales
D2-2 Cirugía general
D2-3 Cirugía general
D2-4 Cirugía vascular y torácica
D3-1 Respiratorio

D3-2 COT
D3-3 NUC
D3-4 Psiquiatría

Pabellón C - MATERNO INFANTIL

MIN 2 Ginecología-ORL
MIN 3 Obstetricia
Escolares



Memoria de Actividades 2008

ANEXO 2: LOCALIZACIÓN DE DESFIBRILADORES PARA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

| PABELLÓN | ÁREA | SERVICIO | MODELO | Nº BIOINGENIERÍA | Nº INVENTARIO HGU |
|----------|-------|---------------------------------|---|------------------|-------------------|
| A | I-3-2 | NEUROLOGÍA | Cardiolife Nikon-Hoden | 27009 | |
| | UCMA | UCMA | HP-Codemaster | 27025 | |
| | I-3-4 | HEMODIÁLISIS | Cardiolife Nikon-Hoden | 27006 | |
| | I-2-1 | CARDIOLOGÍA-Ergometría | Bosch Defi503 | 27030 | |
| | I-2-1 | CARDIOLOGÍA-Hemodinámica Sala 1 | Cardiolife Nikon-Hoden Marcapasos ext. | 27040 | |
| | I-2-1 | CARDIOLOGÍA-Hemodinamica Sala 2 | Cardiolife Nikon-Hoden | 27036 | |
| | I-2-2 | CARDIOLOGÍA-Compartico Sala | Cardiolife Nikon-Hoden Y Ecos-dobuta | 27013 | |
| | I-2-2 | CARDIOLOGÍA-Arritmias | Life Pak 12 Medtronic | | 28072 |
| | I-2-2 | CARDIOLOGÍA-Arritmias | Cardiolife Nikon-Hoden Marcapasos ext. | | |
| | I-2-3 | QUIRÓFANO 1 c. cardiaca | HP-Codemaster XE | 27020 | |
| | I-2-3 | QUIRÓFANO 2 c. cardiaca | HP-Codemaster XE | 27021 | |
| | I-2-3 | REANIMACIÓN cardiaca | HP-Codemaster XL | | 20132 |
| | I-2-3 | Sala Hospitalizacion | Nikon-Hoden 5531K Marcapasos externo | 27043 | |
| | I-2-3 | UNIDAD CORONARIA | Nikon-Hoden 5531K Marcapasos externo | 27037 | |
| | I-2-3 | UNIDAD CORONARIA | Nikon-Hoden 7631K Marcapasos ext. | 27042 | |



Memoria de Actividades 2008

| PABELLÓN | ÁREA | SERVICIO | MODELO | Nº BIOINGENIERÍA | Nº INVENTARIO HGU |
|----------|---------|-----------------------------|--|------------------|-------------------|
| | I-2-4 | REANIMACIÓN GENERAL | Nikon-Hoden 7631K Marcapasos ext. | 27034 | |
| | I-2-4 | UNIDAD DOLOR | Cardiolife Nikon-Hoden | 27007 | |
| | I-1-3 | ONCOLOGÍA | Nikon-Hoden 76021K Marcapasos ext. | 27033 | |
| | P. Baja | Radiología Intervencionista | Nikon-Hoden 7631K Marcapasos ext. | | |
| | P. Baja | TAC-RNM ERESA | Marquette Helligue | D-79111 | |
| | Box 1 | URGENCIAS | Nikon-Hoden 5531K Marcapasos externo | 27046 | |
| | Box1 | URGENCIAS | Philips Heart Start XLT Marcapasos ext. | 27028 | |
| | Observ. | URGENCIAS | Nikon-Hoden 5531K Marcapasos ext. | 27041 | |
| | Quirof. | URGENCIAS | Cardiolife Nikon-Hoden | 27019 | |
| B | | | | | |
| | D-3-1 | NEUMOLOGÍA | HP-Codemaster | 27176 | |
| | D-3-2 | QUIRÓFANO COT | Drager Cardiolife 2000V | | 27032 |
| | D-2-2 | QUIRÓFANO ESPECIALIDADES | Nikon-Hoden 55311K Marcapasos ext. | 27038 | |
| | D-2-3 | URPQ | Nikon-Hoden 7631K Marcapasos ext. | 27035 | |
| | D-1-3 | Medicina Interna | HP-Codemaster | 27005 | |



Memoria de Actividades 2008

| PABELLÓN | ÁREA | SERVICIO | MODELO | Nº BIOINGENIERÍA | Nº INVENTARIO HGU |
|----------|--------|--------------------------|---------------|------------------|-------------------|
| C | PISO 3 | QUIRÓFANO ASÉPTICO | HP-Codemaster | 27026 | |
| | PISO 1 | QUIRÓFANO ESPECIALIDADES | HP-Codemaster | 27030 | |
| | | Pasillo posterior | | | |

ANEXO 3: DOTACIÓN DE CARRO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

LISTA DE MATERIAL

1. Monitor desfibrilador.

Paquete electrodos.

