



Resolución Directoral

Callao, 12 de Setiembre del 2018

VISTOS:

El Informe N° 125-2018-HN-DAC-DECC, elaborado por el Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, el Memorando N° 583-UO-OEPE-HNDAC-2018, emitido por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, y el Informe N° 503-2018-HNDAC/OAJ, elaborado por la Oficina de Asesoría Jurídica.

CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad; siendo irrenunciable la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública e interviniendo en la provisión de servicios de atención médica con arreglos a principios de equidad;

Que, la Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión de Estado, declara al Estado Peruano en proceso de modernización en sus diferentes instancias, dependencias, entidades, organizaciones y procedimientos, con la finalidad de mejorar la gestión pública, en el marco de un Estado democrático, descentralizado y al servicio del ciudadano;



Que, mediante Resolución Ministerial 0386-2006/MINSA que aprueba la N.T. 042-MINSA/DGSP-V01 Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia la cual tiene por finalidad mejorar la calidad de atención que se brinda al paciente en los servicios de emergencia de los establecimientos públicos y privados del Sector Salud;

Que, el Artículo 4 del Decreto Supremo N° 016-2002-SA que aprueba el Reglamento de la Ley que Modifica la Ley General de Salud N° 26842, Respecto de la Obligación de los Establecimientos de Salud a Dar Atención Médica en Casos de Emergencias y Partos, constituye que todos los establecimientos de salud, sin excepción, están obligados a prestar atención inmediata a toda persona en situación de emergencia (...);



Que, del mismo modo el precitado Reglamento dispone en el Artículo 6, todo el personal que brinda atención de emergencia en un establecimiento de salud, debe tener capacitación suficiente para el manejo de los pacientes que requieran este tipo de atención;



Que, asimismo siguiendo con las disposiciones establecidas por la Resolución Ministerial 050-2016/MINSA. "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud" el cual encarga de establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los Documentos Normativos que expide el Ministerio de Salud;

Que, el Artículo 37 del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo aprobado por Decreto Supremo N° 013-2006-SA, señala que el director médico le corresponde



Disponer y supervisar las medidas para el cumplimiento de las normas referidas a la atención de emergencia;

Que, el artículo 5 del mismo Documento Normativo, establece que "los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo para dar inicio a sus actividades deben contar con un reglamento interno y otros documentos de gestión (...), siendo además, que deben contar, en cada área, unidad o servicio, con manuales de procedimientos, guías de práctica clínica referidos a la atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimiento, seguridad, y otros que sean necesarios, según sea el caso";

Que, por otro lado, el numeral 70.3 del artículo 70 del Texto Único Ordenado de la Ley del Procedimiento Administrativo General (Sistematiza la Ley N° 27444 y el Decreto Legislativo N° 1272), aprobado por Decreto Supremo N° 006-2017-JUS, establece que "cada Entidad es competente para realizar las tareas materiales internas necesarias para el eficiente cumplimiento de su misión y objetivos";

Que, mediante el Memorando N° 583-UO-OEPE-HNDAC-2018, emitido por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, se considera pertinente aprobar Directiva Sanitaria del Proceso de Atención del Paro Cardio Respiratorio Intrahospitalario del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión;

Que, sobre el particular, el literal c) del artículo 8 del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, establece como atribución y responsabilidad de la Dirección General entre otros, aprobar documentos de gestión, según las normas vigentes, así como ejecutar eficiente del presupuesto asignado;

En uso de las facultades y atribuciones conferidas a la Directora General en el literal j) del Artículo 8° del "Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión", aprobado mediante Ordenanza Regional N° 000006;

De conformidad con lo dispuesto en la Resolución Ministerial 0386-2006/MINSA que aprueba la N.T 042-MINSA/DGSP-V01 "Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia", Decreto Supremo N° 013-2006-SA que aprueba el Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo y la Ordenanza Regional N° 000006, Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión;

Con la visación de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Dirección adjunta de Gestión Clínica, la Oficina Ejecutiva de Administración, el Departamento de Emergencias y Cuidados Críticos y la Oficina de Asesoría Jurídica.

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR la Directiva Sanitaria, Proceso de Atención del Paro Cardio Respiratorio Intrahospitalario del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, DIR-DECC-01, Edición N.° 001, el cual se encuentra contenido en Veintisiete (27) folios, que en documento se adjunta y forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- DISPONER que el Departamento Emergencia y Cuidados Críticos, ejecute las acciones correspondientes a la implementación, aplicación y supervisión de la Guía de Práctica Clínica citada en el artículo precedente.

Artículo 3°.- PUBLICAR la presente resolución en el Portal Institucional (www.hndac.gob.pe), en cumplimiento a la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública y sus modificatorias.

Regístrese, comuníquese y cúmplase.

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión
Dra. María Elena Aguilar Del Aguila
CMP. 021512 RNE. 011809
DIRECTORA GENERAL

	DIRECTIVA SANITARIA	DIR -DECC - 01
	PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARO CARDIO RESPIRATORIO INTRAHOSPITALARIO	Edición N° 001
	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos Hospital Nacional "Daniel A. Carrión"	Página 1 de 27

DIRECTIVA SANITARIA:

PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARO CARDIO RESPIRATORIO INTRAHOSPITALARIO

Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos
Hospital Nacional Daniel A. Carrión del Callao



Elaborado por: DECC MC. CARLOS G. SALCEDO ESPINOZA
MC. PATRICIA GUTIERREZ MONTOYA
MC. EDWIN PALOMINO ESCUDERO

Revisado: DGPSS MC. Ricardo Corcuera Rodríguez
DG-DAGC MC. Élber Del Águila Quispe
OEPE MC. Víctor Ronceros Rivadeneira
OEA Lic. Cesar Enríquez Gutiérrez
OAJ Abog. Álvaro Novoa Allagual

Aprobado: DG MC. María Elena Aguilar Del Águila

Resolución Directoral N° 314

Fecha : 12 SEP. 2018



	DIRECTIVA SANITARIA	DIR -DECC - 01
	PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARO CARDIO RESPIRATORIO INTRAHOSPITALARIO	Edición N° 001
	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos Hospital Nacional "Daniel A. Carrión"	Página 2 de 27

INDICE

I. FINALIDAD Y JUSTIFICACION TECNICA	3
II. AMBITO DE APLICACIÓN	3
III. BASE LEGAL	3
IV. DISPOSICIONES GENERALES	4
4.1. Definiciones	4
V. DISPOSICIONES ESPECIFICAS	5
5.1. Importancia de la Resucitación Cardiopulmonar (RCP)	5
5.2. Importancia de la Cadena de Supervivencia o de la Vida	5
a. Primer eslabón: Vigilancia y Prevención	6
b. Segundo eslabón: Identificación del Paro y Activación del Sistema	9
c. Tercer eslabón: Reanimación Básica o RCP Básico	11
d. Cuarto eslabón: Desfibrilación o Terapia Eléctrica	12
e. Quinto eslabón: Reanimación Avanzada y Cuidados Post Parada	16
VI. RESPONSABILIDADES	21
VII. DISPOSICIONES FINALES	21
VIII. ANEXOS	22
Anexo 1: Algoritmo RCP	22
Anexo 2: Maletín para Soporte Avanzado de RCP	23
Anexo 3: Maletín para Soporte Básico de PCR	24
Anexo 4: Revisión y Mantenimiento Carro de Maletines	24
Anexo 5: Flujograma del proceso de Atención	25
Anexo 6: Hoja de Retroalimentación	26
IX. BIBLIOGRAFIA	27



R. CORCUERA R.



E. DEL AGUILA O.



V. RONCEROS R.



A. J. NOVOA A.



Dr. C. SALCEDO E.



ENRIQUEZ G.

