



**REPORTE DE AHOGAMIENTO - HOSPITAL/Centro de Salud**

Página 1 de:

Indicación: Dificultad Respiratoria por Sumersión en un Líquido

Unidad Asistencial:

DIRECCION O LOCALIZACION DEL EVENTO DE AHOGAMIENTO:

CIUDAD O LOCALIDAD:

DEPARTAMENTO:

FECHA: / /

HORA DE INGRESO: :

Este Reporte debe ser completado AL ALTA DEL PACIENTE para todos los Ahogamientos (fatales o no) como se indica en los protocolos de tratamiento. Por favor complételo con la mayor información posible. La institución que presta asistencia en el evento deberá enviar este formulario al Ministerio de Salud.

**INFORMACIÓN SOBRE LA VICTIMA**

Nombres: Apellidos:

AL ARRIBO: Glasgow CS: FC: FR:

Edad: Sexo: M F Desconocido CI o IDENTIFICACION (Pasaporte, otro):

PA: / mmHg Temperatura: °C

Familiar o persona de contacto: Teléfono:

Sat.O2: % HGT:

Antecedentes Personales - Enfermedades previas (por favor indique todas las conocidas):

**EXAMEN PLEUROPULMONAR**

Circunstancias Precipitantes (indique todas las que correspondan):

Normal  Tose  
 Estertores Unilaterales  Estertores bilaterales

Ninguna  Desconocida  Trauma  Enfermedad:

Drogas  Alcohol  Otras:

Ritmo cardíaco inicial por MONITOR o ECG (si corresponde):

TESTIGO/S: NOMBRE: CEL/TEL:

Fibrilación Ventricular  Taquicardia Ventricular  
 AESP  Asistolia

RCP en curso a la llegada al Centro de Salud: SI NO Tiempo desde el Inicio de RCP: Min.

Otro:

Si la RCP no estaba en curso a la llegada ¿Por qué?  
No Necesaria  No personal idóneo  Otro motivo:

Duración de la RCP en el Centro de Salud: Min. Edema Pulmonar (Rx en 1ª semana): SI NO

GRADO DE AHOGAMIENTO (1-6):

¿Tuvo el paciente Paro Cardio-Respiratorio que requiriera RCP LUEGO de la admisión al hospital? SI NO

Número de episodios de PCR:

IOT: SI NO ¿Se hizo Desfibrilación luego del arribo al hospital? SI NO Número:

Hora de suspensión de RCP: :

**ADMISIÓN A CTI** SI NO

Gasometría Arterial: PaO2 PaCO2 pH BE: HCO3-

Glicemia en 1as. 24 hs.: Inicial Máx: Mín:

SDRA (Grado): Leve Moderado Severo IOT: SI NO ARM: SI NO

Ionograma: Na K Cl Ca

GCS al ingreso a CTI Hipotermia inducida: SI NO Manejo de Temperatura Objetivo: SI NO

Temp. en las 1as 96 hs luego del Retorno Circulación Espontánea:  
Inicial: Máxima: Mínima:

Hipotensión: SI NO Nº de Episodios: Lactato en suero: Inicial: Máx: Mín:

¿Fue iniciada terapia vasopresora/inotrópica?  
SI NO

¿Fue tratado con Oxigenación por Membrana Extra-Corpórea (OMECE) o Bypass Cardiopulmonar (BCP)? SI NO

¿Fue realizada alguna prueba de función/imagen neurológica? Indique cuál/es:  
TC RNM EEG Potenciales Evocados PIC Microdialisis Ninguno

**Complicaciones del ahogamiento (marque todas las que correspondan):**

CID  Neumonía  Disbalance electrolítico  Alteraciones de la glicemia  Fallo Orgánico Sistémico Múltiple  Shock  Sepsis   
Pancreatitis  Injuria Renal Aguda  Otros:

Fecha de Salida del Hospital / / Estado Neurológico a su salida (evaluación por Neurólogo):  
Escala CPC: Escala OPC: Escala CPC u OPC Pediátrica: Score Rankin modificado

Destino del paciente: Alta Traslado Institución Morgue Institución de Destino (en caso de traslado):

EN CASO DE FALLECIMIENTO: FECHA: / / HORA: : ¿Se realizó autopsia? SI NO

Causa de Defunción (indicar 3 tal como en Certificado de Defunción):  
1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_

Otros datos que considere relevantes:

Nombre del Profesional Responsable: Firma del Profesional Responsable: Profesión: CJPPU: