

|                                                                                   |                                                               |                     |            |                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | CENTRO DE RESPONSABILIDAD<br>IMAGENOLOGIA                     | Característica      | API 1.2    | <br>Hospital Clínico<br>MAGALLANES |
|                                                                                   |                                                               | Versión             | 2          |                                                                                                                       |
|                                                                                   | SEDACIÓN Y/O ANESTESIA EN<br>PROCEDIMIENTOS<br>IMAGENOLÓGICOS | Próxima<br>Revisión | Abril 2024 |                                                                                                                       |
|                                                                                   |                                                               | Página              | 1 de 15    |                                                                                                                       |

|                  | Nombre               | Cargo                                             | Fecha      | Firma                                                                                 |
|------------------|----------------------|---------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Actualizado por: | Paulo Carrasco G.    | Médico Jefe<br>CR Anestesia y<br>Pabellones       | 09/04/2019 |    |
| Revisado por:    | Jessica Mensing B.   | Tecnólogo Médico<br>Supervisor<br>CR Imagenología | 12/04/2019 |    |
|                  | Daniela Pivcevic C.  | Médico Jefe (S)<br>CR Imagenología                | 16/04/2019 |   |
|                  | Mariela Breskovic V. | Enfermera<br>CAE Infantil                         | 16/04/2019 |  |
| Aprobado por:    | Maira Martinich S.   | Jefe Unidad<br>Calidad Asistencial                | 18/04/2019 |  |
| Autorizado por:  | Marcelo Torres M.    | Director (S)                                      | 22/04/2019 |  |

|                                                                                   |                                                               |                     |            |                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | CENTRO DE RESPONSABILIDAD<br>IMAGENOLOGIA                     | Característica      | API 1.2    | <br>Hospital Clínico<br>MAGALLANES |
|                                                                                   |                                                               | Versión             | 2          |                                                                                                                       |
|                                                                                   | SEDACIÓN Y/O ANESTESIA EN<br>PROCEDIMIENTOS<br>IMAGENOLÓGICOS | Próxima<br>Revisión | Abril 2024 |                                                                                                                       |
|                                                                                   |                                                               | Página              | 2 de 15    |                                                                                                                       |

### Distribución de Copias:

| Servicio                                | Cargo                                        |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------|
| Dirección Hospital                      | Director Institucional                       |
|                                         | Oficina de Partes                            |
| Subdirección Médica                     | Subdirector Médico                           |
| Subdirección de Enfermería              | Subdirectora de Enfermería                   |
| Unidad Gestión de Cuidado de Matronería | Jefe Unidad Gestión de Cuidado de Matronería |
| CR Anestesia y Pabellón Quirúrgico      | Médico Jefe                                  |
|                                         | Enfermero Supervisor                         |
|                                         | Encargada del Círculo de Calidad             |
| CR Imagenología                         | Médico Jefe                                  |
|                                         | Tecnólogo Médico Supervisor                  |
|                                         | Encargada Círculo de Calidad                 |
| CR Infantil                             | Médico Jefe                                  |
|                                         | Enfermera Supervisora                        |
|                                         | Matrona Supervisora UPC Neonatal             |
|                                         | Médico Jefe Cirugía Infantil                 |
|                                         | Encargado Círculo de Calidad                 |
| CR Unidad Paciente Critico Adulto       | Médico Jefe                                  |
|                                         | Enfermera Supervisora                        |
|                                         | Encargado Círculo de Calidad                 |
| CR Médico                               | Médico Jefe                                  |
|                                         | Enfermera Supervisora                        |
|                                         | Encargada del Círculo de Calidad             |
| CR Quirúrgico                           | Médico Jefe                                  |
|                                         | Enfermera Supervisora                        |
|                                         | Encargada Círculo de Calidad                 |
| CR Pensionado                           | Enfermera Supervisora                        |
|                                         | Encargada de Círculo de Calidad              |
| Traumatología                           | Médico Jefe                                  |
|                                         | Enfermera Supervisora                        |
|                                         | Encargada Círculo de Calidad                 |
| CR de La Mujer                          | Médico Jefe                                  |
|                                         | Matrón Supervisor                            |
|                                         | Encargado Círculo de Calidad                 |
| Unidad de Hemodinamia                   | Médico Jefe                                  |
|                                         | Enfermera Supervisora                        |
| CAE Infantil                            | Médico Jefe                                  |
|                                         | Enfermera Supervisora                        |