	DIRECTIVA SANITARIA	DIR -DECC - 01
	PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARO CARDIO RESPIRATORIO INTRAHOSPITALARIO	Edición N° 001
	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos Hospital Nacional "Daniel A. Carrión"	Página 3 de 27

I. FINALIDAD Y JUSTIFICACIÓN TÉCNICA

En el Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao existe una normativa que regula el proceso de la atención del Paro Cardio Respiratorio (PCR).

Sin embargo, a la luz de cambios en los conocimientos de esta circunstancia médica es necesario y conveniente actualizar la atención del proceso de atención, a través de la presente Directiva que comprende a los servicios del Departamento de Emergencias y Cuidados Críticos (DECC)

Por esta razón se presenta esta Directiva que abarca los siguientes objetivos:

1. Establecer la comprensión del PCR en base a los conocimientos actuales de carácter mundial
2. Establecer los roles de cada órgano o estructura en el proceso de respuesta ante un PCR que ocurra dentro del Hospital Nacional Daniel A. Carrión (HNDAC).
3. Establecer la cadena de responsabilidades respecto de su proceso de generación y respuesta.
4. Establecer las características de calidad del proceso de elaboración y respuesta de la interconsulta médica en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión.



II. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente documento es de aplicación obligatoria a los servicios asistenciales y administrativos que forman parte del Hospital Nacional Daniel A. Carrión y que guardan relación con el Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos.



III. BASE LEGAL

- Ley N° 23728 – Establecen normas generales que regulan el trabajo y la carrera de los profesionales de la salud que prestan servicios asistenciales y administrativos en el Sector Público, bajo el régimen de la Ley N° 11377.
- Ley N° 23536 – Ley que establece las normas generales que regulan el trabajo y la carrera de los profesionales de la Salud.
- Decreto Supremo N° 016-2002-SA. Aprueban reglamento de Ley N° 27604 que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos.
- Resolución Ministerial 038-2006/MINSA que aprueba la N.T. 042-MINSA/DGSP-V01. "Norma técnica de salud de los servicios de emergencia".



	DIRECTIVA SANITARIA	DIR –DECC - 01
	PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARO CARDIO RESPIRATORIO INTRAHOSPITALARIO	Edición N° 001
	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos Hospital Nacional "Daniel A. Carrión"	Página 4 de 27

- Resolución Ministerial 850-2016/MINSA. "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud",

IV. DISPOSICIONES GENERALES

4.1 Definiciones

CADENA DE LA SUPERVIVENCIA

Eventos o eslabones sucesivos de cumplimiento obligatorio. Actualmente se ha establecido una cadena de supervivencia para el paro intrahospitalario y otra muy parecida para el paro extrahospitalario.

MUERTE CLÍNICA

Ausencia de respiración y circulación espontánea, es reversible hasta los 4 minutos de iniciado



MUERTE BIOLÓGICA

Prosigue a la muerte clínica, hay una carencia total del oxígeno que requieren las células para vivir (anoxia), hay compromiso encefálico y de todos los órganos; se torna irreversible luego de 8 a 10 minutos



MUERTE ENCEFÁLICA o CEREBRAL

Muerte biológica del encéfalo, significado por la muerte del tronco encefálico, a pesar de que el corazón vuelva a latir; es de carácter irreversible.



PARADA o PARO CARDIO RESPIRATORIO (PCR)

Estado clínico consecuente al "cese o interrupción total potencialmente reversible de la circulación y respiración espontáneas".

PARO EXTRAHOSPITALARIO (PCEH)

Paro cardio respiratorio que se produce en ambiente no hospitalario como domicilio, calle, escuelas, centros de esparcimiento, etc. Tiene características propias que no serán tocadas en este instructivo.



PARO INTRAHOSPITALARIO (PCIH)

Paro cardio respiratorio que se produce dentro de un ambiente hospitalario, principalmente en hospitales que cuentan con salas de hospitalización.

REANIMACIÓN CARDIO RESPIRATORIA (RCP)

Conjunto de medidas estandarizadas que aplicadas ordenadamente tienen la finalidad de sustituir y reinstaurar la respiración y circulación espontánea, con el objetivo fundamental de recuperar al íntegro la función cerebral normalizando la entrega de oxígeno a nivel celular.



	DIRECTIVA SANITARIA	DIR -DECC - 01
	PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARO CARDIO RESPIRATORIO INTRAHOSPITALARIO	Edición N° 001
	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos Hospital Nacional "Daniel A. Carrión"	Página 5 de 27

RCP BÁSICA

Procedimiento estandarizado dirigido a suplantar la circulación perdida en tanto y cuanto se reinstaura la circulación espontánea, se basa compresiones, apoyo ventilatorio y desfibrilación externa.

RCP AVANZADA

Procedimiento estandarizado que se suma a la RCP básica para restaurar la circulación espontánea, en base a técnicas especializadas de manejo ventilatorio y circulatorio, comprende alternativas de acceso circulatorio, vía aérea avanzada, desfibrilación externa avanzada y administración de drogas especializadas

CUIDADOS POST REANIMACIÓN

Procedimientos que se ejecutan en una unidad de cuidado crítico enfocándose en la recuperación de los daños causados por el PCR, fundamentalmente en el encéfalo y órganos nobles.

V. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

5.1. IMPORTANCIA DE LA RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)

Ante un cese total de la circulación es imprescindible sostener aunque sea en un mínimo la viabilidad celular sobre todo del encéfalo y del corazón y así mismo recuperar el latido espontáneo.

Así los mejores y únicos resultados serán obtenidos cuando la persona que detecte un PCR inicie la RCP en su forma más elemental (RCP Básica) de modo inmediato aunando la desfibrilación temprana (preferiblemente dentro de 3-5 minutos del inicio del colapso), luego continuando sin interrupción con la RCP Avanzada realizada por personal sanitario calificado con los medios técnicos adecuados. Para el caso de PCR extrahospitalario se requiere contar con Unidades Móviles de Cuidados Intensivos.

El concepto de Soporte Vital es más amplio que el de RCP y aunque lo incluye, abarca las acciones dirigidas al mantenimiento de funciones vitales en situaciones de emergencias distintas del PCR.

5.2. IMPORTANCIA DE LA CADENA DE SUPERVIVENCIA O DE LA VIDA

La posibilidad de sobrevivir a un PCR depende primordialmente de la aplicación de una serie de intervenciones sucesivas y decisivas cual eslabones de una cadena. La ausencia o el retraso en la aplicación de cualquiera de ellas hacen muy poco probable la restauración de la vida. Los 5 eslabones que conforman la cadena de la supervivencia para paro intrahospitalario son:

- Vigilancia y prevención
- Reconocimiento y activación del sistema de respuesta a emergencias