Gel conductor.

Batería si es necesario.

2. Material para apertura de vía aérea y ventilación.

Ambú con entrada de O₂ (1), con reservorio para alcanzar una FiO₂ de 1, y conexión adecuada a tubos endotraqueales

Laringoscopio con palas de cuatro tamaños. Pala pequeña (sólo sala escolares).

Pilas de repuesto.

Pinzas de Magill adultos.

Tubos endotraqueales con balón de baja presión: 6, 6.5, 7, 7.5, 8, 8.5 (2 cada nº).

Fiadores de tubos endotraqueales.

Lubricante hidrosoluble en spray.

Cinta para fijar tubos endotraqueales.

Mascarillas faciales desechables con conexión (2)

Nariz-humidificador flexible (2)



Memoria de Actividades 2008

Tubos de Guedel-Mayo (1 de cada): números 3/4/5
Tubos de Guedel-Mayo (1 de cada): números 3/2/1 **
Alargadera de O2.
Mascarilla de O2 tipo Venturi.
Sondas de aspiración (1 de cada): números 14/16/18
Sondas nasogástricas (1 de cada): números 14/16/18

3. Aspirador electrico

Autónomo si no se dispone de toma de vacío en todas las habitaciones.

4. Equipo para soporte circulatorio complementario.

Tabla para RCP.

Cánulas iv : nº 14,16, 18 y 20

Agujas desechables IM, IV y cargadoras.

Jeringas desechables de 1 ml, 5 ml , 10.

Sistemas de goteo normal y de bomba.

Llaves de tres pasos.

Compresores venosos elásticos.

Esparadrapo de tela.

Paquete de gasas estériles.



Memoria de Actividades 2008

MEDICACIÓN

FÁRMACOS CARRO DE PARADA SALAS DE HOSPITALIZACIÓN (número unidades).

Actocortina-hidrocortisona (2)

Adrenalina (5)

Agua destilada (5)

Aleudrina-isoproterenol (2)

Amiodarona-Trangorex (6 amp)

Anectine-succinilcolina (2)*

Anexate-flumazenil (4)

Atropina (5)

Cloruro cálcico (2)

Diazepam-Valium (5 amp de 5 mgr)

Dobutrex-dobutamina (2)

Dopamina (2)

Efedrina (2)

Elgadil-urapidil (2)

Esmolol-Brevibloc (2)

Etomidato-Hypnomidate (2)

S. Fisiológico (5)

Gluconato cálcico (2 amp)

Glucosmón 50% (2)

Lidocaína 5% (5)

Midazolam-Dormicum (2 amp de 15 mgr o 6 amp de 5 mg)

Naloxona (4)

Norcurón-vecuronio (4)

Polaramine (2)



Memoria de Actividades 2008

Propofol-Diprivan (4)
 Solinitrina Forte (50 mg)-nitroglicerina (2)
 Solinitrina 5 mg (2)
 Sumial (2)
 Ventolín-salbutamol inyect (2)
 Ventolín inhal (1)

FLUIDOTERAPIA

Bicarbonato 1 molar-8,4% (1)
 Bicarbonato 1/6 molar (1)
 Suero fisiológico.(2)
 Ringer lactado(2)
 Glucosalino (2)
 Gelafundina (2)
 *Conservación en nevera

ANEXO 4: HOJA DE REGISTRO DE OPERACIONES DE MANTENIMIENTO DEL CARRO DE RCP

| FECHA | NOMBRE | | OBSERVACIONES | FIRMA |
|-------|--------|--|---------------|-------|
| | | _ Reposición _ Caducidades _ Desfibrilador | | |
| | | _ Reposición _ Caducidades _ Desfibrilador | | |
| | | _ Reposición _ Caducidades _ Desfibrilador | | |
| | | _ Reposición _ Caducidades _ Desfibrilador | | |
| | | _ Reposición _ Caducidades _ Desfibrilador | | |
| | | _ Reposición _ Caducidades _ Desfibrilador | | |
| | | _ Reposición _ Caducidades _ Desfibrilador | | |
| | | _ Reposición _ Caducidades _ Desfibrilador | | |
| | | _ Reposición _ Caducidades _ Desfibrilador | | |