|                                                                                   |                                                               |                     |            |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | CENTRO DE RESPONSABILIDAD<br>IMAGENOLOGIA                     | Característica      | API 1.2    |  |
|                                                                                   |                                                               | Versión             | 2          |                                                                                     |
|                                                                                   | SEDACIÓN Y/O ANESTESIA EN<br>PROCEDIMIENTOS<br>IMAGENOLÓGICOS | Próxima<br>Revisión | Abril 2024 |                                                                                     |
|                                                                                   |                                                               | Página              | 3 de 15    |                                                                                     |

## I N D I C E

|              |                                                                          |           |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>I.</b>    | <b>INTRODUCCIÓN</b>                                                      | <b>04</b> |
| <b>II.</b>   | <b>OBJETIVO</b>                                                          | <b>04</b> |
| <b>III.</b>  | <b>ALCANCE</b>                                                           | <b>04</b> |
| <b>IV.</b>   | <b>APLICABILIDAD</b>                                                     | <b>04</b> |
| <b>V.</b>    | <b>ÁMBITO DE RESPONSABILIDAD</b>                                         | <b>05</b> |
| <b>VI.</b>   | <b>DEFINICIONES</b>                                                      | <b>05</b> |
| <b>VII.</b>  | <b>DESARROLLO</b>                                                        | <b>06</b> |
| 1.           | Uso de sedación en exámenes imagenológicos                               | 06        |
| 2.           | Uso de anestesia en exámenes imagenológicos                              | 08        |
| <b>VIII.</b> | <b>ANEXOS</b>                                                            | <b>12</b> |
|              | Anexo 1: Indicaciones para pacientes pediátricos que requieren sedación. | 12        |
|              | Anexo 2: Encuesta seguridad para Resonancia Magnética.                   | 13        |
| <b>IX.</b>   | <b>REGISTRO HISTÓRICO CONTROL DE CAMBIOS</b>                             | <b>15</b> |

|                                                                                   |                                                               |                     |            |                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | CENTRO DE RESPONSABILIDAD<br>IMAGENOLOGIA                     | Característica      | API 1.2    | <br>Hospital Clínico<br>MAGALLANES |
|                                                                                   |                                                               | Versión             | 2          |                                                                                                                       |
|                                                                                   | SEDACIÓN Y/O ANESTESIA EN<br>PROCEDIMIENTOS<br>IMAGENOLÓGICOS | Próxima<br>Revisión | Abril 2024 |                                                                                                                       |
|                                                                                   |                                                               | Página              | 4 de 15    |                                                                                                                       |

## I. INTRODUCCIÓN

Actualmente los procedimientos de Imagenología no invasiva se han convertido en una herramienta de apoyo al diagnóstico de extraordinaria importancia para la determinación de una gran variedad de patologías.

Aunque estos métodos de estudio son considerados *no dolorosos*, requieren de ciertas condiciones para su realización como es el caso de la Tomografía Computada (TAC) y Resonancia Magnética (RM), modalidades en las que se requiere que los pacientes se mantengan inmóviles durante tiempos prolongados para la realización adecuada del estudio, esto justifica la necesidad de utilizar sedación y/o anestesia en pacientes pediátricos y adultos si así lo requiere.

## II. OBJETIVO

Estandarizar los procedimientos que impliquen sedación y/o anestesia de pacientes que requieren de la realización de procedimientos diagnósticos por imágenes.

## III. ALCANCE

Todo el personal profesional que participe o derive a pacientes en la realización de exámenes imagenológicos que requieran el uso de sedación y/o anestesia.

## IV. APLICABILIDAD

Pacientes a quienes se les realizará procedimientos de diagnóstico por imágenes, con indicación de sedación y/o anestesia.

## V. ÁMBITO DE RESPONSABILIDAD

**Médico Radiólogo Jefe:** Responsable de la implementación, control y evaluación del cumplimiento del protocolo.

**Médico tratante:** Generar solicitud de examen de acuerdo a patología del paciente con indicación de apoyo anestésico o sedación.

**Enfermera Clínica CAE Infantil:** Confección e instalación del brazalete de identificación; instalación de vía venosa periférica si se requiere; verificación del cumplimiento de las indicaciones de preparación para el procedimiento imagenológico.

|                                                                                   |                                                               |                     |            |                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | CENTRO DE RESPONSABILIDAD<br>IMAGENOLOGIA                     | Característica      | API 1.2    | <br>Hospital Clínico<br>MAGALLANES |
|                                                                                   |                                                               | Versión             | 2          |                                                                                                                       |
|                                                                                   | SEDACIÓN Y/O ANESTESIA EN<br>PROCEDIMIENTOS<br>IMAGENOLÓGICOS | Próxima<br>Revisión | Abril 2024 |                                                                                                                       |
|                                                                                   |                                                               | Página              | 5 de 15    |                                                                                                                       |

**Médico Anestesta:** Encargado de evaluar al paciente en la fase pre-anestésica, administrar y mantener la anestesia y recuperación del paciente hasta el momento del alta.

**Tecnólogo Médico Supervisor:** Supervisión en el cumplimiento de las normas definidas en este protocolo, al igual que la revisión de las actividades que se detallan para la realización de cada examen.

**Tecnólogo Médico:** Encargado de realizar el procedimiento imagenológico, además de aplicar y/o corroborar encuesta de seguridad para resonancia magnética (RM) y encuesta de factores de riesgo para uso de medio de contraste en caso que se requiera.

**Técnico Enfermería Nivel Superior (TENS) Unidad de Apoyo:** Mantener el orden de la Unidad y colaborar en cuanto a disponer de los insumos necesarios para el procedimiento.

**TENS de Procedimiento Área Infantil:** Responsable de administrar la sedación según indicación médica; observación pre y post procedimiento; ingreso de datos en registros correspondientes; traslado del paciente para la realización del procedimiento imagenológico desde y hacia el servicio de origen y el CR Imagenología.

## VI. DEFINICIONES

La Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA) define los siguientes conceptos:

**Sedación:** Estado de consciencia que permite a los pacientes tolerar procedimientos no o poco placenteros mientras que se mantiene una adecuada función cardiopulmonar y la habilidad de responder de forma adecuada a órdenes verbales y/o a estímulos táctiles, existiendo grados variables de ésta, debiendo escogerse las drogas y técnicas a utilizar según el grado de profundidad necesaria para hacer tolerable el procedimiento y mantener la seguridad de los pacientes.

**Anestesia General:** Inducción controlada de un estado de inconsciencia. Los reflejos protectores están inhibidos, la vía aérea debe ser mantenida artificialmente y la facultad de responder a cualquier tipo de estímulo está ausente.

|                                                                                   |                                                               |                     |            |                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | CENTRO DE RESPONSABILIDAD<br>IMAGENOLOGIA                     | Característica      | API 1.2    | <br>Hospital Clínico<br>MAGALLANES |
|                                                                                   |                                                               | Versión             | 2          |                                                                                                                       |
|                                                                                   | SEDACIÓN Y/O ANESTESIA EN<br>PROCEDIMIENTOS<br>IMAGENOLÓGICOS | Próxima<br>Revisión | Abril 2024 |                                                                                                                       |
|                                                                                   |                                                               | Página              | 6 de 15    |                                                                                                                       |

## VII. DESARROLLO

### 1. Uso de Sedación en exámenes imagenológicos.

Los procedimientos Imagenológicos se realizarán bajo sedación en pacientes pediátricos que se muevan, no toleren el examen o que su condición de salud lo amerite.

En los pacientes mayores de 5 años se evalúa la posibilidad de no utilizar fármaco y ser acompañado por uno de sus padres o tutor legal hasta el momento del examen para tranquilizarlo, a no ser que exista una indicación previa del uso de sedación.

Los pacientes pediátricos que deban ser sedados para algún procedimiento Imagenológico, deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- Estar sedado cuando ingresa a su procedimiento, por lo tanto debe ser sedado en la Unidad de origen o por Médico Pediatra en CR Imagenología.
- Cumplir con las indicaciones de preparación para el desarrollo del examen (anexo 1).
- Estar hemodinámicamente estable.

Se considerarán como criterios de exclusión para la realización del examen imagenológico bajo sedación, los siguientes:

- Pacientes que no logren la sedación.
- Incumplimiento de indicaciones específicas del examen (Ej: ayuno).