R. CORCUERA R.



E. DEL AGUILA Q.



V. RONCEROS R.



A. J. NOVOA A.

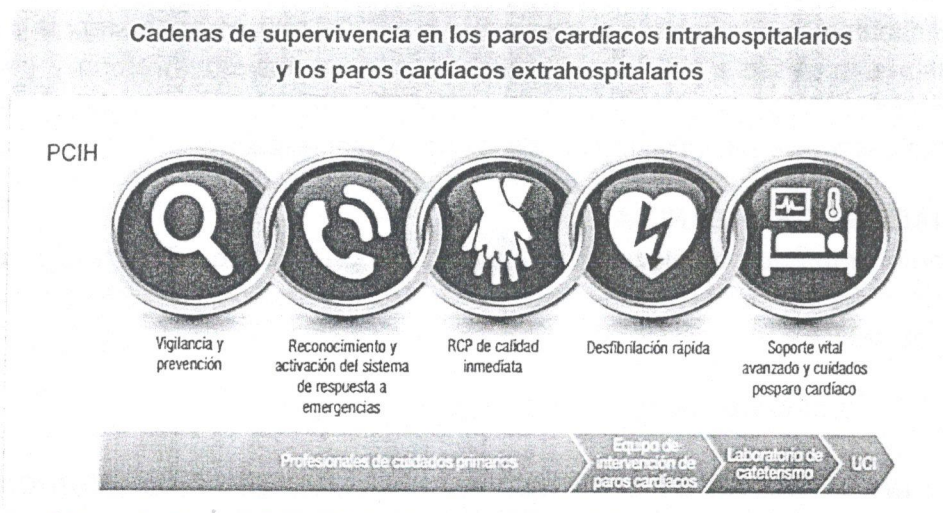


Dr. C. CALCEDO



C. ENRIQUEZ G.

- c. RCP básica con inmediatez y calidad
- d. Desfibrilación temprana
- e. Soporte vital avanzado y cuidados posparada cardiaca



a. Primer eslabón: VIGILANCIA Y PREVENCIÓN

El primer eslabón considera la identificación del paciente en riesgo de sufrir un paro cardio respiratorio es decir la identificación precoz del paciente potencialmente crítico que de no ser atendido puede evolucionar desfavorablemente y llegar al PCR.



Los signos de alarma que nutren el sistema de vigilancia y prevención son:

PARÁMETROS FISIOLÓGICOS	3	2	1	0	1	2	3
FRECUENCIA RESPIRATORIA	≤ 8		9--11	12--20		21-24	≥ 25
SATURACIÓN DE OXÍGENO	≤ 91	92-93	94-95	≥ 96			
USO DE OXÍGENO SUPLEMENTARIO		SI		No			
TEMPERATURA	≤ 35		35.1-36	36.1-38	38.1 - 39	≥ 39.1	
PRESIÓN SISTÓLICA	≤ 90	91-100	101-110	111-219			≥ 220
FRECUENCIA CARDIACA	≤ 40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131
NIVEL DE CONCIENCIA*				A			V, P o U



	DIRECTIVA SANITARIA	DIR –DECC - 01
	PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARO CARDIO RESPIRATORIO INTRAHOSPITALARIO	Edición N° 001
	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos Hospital Nacional "Daniel A. Carrión"	Página 7 de 27

*Nivel de conciencia: A, alerta; V, reactivo al estímulo verbal; P, reactivo al estímulo doloroso; U, no responde

SCORE	RIESGO
0	Bajo
Acumulado 1-4	
Puntaje rojo individual 3	Medio
Acumulado 5-6	
Acumulado 7 a mas	Alto

Los pacientes de hospitalización en salas generales deben ser evaluados con el score NEW por el personal de enfermería y según los resultados se deberían tomar las siguientes disposiciones:



Riesgo bajo: informar al médico de planta sobre cambios discretos en la evaluación

Riesgo medio: informar a médico de planta y considerar evaluación por medicina de emergencia y/o cuidados intermedios



Riesgo alto: informar al médico de planta y llamar a cuidados intermedios y/o cuidados intensivos ante deterioro agudo que muy posiblemente precise escalamiento de cuidado y monitoreo



PUNTAJE	FRECUENCIA DE MONITOREO
0	Mínimo c/12h
1 — 4	Mínimo c/4-6h
5 o más o 3 en un solo parámetro	Cada hora
7 o mas	Monitoreo continuo de signos vitales



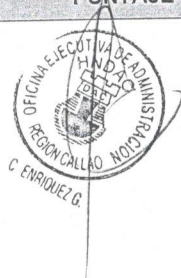
Los sistemas de alerta temprana han demostrado poder disminuir la incidencia de parada cardiaca en las unidades de cuidados generales.



	DIRECTIVA SANITARIA	DIR -DECC- 01
	PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARO CARDIO RESPIRATORIO INTRAHOSPITALARIO	Edición N° 001
	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos Hospital Nacional "Daniel A. Carrión"	Página 8 de 27

Hoja de Monitoreo

NOMBRE						
FECHA						
HORA						
FRECUENCIA RESPIRATORIA	>=25					3
	21-24					2
	12--20					0
	9--11					1
	<=8					3
Saturación de Oxígeno	>=96%					0
	94-95%					1
	92-93%					2
	<=91%					3
Oxígeno suplementario						2
TEMPERATURA	>=39					2
	38.1-39					1
	36.1-38					0
	35.1-36					1
	<=35					3
PRESIÓN SISTÓLICA	>=220					3
	111-219					0
	101-110					1
	91--100					2
	<=90					3
FRECUENCIA CARDIACA	>=131					3
	111-130					2
	91-110					1
	51-90					0
	41-50					1
	<= 40					3
NIVEL DE CONCIENCIA	ALERTA					0
	V/P/U					3
PUNTAJE TOTAL						



	DIRECTIVA SANITARIA		DIR -DÈCC - 01
	PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARO CARDIO RESPIRATORIO INTRAHOSPITALARIO		Edición N° 001
	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos Hospital Nacional "Daniel A. Carrión"		Página 9 de 27

b. Segundo eslabón: IDENTIFICACIÓN DEL PARO Y ACTIVACIÓN DEL SISTEMA DE RESPUESTA

El segundo eslabón corresponde a:

- o reconocimiento por parte del personal de salud del paro cardio respiratorio, seguido de inmediato por
- o activación del sistema de respuesta que concurrirá para proveer RCP avanzada.

• **Identificación o Reconocimiento de PCR**

Un PCR se sustenta en constatar:

- o pérdida del estado de conciencia identificado por la no respuesta al llamado (NO OYE)
- o pérdida o ausencia visible de movimiento respiratorio (NO RESPIRA)
- o en caso de personal entrenado ausencia de pulso preferentemente en la arteria carótida (NO LATE)

• **Situaciones a considerar en la identificación de un PCR:**

- o Si el paciente no oye, pero si respira y late, solo se procede a posición de seguridad.

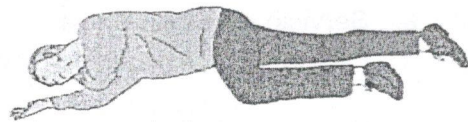
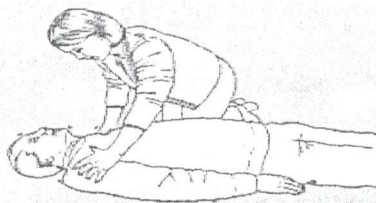
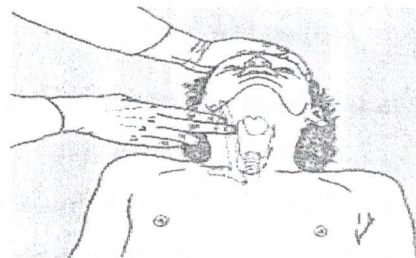
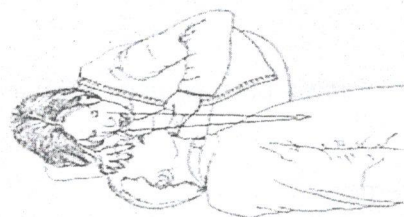


Figure 2.18 The recovery position. © 2005 European Resuscitation Council.

- o Si el paciente no oye y no respira pero si late, se procede a dar ventilaciones de rescate con bolsa de reanimación (ambú) cada 5-6 segundos con una frecuencia de 10-12 x min. (Solo se podría dar ventilación de boca a boca de estar seguro de la condición no contagiosa del paciente).



Esta situación es efímera y de no recuperar la respiración pasará a condición de Paro Cardio Respiratorio (PCR), no oye, no respira, no late.



R. CORCUERA R.



E. DEL AGUILA O.



V. RONCEROS R.



A. J. NOVOA A.



Dr. G. SALCEDO E.



