



# REPORTE DE AHOGAMIENTO O RESCATE

Página 1 de: \_\_\_\_\_

**Indicación: Dificultad Respiratoria por Sumersión en un Líquido**

ORGANISMO RESPONSABLE: \_\_\_\_\_  
SERVICIO O DEPENDENCIA: \_\_\_\_\_

DIRECCION O LOCALIZACIÓN DEL EVENTO

CIUDAD O LOCALIDAD

DEPARTAMENTO

HORA DEL EVENTO  
Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

FECHA DEL EVENTO

FECHA REPORTE

HORA REPORTE

Este Reporte debe ser completado para todos los Ahogamientos (fatales o no) como se indica en los protocolos de tratamiento. Por favor complételo con la mayor información posible, fiel a su mayor conocimiento. Este Reporte debe ser enviado a la Dirección de su Servicio y posteriormente al Ministerio de Salud.

## INFORMACION DE LA VÍCTIMA

## RESCATE ACUÁTICO

HOMBRE  MUJER  Desconocido

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  FN DESCONOCIDA

¿Fue realizado rescate acuático?  SI  NO

RAZA O ETNIA: \_\_\_\_\_

SI FN DESCONOCIDA, EDAD O EDAD ESTIMADA: \_\_\_\_\_

DURACIÓN ESTIMADA DEL RESCATE EN MINUTOS: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA VÍCTIMA

SI FUE EN PLAYA: \_\_\_\_\_ ZONA HABILITADA:  SI  NO

C.I. o IDENTIFICACIÓN (Pasaporte, etc.)

TELÉFONO PROPIO O DE ACOMPAÑANTE

BANDERA: \_\_\_\_\_ OLEAJE (1-5): \_\_\_\_\_

VIENTO (1-5): \_\_\_\_\_ CORRIENTE (1-5): \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Residente del área (<30 km)  No residente (>30 km)  Turista/Extranjero

RESCATISTAS: Número total de rescatistas: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL EVENTO DE SUMERSION

¿Estuvo la cara sumergida en algún momento?  SI  NO

¿Hubo Testigos de la Sumersión?

Océano  Río  Pantano  Piscina  
 Lago  Otro: \_\_\_\_\_

NO

SI. Presenciado por:

DURACIÓN DE LA SUMERSIÓN (min.): \_\_\_\_\_

Guardavidas

TIEMPO TRANSCURRIDO HASTA LA REMOCIÓN TOTAL DE LA VÍCTIMA DEL LÍQUIDO (min.): \_\_\_\_\_

Familiar

Transeúnte

Grado de Ahogamiento (1-6) \_\_\_\_\_

Profesional de la Salud

No Tos (rescate)  Desconocido

Otro: \_\_\_\_\_

GUARDAVIDAS Número: \_\_\_\_\_

TRANSEÚNTE/S Número: \_\_\_\_\_

BOMBEROS Número: \_\_\_\_\_

ARMADA Número: \_\_\_\_\_

OTRO \_\_\_\_\_

¿Insuflaciones en el Agua?  SI  NO

EQUIPAMIENTO/S UTILIZADO/S:  Ninguno

Tabla  Patas de rana (Aletas)  Torpedo

Faja  Flotador improvisado  Cuerda

Embarcación  Otro: \_\_\_\_\_

## REANIMACIÓN (BLS)

## TRASLADO/AMBULANCIA SI NO

Respiración Espontánea al Inicio del Tratamiento  SI  NO

RCP antes Ambulancia?  SI  NO

HORA DE LLEGADA (en caso de Ambulancia):  Con Vida  Fallecido

PULSO  SI  NO

RCP previa a Ambulancia (UEM) realizada por:

HORA DEL TRASLADO:  Desconocida

CONCIENTE  SI  NO

Guardavidas  
 Transeúnte (Entrenado)  
 Transeúnte (No Entrenado)  
 Profesional de la Salud

Uso de cánula en Vía Aérea  SI  NO

EMPRESA U ORGANISMO QUE REALIZÓ TRANSPORTE

Oxígeno  SI  NO  No Disponible

Técnicas de RCP antes de UEM:

NÚMERO DE MÓVIL: \_\_\_\_\_  DESCONOCIDO

¿DEA?  SI  NO  No Disponible

Sólo Compresiones  
 Sólo Insuflaciones  
 Ambas  Desconocido

OTRO MEDIO DE TRANSPORTE: \_\_\_\_\_

¿DEA realizó Shocks?  SI  NO

Duración RCP o estimación (min.) \_\_\_\_\_

¿Víctima Conciente al momento del Traslado?  SI  NO

¿Respiración Espontánea al momento del Traslado?  SI  NO

## CIRCUNSTANCIAS PRECIPITANTES DE LA SUMERSIÓN:

Desconocida  Traumatismo  Enfermedad: \_\_\_\_\_

PULSO (/min): \_\_\_\_\_  DESCONOCIDO

Drogas  Alcohol  Otro: \_\_\_\_\_

FRECUENCIA RESPIRATORIA (/min): \_\_\_\_\_  DESCONOCIDA

DESTINO DEL TRASLADO:

COMENTARIOS / NOTAS - Use páginas adicionales si es necesario, colocándole número y el total de hojas más arriba.