### Normas de Seguridad

- Paciente debe contar con brazalete de identificación al momento de ser trasladado al examen, el que debe ser instalado en Unidad o Servicio de origen según Norma local de "Identificación de paciente".
- El paciente se deberá trasladar en camilla o cuna con barandas arriba desde y hacia el Servicio o Unidad de origen y CR Imagenología.
- El paciente deberá ser trasladado por un TENS y estar acompañado de uno de los padres, tutor legal o adulto responsable.
- El paciente deberá tener registro de la saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca y presión arterial si procede: antes de abandonar el servicio de origen, antes y después de la realización del examen.
- El TENS responsable del paciente del servicio de origen, deberá permanecer en CR de Imagenología, cercano a la sala de procedimiento hasta finalizar el examen.

|                                                                                   |                                                               |                     |            |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | CENTRO DE RESPONSABILIDAD<br>IMAGENOLOGIA                     | Característica      | API 1.2    |  |
|                                                                                   |                                                               | Versión             | 2          |                                                                                     |
|                                                                                   | SEDACIÓN Y/O ANESTESIA EN<br>PROCEDIMIENTOS<br>IMAGENOLÓGICOS | Próxima<br>Revisión | Abril 2024 |                                                                                     |
|                                                                                   |                                                               | Página              | 7 de 15    |                                                                                     |

- Antes del examen el Tecnólogo médico de Imagenología deberá corroborar:
  - Identificación del paciente y concordancia con orden de examen solicitada por médico tratante.
  - Efectiva sedación del paciente.
  - Existencia de consentimiento y/o encuesta de factores de riesgo en caso de la utilización de medio de contraste.
- Durante el examen, la vigilancia del paciente será de responsabilidad del Tecnólogo Médico.
- En caso que el paciente despierte durante la realización del examen, éste podrá continuar según tolerancia o en caso contrario el examen se debe suspender.
- Nunca se deberá repetir dosis de sedación en sala de procedimiento de Imagenología en caso de que el niño se despierte durante el examen.

**Medidas de seguridad para la prevención de Eventos Adversos (EA) asociados al uso de sedación.**

- Verificar solicitud de examen por médico tratante, donde se describe procedimiento a realizar con indicación de sedación.
- Revisar y contar con equipamiento necesario, adecuado y en buenas condiciones, antes de iniciar procedimiento como:
  - Red de oxígeno.
  - Equipo para control de saturación de oxígeno, pulso y presión arterial.
  - Carro de paro y equipamiento para Reanimación Cardiopulmonar (RCP) de fácil acceso para la atención oportuna.
- Mantener chequeo de carro de paro vigente y con personal de Enfermería familiarizado con reanimación cardiopulmonar.
- Verificar aplicación de Encuesta de factores de riesgo para uso de medio de contraste aplicada por Tecnólogo Médico antes o al momento de presentarse al examen, en el caso de requerir administración de medio de contraste.
- Mantener observación permanente del paciente durante examen imagenológico, en busca de pesquisa oportuna de alguna reacción adversa.

|                                                                                   |                                                               |                     |            |                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | CENTRO DE RESPONSABILIDAD<br>IMAGENOLOGIA                     | Característica      | API 1.2    | <br>Hospital Clínico<br>MAGALLANES |
|                                                                                   |                                                               | Versión             | 2          |                                                                                                                       |
|                                                                                   | SEDACIÓN Y/O ANESTESIA EN<br>PROCEDIMIENTOS<br>IMAGENOLÓGICOS | Próxima<br>Revisión | Abril 2024 |                                                                                                                       |
|                                                                                   |                                                               | Página              | 8 de 15    |                                                                                                                       |

## 2. Uso de anestesia en exámenes imagenológicos.

El CR de Imagenología para determinados procedimientos requerirá el uso de anestesia general, por ejemplo en exámenes con tiempo de duración prolongado, en pacientes pediátricos menores de 1 año y mayores que no cooperen para mantenerse inmóvil, ya sea por miedo a permanecer en espacios cerrados, dolor que impida la posición adecuada para el estudio, inquietud o por condiciones de salud del paciente, entre otras.

La indicación de requerimiento de anestesia en pacientes pediátricos como adultos hospitalizados o ambulatorios es realizada por Médico tratante al momento de solicitar el examen la cual debe quedar consignada en la orden para su posterior coordinación.