C. ENRIQUÉZ G.

	DIRECTIVA SANITARIA	DIR-DECC-01
	PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARO CARDIO RESPIRATORIO INTRAHOSPITALARIO	Edición N° 001
	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos Hospital Nacional "Daniel A. Carrión"	Página 10 de 27

Una vez identificado el PCR se activa de inmediato el sistema de respuesta y se inicia casi simultáneamente la RCP básica.

Sistema de respuesta:

- En caso que sea una sola persona quien identifica el PCR debe antes de iniciar la RCP básica activar el sistema de respuesta, esta situación es más factible de presentarse en un paro extrahospitalario.
- En caso de que hayan dos o más personas una de ellas inicia RCP básica y la otra activa el sistema

Estructuración del sistema

El sistema consta de lo siguiente:

- Áreas responsables de dar asistencia con RCP avanzada y su ámbito geográfico:
 - Servicio o Unidad de Cuidados Intensivos(UCI):
Edificación San Juan desde el 2do al 9no piso
 - Servicio de Emergencia:
Edificación San Juan 1er piso y Edificación Carrión
 - Departamento de Anestesiología:
Centros quirúrgicos y salas de Recuperación post anestésica
 - UCI pediátrica:
Servicios de atención pediátrica y consultorios de pediatría
 - UCI neonatal:
Servicios de atención neonatal

Modo de Activación

Llamada telefónica por anexo **dedicado** y **exclusivo** para equipos RCP avanzada:

- 2550 UCI adultos
- 2178 Trauma Shock de Emergencia
- 2500 UCI pediátrica
- 2311 UCI Neonatal

Conformación de Equipo RCP Avanzada



	DIRECTIVA SANITARIA	DIR –DECC - 01
	PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARO CARDIO RESPIRATORIO INTRAHOSPITALARIO	Edición N° 001
	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos Hospital Nacional "Daniel A. Carrión"	Página 11 de 27

- Médico asistente
- Médico residente mayor
- Opcionalmente otro profesional de la salud de ser necesario

c. Tercer eslabón: REANIMACIÓN BÁSICA o RCP BÁSICO

Consiste en brindar reanimación básica temprana, hasta que llegue el equipo de RCP avanzada.

El inicio de la RCP básica está a cargo del personal de salud que detecta el PCR (médico asistencial, residente, enfermera, técnico de enfermería, interno de medicina, alumno de medicina, entre otros) todos ellos deben estar capacitados documentadamente en RCP básica.

La RCP básica se realizara tal como lo establecen las Guías de Reanimación 2015.

Secuencia de acciones (C-A-B)

C) CIRCULACIÓN

Basada en compresiones torácicas de calidad eso significa que las compresiones deben cumplir los siguientes requisitos:

- o Frecuencia: 100-120 x min
- o Profundidad de compresión sobre el esternón: 5 cm
- o Relación compresión / descompresión del tórax : 1 / 1 para permitir la adecuada re expansión del tórax,
- o Minimizar las interrupciones y evitar la excesiva ventilación.

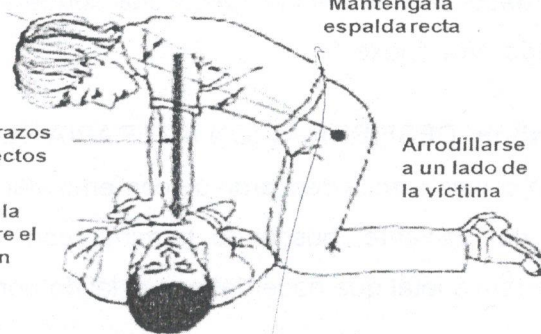
Utilice el peso de su cuerpo
para hacer la compresión

Mantenga la
espalda recta

Brazos
rectos

Talón de la
mano sobre el
esternón

Arrodillarse
a un lado de
la víctima

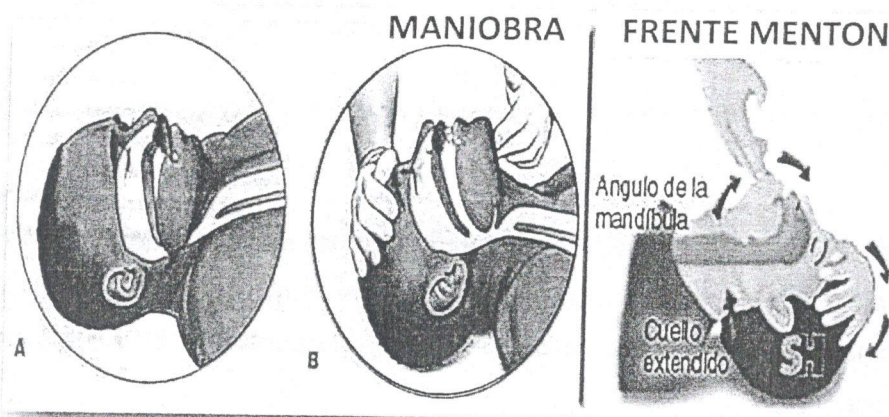


	DIRECTIVA SANITARIA	DIR -DECC - 01
	PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARO CARDIO RESPIRATORIO INTRAHOSPITALARIO	Edición N° 001
	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos Hospital Nacional "Daniel A. Carrión"	Página 12 de 27

A) VÍA AÉREA

Busca preservar la viabilidad del pase de aire

Posicionar la cabeza de manera tal que se alinee la boca con la tráquea



B) RESPIRACIÓN

- ✓ Iniciar apoyo ventilatorio sin descuidar las compresiones a razón de 02 ventilaciones cada 30 compresiones
- ✓ El uso de la bolsa de reanimación o AMBU (m.r.) es importante recordando las siguientes características de la bolsa:
 - ✓ Es obligatorio que exista una buena oclusión de la máscara sobre la boca pues un solo reanimador brindar un volumen inadecuado por falla en el sellado.
 - ✓ Uso ideal cuando hay dos reanimadores.
 - ✓ Proporciona un volumen de 1000 – 2000 ml
 - ✓ Usar O2 a 15 L/min.
 - ✓ Que la bolsa tenga válvula de escape unidireccional.
 - ✓ De ser posible con bolsa de reservorio

Esta dinámica debe ser mantenida hasta que llegue el desfibrilador o el equipo de soporte avanzado. Ver anexo 1.

d. Cuarto eslabón: DESFIBRILACIÓN o TERAPIA ELÉCTRICA

La desfibrilación consiste en la descarga de corriente eléctrica continua y de alta energía sobre el tórax del paciente, buscando terminar con la alteración eléctrica que ha ocasionado la arritmia letal que hace detiene el latido normal.



	DIRECTIVA SANITARIA	DIR -DECC - 01
	PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARO CARDIO RESPIRATORIO INTRAHOSPITALARIO	Edición N° 001
	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos Hospital Nacional "Daniel A. Carrión"	Página 13 de 27

Los ritmos de paro cardiaco desfibrilables son la fibrilación ventricular y la taquicardia ventricular sin pulso

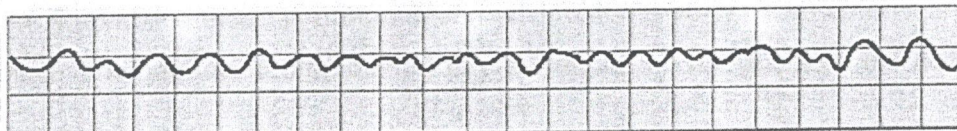


Figura 4a.
Fibrilación ventricular gruesa.