NOMBRE DEL REPORTANTE

FIRMA DEL REPORTANTE

PROFESIÓN

Cédula de Identidad:

FECHA

NOMBRE DEL SUPERVISOR

FIRMA DEL SUPERVISOR

PROFESIÓN

Cédula de Identidad:

FECHA

## Instrucciones de llenado del Formulario de Reporte de Ahogamiento RENAR 1:

El presente formulario está diseñado para recabar los datos más significativos concernientes a los ahogamientos según el Protocolo del Consenso de Utstein (2002) revisado en 2015 para PCR en ahogamientos. (ver referencia). Se basa en la necesidad de conocer la epidemiología del ahogamiento como problema de salud a nivel nacional, y las circunstancias en el que éste se produce, a los efectos de establecer estrategias de mejoras tanto a en la primera atención (RENAR 1) como en el traslado (RENAR 2 - Ambulancias) y hospitales (RENAR 3), y someterlas a posterior revisión sobre su efectividad.

### **ESTE REPORTE ESTÁ DISEÑADO PARA SU LLENADO POR GUARDAVIDAS O RESCATISTAS**

**HORA DEL EVENTO DESDE/HASTA:** hora desde que comienza el evento hasta que finaliza el procedimiento en su lugar de trabajo.

**INFORMACION DE LA VÍCTIMA:** completar con la mayor cantidad posible de información para poder identificar al paciente/víctima en caso que presente posteriormente problemas de salud vinculados al evento y poder realizar su seguimiento a 6 meses en caso de ser necesario.

**INFORMACIÓN DEL INCIDENTE DE SUMERSION:** en caso que haya existido sumersión involuntaria, definida como *“agua que cubra la vía aérea (boca y nariz) imposibilitando la respiración normal”*. Llenar con la mayor información disponible.

**DURACIÓN DE LA SUMERSIÓN:** Duración estimada del tiempo en que la vía aérea de la víctima estuvo sumergida en el líquido.

**RESCATE ACUÁTICO:** llenar en caso que hayan existido maniobras de rescate en el momento del evento. De lo contrario marcar NO y pasar al cuadro siguiente.

**REANIMACIÓN (Basic Life Support):** llenar en caso que hayan existido maniobras de RCP en el momento del evento. De lo contrario marcar NO y pasar al cuadro siguiente.

**TRASLADO:** llenar en caso que haya sido necesario trasladar a la víctima para recibir atención médica especializada. De lo contrario marcar NO y pasar al cuadro siguiente. La Saturación de Oxígeno (O2) y la Presión Arterial son datos importantes si fueron constatados en la escena antes del traslado. Si no lo fueron, marcar “Desconocido”.

**COMENTARIOS/NOTAS:** agréguese toda la información adicional que entienda que aporta información valiosa acerca del evento. Puede realizar un dibujo de la escena si es necesario. También puede usar páginas adicionales, numerándolas y colocando en el espacio destinado a tal fin al comienzo de la hoja de reporte (margen derecho).

**NOMBRE DEL REPORTANTE Y SU SUPERVISOR:** importante para comunicaciones en caso de ser necesaria alguna consulta al respecto de los datos o ampliar información sobre el evento. Se entiende como “supervisor” al encargado o coordinador del servicio que se presta en la zona, y quien habitualmente recolecta y supervisa los formularios de intervenciones antes de ser entregados.

### **LUEGO DE LLENADOS LOS DATOS:**

Se ruega hacer llegar a la mayor brevedad posible al email [misa@msp.gub.uy](mailto:misa@msp.gub.uy) una copia escaneada o una imagen (foto) en la que se pueda leer claramente el contenido. Los datos se almacenarán en el servidor seguro del Ministerio de Salud para ser procesados por la oficina correspondiente.

**Referencia:** Revised Utstein-Style Recommended Guidelines for Uniform Reporting of Data From Drowning-Related Resuscitation. An ILCOR Advisory Statement. Participantes: American Heart Association, European Resuscitation Council, US Centers for Disease Control and Prevention, Australia and New Zealand Resuscitation Council, Inter-American Heart Foundation, Heart and Stroke Foundation of Canada, Maatschappij tot Redding van Drenkelingen. Autores: Idris et al. Publicado en: Circ Cardiovasc Qual Outcomes. DOI: 10.1161/HQ.0000000000000024.