Los pacientes que requieran de anestesia para la realización de Resonancia Magnética o cualquier otro procedimiento diagnóstico/terapéutico fuera de pabellones quirúrgicos deberán:

- Cumplir con indicaciones de preparación para el desarrollo del examen.
  - Ayuno de sólidos y lácteos de al menos 8 horas antes del examen.
  - Ayuno de agua de al menos 2 horas antes del examen.
  - Presentarse con ropa cómoda, uñas sin esmalte.
  - Llevar medicamentos de uso habitual.
  - Una botella de agua mineral sin gas individual, jalea o agua cocida en botella para antes del alta.
- Contar con evaluación pre-anestésica, según protocolo institucional.
- Contar si corresponde con encuesta de seguridad para resonancia magnética (anexo 2).
- Estar hemodinámicamente estable a su ingreso al examen.

El examen puede ser suspendido por:

- Incumplimiento de indicaciones.
- Causas atribuibles al paciente de acuerdo a la evaluación pre-anestésica.
- Causas atribuibles al paciente de acuerdo a evaluación de encuesta de seguridad para resonancia magnética.

|                                                                                   |                                                               |                     |            |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | CENTRO DE RESPONSABILIDAD<br>IMAGENOLOGIA                     | Característica      | API 1.2    |  |
|                                                                                   |                                                               | Versión             | 2          |                                                                                     |
|                                                                                   | SEDACIÓN Y/O ANESTESIA EN<br>PROCEDIMIENTOS<br>IMAGENOLÓGICOS | Próxima<br>Revisión | Abril 2024 |                                                                                     |
|                                                                                   |                                                               | Página              | 9 de 15    |                                                                                     |

## Normas de Seguridad

- El paciente deberá ser trasladado por un TENS hacia el lugar donde se realizará el examen; en el caso de paciente pediátrico debe ser acompañado por uno de los padres, tutor legal o adulto responsable.
- El traslado debe ser realizado en camilla o cuna con barandas arriba desde y hacia el servicio o unidad de origen y CR Imagenología.
- El paciente debe contar con brazalete de identificación, instalado en Unidad o Servicio de origen según Norma local de "Identificación de paciente".
- El paciente deberá contar con registro de saturación de oxígeno, frecuencia cardiaca y presión arterial si procede; antes de abandonar el Servicio de origen, antes y después de realizado el examen.
- Antes del examen el Tecnólogo Médico deberá verificar:
  - Identificación del paciente.
  - Existencia de consentimiento y/o cuestionario de Resonancia Magnética si aplica.
- El procedimiento anestésico será proporcionado exclusivamente por un Médico Anestesta quien es responsable de evaluar la fase pre-anestésica, administra y mantiene la anestesia, recuperación y entrega de alta del paciente.
- Antes de la inducción anestésica se deberá corroborar:
  - Existencia de evaluación pre anestésica.
  - Cumplimiento de indicaciones.
- Durante el examen vigilancia y monitorización del paciente estará a cargo de Médico Anestesta.
- Finalizado el examen el paciente es trasladado a Unidad de Post - Anestesia con hoja de Protocolo Anestésico o su traslado a una Unidad de mayor complejidad si el paciente así lo requiere (UPC adulto, pediátrica o neonatal).
- Médico Anestesta será el responsable del manejo y evaluación médica de los pacientes, como así mismo del alta desde la Unidad de Post - Anestesia hacia la Unidad de origen; ambas responsabilidades pueden ser delegadas a Anestesta de turno en caso de ocurrir fuera de horario funcionario.

|                                                                                   |                                                               |                     |            |                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | CENTRO DE RESPONSABILIDAD<br>IMAGENOLOGIA                     | Característica      | API 1.2    | <br>Hospital Clínico<br>MAGALLANES |
|                                                                                   |                                                               | Versión             | 2          |                                                                                                                       |
|                                                                                   | SEDACIÓN Y/O ANESTESIA EN<br>PROCEDIMIENTOS<br>IMAGENOLÓGICOS | Próxima<br>Revisión | Abril 2024 |                                                                                                                       |
|                                                                                   |                                                               | Página              | 10 de 15   |                                                                                                                       |

- El alta del paciente debe ser autorizada por el Anestesiólogo, según los criterios establecidos en la Unidad:
  - Signos vitales estables y en valores normales los últimos 30 minutos.
  - Ausencia de náuseas y vómitos.
  - No haber requerido oxígeno en los últimos 15 minutos.
  - Haber recuperado conciencia y estar orientado temporo-espacialmente.
  - El adulto responsable del paciente debe estar presente al momento del alta.