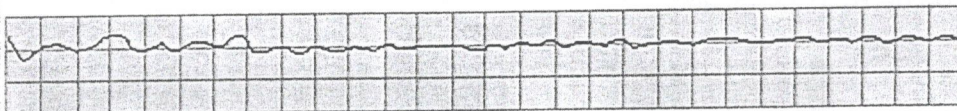
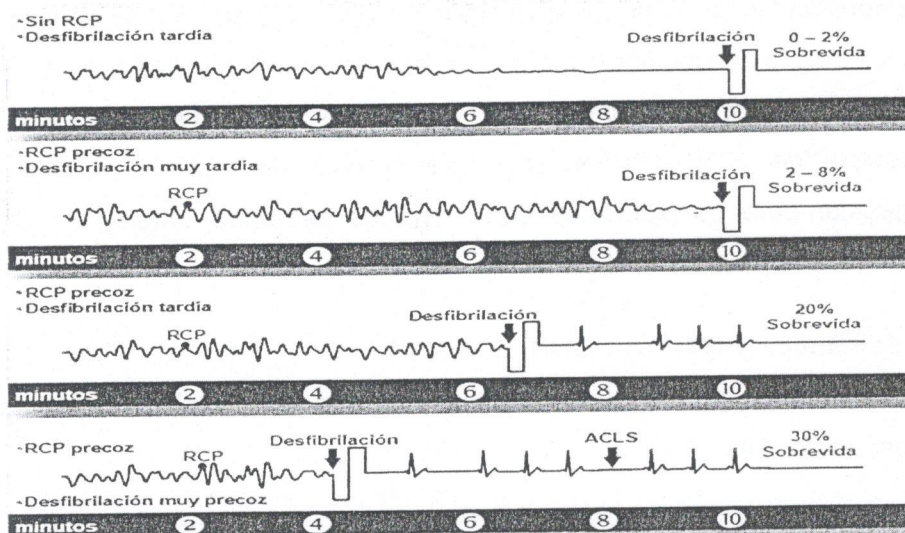


Figura 4b.
Fibrilación ventricular fina.

La única terapia posible es la desfibrilación, de ahí que se considera a la desfibrilación como un eslabón independiente de la cadena de la supervivencia

La desfibrilación temprana (dentro de los 3-5 min del inicio del paro) se corresponde con una a con una tasa de sobrevida tan alta como del 50-70%.



La tecnología actual nos permite contar con dos tipos de desfibriladores:

- Desfibrilador Externo Automático (DAE)
- Desfibrilador semiautomático o Manual (DM)



R. CORCUERA R.



F. DEL AGUILA O.



V. RONCEROS R.



A. J. NOVCA A.



Dr. C. SALCEDO E.



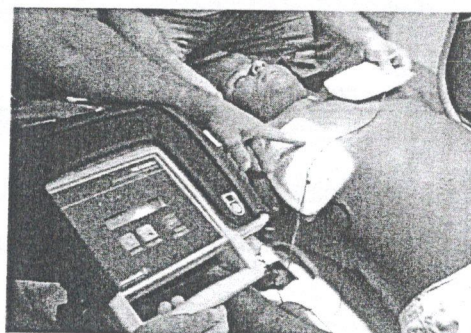
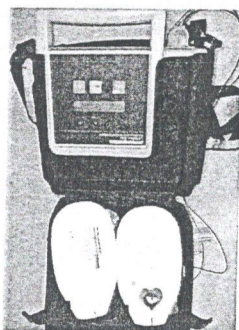
ENRIQUEZ G.

	DIRECTIVA SANITARIA	DIR -DECC - 01
	PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARO CARDIO RESPIRATORIO INTRAHOSPITALARIO	Edición N° 001
	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos Hospital Nacional "Daniel A. Carrión"	Página 14 de 27

El DAE es el desfibrilador que de manera automática identifica la arritmia y ejecuta la descarga al margen del personal que ejecuta la resucitación.

El DAE con su facilidad de empleo está más apegado al tercer eslabón de RCP básico y puede ser usado luego de un pequeño entrenamiento por el personal incluso no de salud.

El DM es un desfibrilador que puede ser regulado según circunstancia y corresponde al eslabón de RCP Avanzado



R. CORCUERA R.



E. DEL AGUILA Q.



V. RONCEROS R.



A. J. NCVOA A.



Dr. C. SALCEDO E.

UBICACIÓN DE DAE en el HNDAC

El tiempo ideal para desfibrilar está entre 3 a 5 minutos de iniciado el PCR Sin embargo, de acuerdo a la distribución geográfica expuesta en el SISTEMA DE RESPUESTA, este tiempo será poco probable de cumplir por la distancia por los equipos de RCP Avanzada. El equipo de RCP Básica será responsable de aplicar el DAE en lugares estratégicamente considerados como lejanos debiendo obtener el DAE según la siguiente distribución:

DAE 1: PRIMER PISO CARRIÓN. ZONA 1A

Ubicado en consultorio externo de oftalmología (primer piso, ala izquierda, edificación Carrión, sector 1A).

Este DAE se priorizara para oftalmología, otorrinolaringología, oficinas del SIS, pediatría, medicina de rehabilitación niños, consultorio de cirugía pediátrica y cirugía plástica de la zona geográfica 1A.

DAE 2: PRIMER PISO CARRIÓN. ZONA 1B

Ubicado en servicio de medicina física y rehabilitación (primer piso, ala derecha, edificación Carrión, sector 1B)



ENRIQUEZ G.

	DIRECTIVA SANITARIA		DIR –DECC - 01
	PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARO CARDIO RESPIRATORIO INTRAHOSPITALARIO		Edición N° 001
	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos Hospital Nacional "Daniel A. Carrión"		Página 15 de 27

Este DAE se priorizará para Rehabilitación, consultorios de psiquiatría, dermatología, oncología, hematología, gastroenterología; programa de tuberculosis, epidemiología, odontología y oficinas ubicadas en la zona geográfica 1B.

DAE 3: SEGUNDO PISO CARRIÓN. ZONA 2A

Ubicado en hospitalización de oncología (segundo piso, ala izquierda, edificación Carrión, sector 2A)

Este DAE priorizará oncología, hematología, cirugía pediátrica, segundo piso de oftalmología, sala de operaciones de oftalmología y oficinas ubicadas en la zona geográfica 2A.

DAE 4: SEGUNDO PISO CARRIÓN. ZONA 2B

Ubicado en el Centro de Excelencia (CENEX) ubicado en el segundo piso, ala derecha, edificación Carrión, sector 2B

Este DAE priorizará los servicios de neumología, infectología, hospitalización de pediatría y oficinas ubicadas en la zona geográfica 2B

CROQUIS DE ZONAS GEOGRÁFICAS

PRIMERA PLANTA

ZONA A				ZONA B		
CONSULTA DE OFTALMOLOGIA	CONSULTA OTORRINO	CONSULTA EXTERNA CIRUG. PED. - CIRUG. PLAST. Y MEDICINA DE REHABILITACION NIÑOS	ASCENSOR	CONSULTORIOS EXTERNOS	CONSULTA EXTERNA DERMATOLOGIA	CONSULTA ONCOLOGIA
DAE	OFICINAS DEL SIS	CONSULTA DE PEDIATRIA	T U N E L	REHABILITACION	CONSULTA EXTERNA DERMATOLOGIA	CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS GASTRO
				DAE		

SEGUNDA PLANTA

ZONA A				ZONA B		
CIRUGIA OFTALMOLOGIA	MEDICINA OCUPACIONAL	HOSPITALIZACION QX PEDIATRICA	ASCENSOR		DAE	CENEX
DAE	HOSPITALIZACION ONCOLOGIA	HOSPITALIZACION HEMATOLOGIA		HOSPITALIZACION PEDIATRIA		NEUMOLOGIA



	DIRECTIVA SANITARIA	DIR –DECC - 01
	PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARO CARDIO RESPIRATORIO INTRAHOSPITALARIO	Edición N° 001
	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos Hospital Nacional "Daniel A. Carrión"	Página 16 de 27

Roles y actividades:

El contar y usar el DAE es responsabilidad del equipo de RCP básico, para ello se debe cumplir con lo siguiente:

1. Rescatador 1, personal de mayor experiencia, ejecuta maniobras de compresión
2. Rescatador 2, personal que trae el DAE, según la distribución geográfica establecida
3. Rescatador 3, activa el sistema de alarma a través de teléfono dedicado

El rescatador 1, dirige la colocación del DAE en el paciente, sin interrumpir las compresiones y es responsable de seguir y hacer seguir las instrucciones del DAE.

e. Quinto eslabón: REANIMACIÓN AVANZADA Y CUIDADOS POST PARADA

El quinto eslabón está a cargo del equipo según lo establecido en este instructivo. Los equipos de reanimación avanzada tienen la siguiente conformación:



- Médico asistente de UCI o EMG según el caso
- Médico residente mayor
- Opcionalmente otro profesional de la salud de ser necesario



El equipo de RCP avanzada será responsable de:

1. Ordenar acceso circulatorio
2. Ordenar la administración de drogas
3. Vía aérea avanzada: intubación endotraqueal
4. Terapia eléctrica avanzada



Médico asistente, en su calidad de médico más experimentado y capacitado, asume:

- El comando de la reanimación
- Controla el tiempo de inicio y culminación de la RCP
- Evalúa historial del paciente y causas posibles
- Ordena administración de drogas
- Dirige el procedimiento de vía aérea avanzada y el masaje cardíaco
- Ordena el retiro de personas no necesarias para la RCP
- Decide la suspensión de la reanimación sea por salida a ritmo de perfusión o por la falta de respuesta a maniobras con la posterior declaratoria de hora de fallecimiento



	DIRECCIÓN SANITARIA	DIR -DEGC - 01
	PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARO CARDIO RESPIRATORIO INTRAHOSPITALARIO	Edición N° 001
	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos Hospital Nacional "Daniel A. Carrión"	Página 17 de 27

- Responsable directo de registrar en la historia clínica el proceso de atención de la reanimación con sus resultados
- Responsable de efectuar las coordinaciones para los cuidados post parada cardiaca.

El (los) residente(s), encargados de:

- Transporte del maletín de parada cardiaca junto con el desfibrilador
- En la escena evalúan inmediatamente la posibilidad de desfibrilación, aseguran un ciclo de adecuado de masaje cardiaco,
- Aseguran la vía aérea
- Realizan procedimientos al pie cama que pudieran ser necesarios (drenaje torácico de emergencia, punción pericárdica, liberación de obstrucción de vía aérea, etc.)



La enfermera del servicio, ejecuta:

- Acceso circulatorio en miembro superior, preferentemente en la fosa antecubital usando el dispositivo de mayor diámetro posible.
- Se pone a disposición del médico que lidera el equipo de reanimación avanzada en la administración de drogas
- Apoya en el cuidado de la vía aérea.



Los técnicos, internos y residentes del piso:

- Se encargan de apoyar en la reanimación básica así como con las ventilaciones y compresiones durante el periodo de reanimación.
- Se ponen a disposición del comando



Las acciones de la RCP Avanzada son:

A. VÍA AÉREA AVANZADA

- Se prioriza la intubación endo u orotraqueal (TET)
- Debe ser realizado por personal entrenado.
 - La máxima interrupción de la ventilación (si existiera necesidad) debe ser de 30 segundos.
 - Ventilar entre intentos de intubación
 - Monitoreo permanente de ritmo cardiaco y oximetría de pulso



Técnica de Intubación: (para equipo de RCP Avanzada)

- Proceder a pre-oxigenación.



	DIRECTIVA SANITARIA	DIR -DECC - 01
	PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARO CARDIO RESPIRATORIO INTRAHOSPITALARIO	Edición N° 001
	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos Hospital Nacional "Daniel A. Carrión"	Página 18 de 27

- Extensión de la cabeza (Mano derecha).
- Ingresa laringoscopio por derecha llevando lengua a la izquierda (mano izquierda).
- Colocar hoja curva por encima de epiglotis y tracción en 45° al eje de la vía aérea.
- Maniobra de Sellick, si es necesario.
- Proceder a colocar TET solo al visualizar cuerdas vocales, el Cuff debe sobrepasar cuerdas vocales solo 1 -2 CMS (mano derecha).
- Confirmar posición.
- Medir distancia a nivel de arcada dentaria.
- Insuflar cuff c/ 10 ml.
- Asegure TET.
- Coloque Tubo Mayo.

B. DESFIBRILACIÓN AVANZADA



R. CORCUERA R.



E. DEL AGUILA D.



V. RONCEROS R.



A. J. NOVOA A.



Dr. C. SALCEDO E.



G. ENRIQUEZ G.

- Epidemiológicamente, el ritmo más frecuente en arresto (PCR) súbito en adultos es FV/TV (Fibrilación Ventricular / Taquicardia Ventricular sin pulso) que a la vez es el único ritmo de PCR en el cual está permitido desfibrilar.
- La desfibrilación precoz es el determinante individual de supervivencia más importante.
- Desfibrilación Precoz en comunidad hasta 5 minutos de activado el Servicio de Emergencias (Clase I)
- Desfibrilación Precoz en Hospital: 3 minutos (Clase I)
- Una simple descarga del desfibrilador (al menos 200 J bifásico o 360 J monofásico) debe ser dada inmediatamente seguida por 2 minutos de RCP ininterrumpida, sin chequear si la FV termino o chequear signos de vida o pulso.
- Trate la FV/TV sin pulso con una sola descarga, seguidamente de RCP (30 compresiones con 2 ventilaciones) .No verifique ritmo o pulso; después de 2 minutos verifique el ritmo y de otra descarga si está indicado.
- La energía inicial recomendada para desfibriladores bifásicos es de 150 – 200J. El segundo y subsecuentes descargas de 150 – 360 J.
- La energía recomendada cuando se usa desfibrilador monofásico es de 360 J, tanto para la descarga inicial como para las siguientes.
- No retrase la desfibrilación de un PCR intrahospitalario.

	DIRECTIVA SANITARIA	DIR -DECC - 01
	PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARO CARDIO RESPIRATORIO INTRAHOSPITALARIO	Edición N° 001
	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos Hospital Nacional "Daniel A. Carrión"	Página 19 de 27

C. ACCESO ENDOVENOSO

- La administración de drogas siempre es de importancia secundaria si no se ha realizado una buenas RCP básica.
- En orden de elección:
 - VEV periférica
 - Intraósea (IO)
 - TOT
 - Cateter venoso central (CVC)
- VEV periférica administrar la droga en bolo, seguido de 20 ml de fluido y luego elevar la extremidad por 10-20".
- Via IO si no se dispone de acceso venoso (Clase IIa).
- Vía Traqueal Lidocaína, adrenalina, atropina, naloxona y vasopresina.
 - Menos probabilidad de retorno a la circulación espontanea
 - Se prefiere la via EV o IO
 - La dosis óptima se desconoce
 - Dar 2 a 2 veces y media la dosis que correspondería a vía EV
 - Diluir en 5-10 ml de solución salina



D. DROGAS

A la fecha ningún ensayo controlado con placebo ha demostrado que la administración de algún vasoactivo en PCR (TV, FV, PEA o asistolia) aumente la sobrevivencia de pacientes neurológicamente intactos al alta hospitalaria.