**Medidas de seguridad para la prevención de Eventos Adversos (EA) asociados al uso de anestesia.**

- Verificar solicitud de examen por Médico tratante, donde se describe procedimiento a realizar con indicación de sedación.
- Realizar entrevista a paciente o en el caso de pacientes pediátricos a padres o tutor responsable, con el fin de confirmar cumplimiento de indicaciones (Ej.; ayuno) y realizar anamnesis remota y próxima.
- Realizar Evaluación Pre Anestésica (EPA) y registro de Hoja de Anestesia
- Tecnólogo Médico debe verificar existencia de Cuestionario para examen de Resonancia Magnética si aplica.
- Paciente debe ser monitorizado con:
  - Electrocardiograma continuo.
  - Oximetría de pulso.
  - Presión arterial no invasiva.
  - Capnografía.
- Contar con implementación y equipos mínimos:
  - Carro de paro vigente.
  - Equipo e insumos para el manejo de la vía aérea (laringoscopios, cánulas, etc.)
  - Red de oxígeno.
  - Sistema de aspiración operativo.
  - Iluminación y espacios adecuados.

|                                                                                   |                                                               |                     |            |                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | CENTRO DE RESPONSABILIDAD<br>IMAGENOLOGIA                     | Característica      | API 1.2    | <br>Hospital Clínico<br>MAGALLANES |
|                                                                                   |                                                               | Versión             | 2          |                                                                                                                       |
|                                                                                   | SEDACIÓN Y/O ANESTESIA EN<br>PROCEDIMIENTOS<br>IMAGENOLÓGICOS | Próxima<br>Revisión | Abril 2024 |                                                                                                                       |
|                                                                                   |                                                               | Página              | 11 de 15   |                                                                                                                       |

- Contar con arsenal de medicamentos para la inducción, mantención y término de la anestesia (inductores, bloqueadores neuromusculares, analgesia, entre otros).
- Revisar máquina de anestesia, la que debe ser apropiada y compatible con examen de resonancia magnética.
- De realizarse un procedimiento con sedación por anestesiólogo, es imprescindible contar con la disponibilidad de una fuente de aporte continuo de oxígeno, dispositivos de ventilación a presión positiva, carro de paro; no siendo imprescindible la disponibilidad de máquina de anestesia.
- Contar con un lugar para observación y cuidados post anestésicos.
- El paciente ambulatorio debe ser dado de alta solo cuando anestesiólogo lo evalúe y determine que está en condiciones de trasladarse a su domicilio.

|                                                                                   |                                                         |                  |            |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | CENTRO DE RESPONSABILIDAD IMAGENOLOGIA                  | Característica   | API 1.2    |  |
|                                                                                   |                                                         | Versión          | 2          |                                                                                     |
|                                                                                   | SEDACIÓN Y/O ANESTESIA EN PROCEDIMIENTOS IMAGENOLÓGICOS | Próxima Revisión | Abril 2024 |                                                                                     |
|                                                                                   |                                                         | Página           | 12 de 15   |                                                                                     |

## VIII. ANEXOS

### Anexo 1

#### Indicaciones para pacientes pediátricos que requieren sedación.





### INDICACIONES PARA PACIENTES PEDIATRICOS QUE REQUIEREN SEDACIÓN (TAC Multicorte)

Nombre y Apellidos
Edad

*Para lograr el mejor rendimiento de su prestación, le indicamos que previo a su examen debe seguir la siguiente preparación:*

|                          |                                                                                                                                    |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>07:00</b>             | <i>Despertar al paciente.</i>                                                                                                      |
| <b>07:30</b>             | <i>Dar desayuno normalmente al paciente. (lo que acostumbra a tomar o comer.</i>                                                   |
| <b>Mañana del examen</b> | <i>Mantener al paciente despierto, durante la mañana del examen<br/>Dejar en ayunas hasta después del examen (no dar almuerzo)</i> |

Su citación es para el día \_\_\_\_\_, Hora de Examen \_\_\_\_\_.

**Presentarse a las 13:30 hrs. en Poli Pediatría (2° Piso, Bloque C), en donde se prepara al paciente para su examen en CR Imagenología.**

**Cualquier consulta acerca estas indicaciones  
Favor comunicarse a Fono 293 407, con Técnico Paramédico.**

Centro de Responsabilidad Imagenología - Hospital Clínico de Magallanes.  
Av. Los Flamencos 01364 Punta Arenas  
Fonos +56 61 293 409

|                                                                                   |                                                         |                  |            |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | CENTRO DE RESPONSABILIDAD IMAGENOLOGIA                  | Característica   | API 1.2    |  |
|                                                                                   |                                                         | Versión          | 2          |                                                                                     |
|                                                                                   | SEDACIÓN Y/O ANESTESIA EN PROCEDIMIENTOS IMAGENOLÓGICOS | Próxima Revisión | Abril 2024 |                                                                                     |
|                                                                                   |                                                         | Página           | 13 de 15   |                                                                                     |

## Anexo 2

## ANVERSO

|                                                                                   |              |             |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  |              |             |  |
|                                                                                   | FECHA EXAMEN | HORA EXAMEN |                                                                                     |

## ENCUESTA DE SEGURIDAD PARA RESONANCIA MAGNETICA

El Resonador Magnético es un imán muy potente, por lo que pueden originarse riesgos para la salud de las personas que lleven determinados implantes, aparatos u objetos metálicos, electrónicos, magnéticos o mecánicos y entren a la sala de Resonancia Magnética (RM). Por ese motivo solicitamos completar este cuestionario **ANTES** de entrar en la sala de RM.

**Tenga en cuenta que el Imán del Equipo de RM está SIEMPRE activo.**

|                                           |                     |      |                                                       |      |           |                      |
|-------------------------------------------|---------------------|------|-------------------------------------------------------|------|-----------|----------------------|
| Nombres y Apellidos                       |                     |      |                                                       |      | RUT       |                      |
| Fecha de Examen                           | Fecha de Nacimiento | Edad | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Sexo | Peso (kg) | Teléfono de Contacto |
| Examen de RM Solicitado                   |                     |      |                                                       |      |           |                      |
| Razón o síntomas para la indicación de RM |                     |      |                                                       |      |           |                      |



### ADVERTENCIA

Determinados implantes, aparatos u objetos pueden tener efectos nocivos para la salud en la zona o sala de RM. No entre en la zona o sala de RM mientras siga teniendo dudas o desee hacer preguntas sobre implantes, aparatos u objetos.

|                                                          |                          |                          |                                                                                                                                            |                        |
|----------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Por favor, marque los puntos que correspondan a su caso: |                          |                          |                                                         | <b>NOTA IMPORTANTE</b> |
| <b>Implantes, aparatos u objetos</b>                     | <b>SI</b>                | <b>NO</b>                | Por favor, antes de entrar en la zona o sala de RM quítese todos los objetos metálicos, como:                                              |                        |
| Marcapasos, Resincronizadores, etc.                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Audifonos, Beepers, Celulares.</li> </ul>                                                           |                        |
| Clip(s) de Aneurisma                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Llaves, anteojos, horquillas para el pelo, limas, joyas (incluyendo piercings), relojes.</li> </ul> |                        |
| Sistema de Neuroestimulación (cerebro/médula)            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Tarjetas magnéticas, Tarjetas de crédito, Tarjetas de débito, o similares.</li> </ul>               |                        |
| Catéter vascular (Swanz-Ganz)                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Monedas, lápices, cortaplumas, navajas, cortaúñas y herramientas en general.</li> </ul>             |                        |
| Prótesis electrónica de oído interno                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Prendas de vestir con cierres o hilos metálicos.</li> </ul>                                         |                        |
| Audifonos implantados                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>En la zona y sala de RM están terminantemente prohibidos los objetos metálicos sueltos.</b>                                             |                        |
| Bombas de Insulina o Infusión de medicamentos            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                            |                        |
| Implantes o aparatos electrónicos                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                            |                        |
| Protesis o implantes metálicos en el cuerpo              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                            |                        |
| Miembros artificiales o prótesis                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                            |                        |
| Piezas metálicas o cuerpos extraños en el cuerpo         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                            |                        |
| Piezas metálicas en el interior o exterior del cuerpo    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                            |                        |
| Prótesis dental (¿Removible?)                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                            |                        |
| Otros implantes                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                            |                        |

|                                                                                   |                                                         |                  |            |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | CENTRO DE RESPONSABILIDAD IMAGENOLOGIA                  | Característica   | API 1.2    |  |
|                                                                                   |                                                         | Versión          | 2          |                                                                                     |
|                                                                                   | SEDACIÓN Y/O ANESTESIA EN PROCEDIMIENTOS IMAGENOLÓGICOS | Próxima Revisión | Abril 2024 |                                                                                     |
|                                                                                   |                                                         | Página           | 14 de 15   |                                                                                     |