El uso de vasopresores si favorece el retorno del latido espontáneo (ROSC)

ADRENALINA

- Beneficio por su efecto alfa
- Altas dosis o dosis escaladas no han demostrado beneficio al alta hospitalaria.
- 1 mg de adrenalina EV o IO cada 3-5' (Clase IIb).
- TOT : 2- 2,5 mg.
- Dosis altas en caso de intoxicación por b-bloqueadores o bloqueadores de canales



	DIRECTIVA SANITARIA	DIR -DECC - 01
	PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARO CARDIO RESPIRATORIO INTRAHOSPITALARIO	Edición N° 001
	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos Hospital Nacional "Daniel A. Carrión"	Página 20 de 27

ATROPINA

- Considerada en Asistolia y PEA
- Dosis de 1 mg EV cada 3-5' (dosis máxima 3 mg) si la asistolia persiste

AMIODARONA

- Considerada en FV/TV que no responde a desfibrilación, RCP y vasopresor (Clase IIB)
- Dosis inicial de 300 mg EV o IO que puede ser repetida en una dosis de 150 mg EV o IO.

LIDOCAINA

- Dosis inicial de 1-1,5 mg/kg EV. Si FV/TV sin pulso persiste se pueden dar dosis adicionales de 0,5 a 0,75mg/kg (intervalos de 5-10 minutos) hasta un máximo de 3 mg/kg.
- Alternativa por debajo de amiodarona (Clase Indeterminada)



MAGNESIO

- 1-2 gr diluidos en 10 ml de D5%AD en 5-20 minutos
- No efectivo en PCR de manera rutinaria.



CALCIO

- No debería de usarse de rutina en PCR
- Puede usarse en el contexto de Hiperkalemia, hipocalcemia ionizada o intoxicación con calcio antagonistas.
- Dosis : 8-16 mg/kg de la sal (La solución al 10% trae 100 mg/ml)



BICARBONATO DE SODIO

- Múltiples complicaciones en PCR
- No recomendado de rutina.
- Solo en situaciones especiales
 - ✓ Intoxicación por antidepresivos tricíclicos
 - ✓ Hiperkalemia
 - ✓ Acidosis Metabólica pre-existente.



SOPORTE POST-REANIMACIÓN

- Cuidados de soporte multiorgánico en todo paciente que ha tenido una RCP exitosa.
- Objetivos :



	DIRECTIVA SANITARIA	DIR –DECC - 01
	PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARO CARDIO RESPIRATORIO INTRAHOSPITALARIO	Edición N° 001
	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos Hospital Nacional "Daniel A. Carrión"	Página 21 de 27

- Optimizar la función cardiopulmonar y la perfusión sistémica específicamente la perfusión cerebral.
- Transporte de la víctima de un PCR extra hospitalario en las mejores condiciones.
- Tratar de identificar las causas precipitantes de un arresto.
- Instituir medidas para prevenir las recurrencias.
- Instituir medidas que puedan mejorar la sobrevida neurológica intacta a largo tiempo.
- Acciones a tomar en todo paciente con ROSC :
 - ✓ Ventilación
 - ✓ Oxígeno
 - ✓ Monitoreo constante de FV
 - ✓ Acceso EV
 - ✓ Reevaluación constante
 - ✓ Tratar factores precipitantes (5 Hs – 5 Ts)
 - ✓ Transferencia a unidad especializada (UCI) en compañía de personal entrenado.



VI. RESPONSABILIDADES

La autoridad institucional es responsable de la difusión y de la implementación de la presente Norma Técnica de Salud en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión del Callao.

VII. DISPOSICIONES FINALES

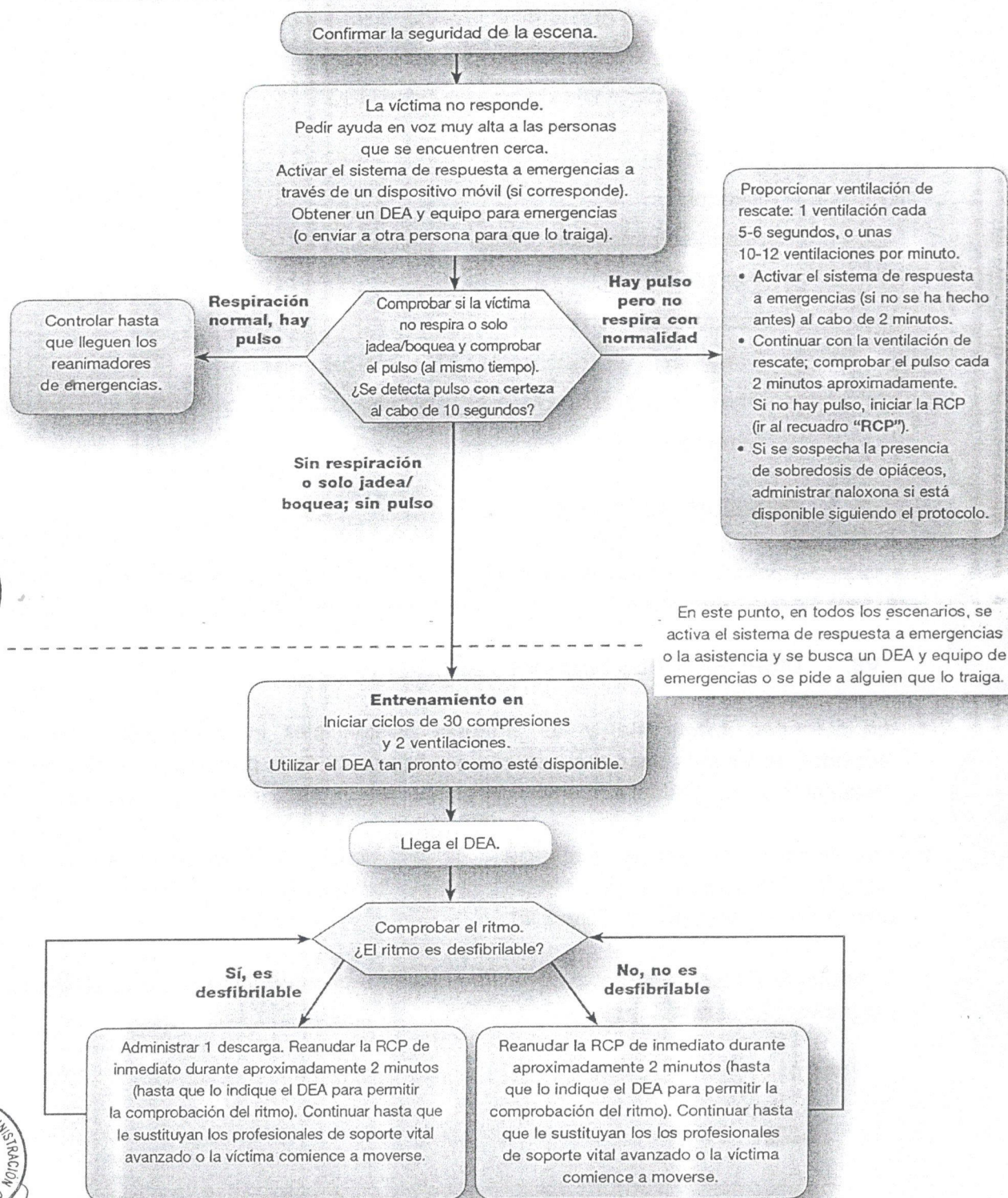
1. La autoridad institucional y las jefaturas asistenciales inmersas realizarán las acciones necesarias para el cumplimiento progresivo de la presente Directiva en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión del Callao, en un plazo de tres (03) meses.
2. Los documentos internos que regulan la organización y funcionamiento de los departamentos/servicios del HNDAC, deben formularse en concordancia a las disposiciones del presente Directiva.
3. El presente Directiva se aplicará al día siguiente de refrendada y publicada en la página web de la institución

	DIRECTIVA SANITARIA		DIR-DECC - 01
	PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARO CARDIO RESPIRATORIO INTRAHOSPITALARIO		Edición N° 001
	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos Hospital Nacional "Daniel A. Carrión"		Página 22 de 27