## REVERSO



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |              |       |                                       |                                |                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------|---------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| ¿Se ha practicado exámenes anteriores (Resonancia Magnética, Tomografía Computada, Radiografías, etc.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |              |       |                                       | SI<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> |
| RM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Fecha Examen |       | Zona Estudiada                        |                                |                                |
| TC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Fecha Examen |       | Zona Estudiada                        |                                |                                |
| ECO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Fecha Examen |       | Zona Estudiada                        |                                |                                |
| RX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Fecha Examen |       | Zona Estudiada                        |                                |                                |
| ¿Tiene historia de asma, reacción alérgica y/o respiratoria a reacción a medios de contraste usados en RM o TC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |              |       |                                       | SI<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> |
| ¿Usted ha sido operado?<br>¿De qué fue operado? Indique las fechas de estas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |              |       |                                       | SI<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> |
| ¿Ha sido sometido a tratamientos de quimioterapia o radioterapia?<br>Describa, e indique las fechas de estas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |              |       |                                       | SI<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> |
| ¿Ha sufrido alguna lesión ocular por un objeto metálico (Fragmento metálico, cuerpo extraño)?<br>Describa la lesión:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              |       |                                       | SI<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> |
| ¿Ha sufrido alguna lesión por un objeto metálico (proyector, metrallera, perdigones, esquirlas, agujas, etc.)?<br>Describa la lesión:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |              |       |                                       | SI<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> |
| ¿Está embarazada o podría estarlo?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |              |       |                                       | SI<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> |
| ¿Está usted amamantando?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |              |       |                                       | SI<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> |
| ¿Es usted claustrofóbico (miedo incontrolable a los espacios pequeños y/o cerrados)?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              |       |                                       | SI<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> |
| ¿Está actualmente en el diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad renal o sospecha de ella?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |              |       |                                       | SI<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> |
| Indique el resultado de su Creatinemia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |              | mg/dl |                                       | Fecha Examen                   |                                |
| <b>DECLARO:</b><br>Que he recibido y comprendido la información sobre el procedimiento que se me va a realizar y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.<br>Que he recibido una copia del formulario y que he comprendido lo escrito en el mismo.<br>Que he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.<br>En consecuencia:<br><p style="text-align: center;"><b>DOY MI CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO.</b></p> |              |       |                                       |                                |                                |
| Nombre y Firma<br>Paciente o Representante Legal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |              |       | Nombre y Firma<br>Tecnólogo Médico RM |                                |                                |

|                                                                                   |                                                               |                     |            |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | CENTRO DE RESPONSABILIDAD<br>IMAGENOLOGIA                     | Característica      | API 1.2    |  |
|                                                                                   |                                                               | Versión             | 2          |                                                                                     |
|                                                                                   | SEDACIÓN Y/O ANESTESIA EN<br>PROCEDIMIENTOS<br>IMAGENOLÓGICOS | Próxima<br>Revisión | Abril 2024 |                                                                                     |
|                                                                                   |                                                               | Página              | 15 de 15   |                                                                                     |

## VIII. REGISTRO HISTORICO DE CONTROL DE CAMBIOS

| Versión | Revisada por                                                               | Fecha      | Cambios ingresados                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------|----------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0       | Dr. Paulo Carrasco G.                                                      | 18/04/2016 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Se eliminan definiciones en relación a los grados de sedación.</li> </ul>                                                                                                                                        |
| 1       | Dr. Paulo Carrasco G.<br>Dra. Daniela Pivcevic C.<br>TM Jessica Mensing B. | 16/04/2019 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Se incluye el alcance y se modifica el objetivo del documento.</li> <li>Se incluye en el Ámbito de responsabilidad a la Enfermera Clínica del CAE Infantil y al TENS de procedimientos Área Infantil.</li> </ul> |