VIII. ANEXOS

Anexo 1: Algoritmo RCP

Algoritmo de paro cardíaco en adultos para profesionales de la salud que proporcionan SVB/BLS: actualización de 2015



	DIRECTIVA SANITARIA	DIR -DECC -01
	PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARO CARDIO RESPIRATORIO INTRAHOSPITALARIO	Edición N° 001
	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos Hospital Nacional "Daniel A. Carrión"	Página 23 de 27

Anexo 2: MALETÍN PARA SOPORTE AVANZADO DE PCR

1. Material para Apertura de Vía Aérea y Ventilación

- Laringoscopio con palas curvas de cuatro tamaños.
- Tubos endotraqueales con balón de baja presión: 6, 6.5, 7, 7.5, 8, 8.5 (x 2 de cada n°).
- Cinta para fijar tubos endotraqueales.
- Ventilador manual con bolsa de reservorio para alcanzar una FIO2 del 1.
- Juego de tres mascarillas con borde almohadillado para la ventilación artificial.
- Tubo orofaríngeo (de Mayo o Guedel) N° 2,3 y 4.
- Alargadera de O2.
- Mascara de reservorio.
- Sondas de aspiración

2. Equipo para Soporte Circulatorio Complementario

- Catéter EV tipo Abbocath (m.r.) : n° 14,16, 18 y 20
- Jeringas desechables de 1 ml, 5 ml, 10ml.
- Esparadrapo de tela.
- Paquete de gasas estériles.

3. Fármacos

- Adenosina (2 amp de 6 mgr)
- Adrenalina (10 amp)
- Amiodarona (2 amp)
- Atropina (4 amp)
- Diazepan (2 amp de 5 mgr)
- Midazolan (2 amp de 5 mgr)
- Naloxona.(2 amp de 0,4 mgr)

4. Fluidos

- Bicarbonato de sodio 1 molar (3)
- Suero fisiológico 500 ml (2)
- Suero fisiológico 20ml (5)
- Cloruro de potasio 20 (2)
- Gluconato de calcio (2)
- Sulfato de magnesio (2)
- Dextrosa 33% (6)



	DIRECTIVA SANITARIA	DIR -DECC- 01
	PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARO CARDIO RESPIRATORIO INTRAHOSPITALARIO	Edición N° 001
	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos Hospital Nacional "Daniel A. Carrión"	Página 24 de 27

Anexo 3: MALETÍN PARA SOPORTE BÁSICO DE PCR

- Gel conductor.
- Ventilador manual tipo balón con reservorio para alcanzar una FIO2 del 1.
- Juego de tres mascarillas con borde almohadillado para la ventilación artificial.
- Guedel n° 2,3 y 4.
- Alargadera de O2.
- Masca de reservorio de O2.
- Sondas de aspiración.
- Canulas iv: n° 14,16, 18 y 20
- Agujas desechables IM, IV y cargadoras.
- Jeringas desechables de 1 ml, 5 ml y 10ml.
- Sistemas de goteo normal y de bomba.
- Llaves de tres pasos.
- Compresores venosos elásticos.
- Esparadrapo de tela.
- Paquete de gasas estériles.



Anexo 4: REVISIÓN Y MANTENIMIENTO CARRO DE MALETINES

- La revisión se realizará de forma rotatoria por un enfermero para que todo el personal de la planta esté familiarizado con él.
- La asignación del responsable de revisar el carro se hará por el supervisor de la planta.
- La revisión se realizará semanalmente así como cada vez que se utilice, en servicios críticos diariamente en cada turno así como cada vez que se utilice.
- Existirá un auxiliar de enfermería para limpiar el carro y revisar las caducidades de los fármacos
- Siempre que lo permita las características del carro deberá estar precintado.

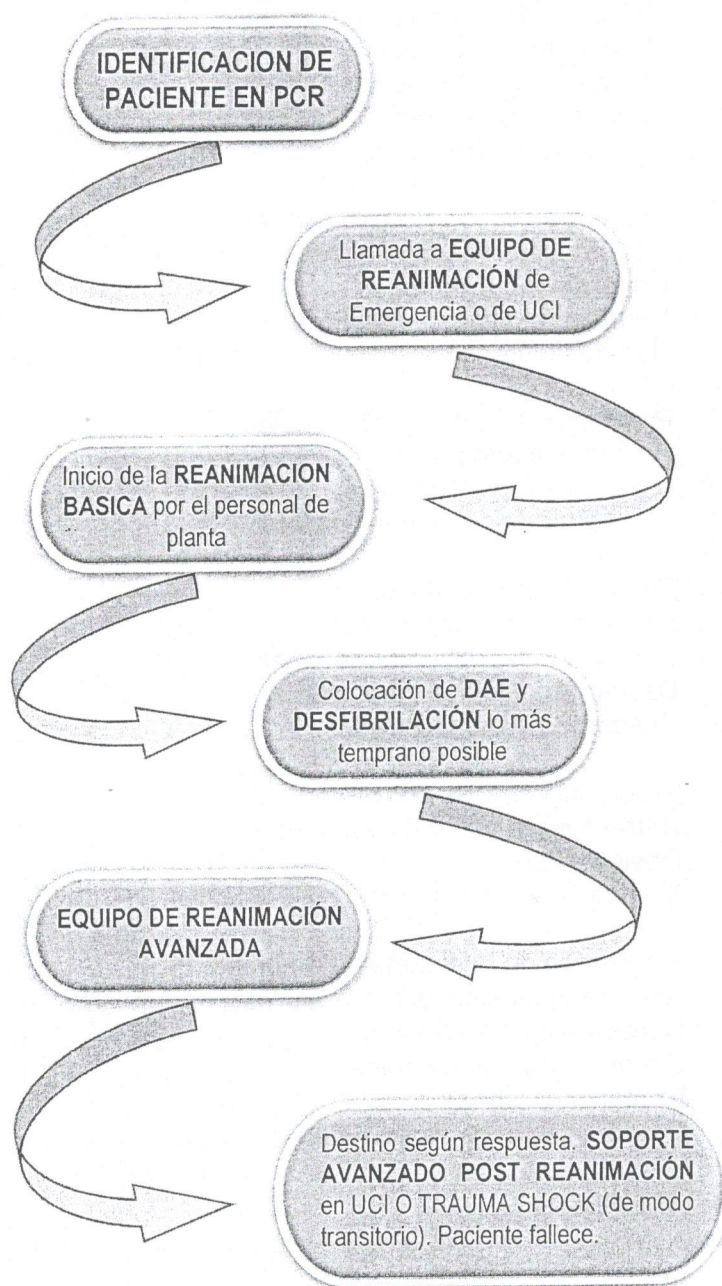
Las revisiones se centraran en dos aspectos:

- Revisión del material del carro de S.V.A, incluyendo farmacia, material de vía aérea y material de soporte circulatorio. Se dispondrá de una hoja destinada a este fin que se cumplimentará con fecha y firma cada vez que se revise.
- Revisión del monitor desfibrilador.

	DIRECTIVA SANITARIA	DIR -DECC - 01
	PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARO CARDIO RESPIRATORIO INTRAHOSPITALARIO	Edición N° 001
	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos Hospital Nacional "Daniel A. Carrión"	Página 25 de 27

Se hará según las instrucciones de funcionamiento de cada desfibrilador. Es fundamental que todo el personal sanitario sepa donde se halla ubicado el carro de S.V.A y monitor desfibrilador más cercano, así como la distribución y funcionamiento del material de que consta.

Anexo 5: FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE ATENCIÓN



	DIRECTIVA SANITARIA	DIR -DECC - 01
	PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARO CARDIO RESPIRATORIO INTRAHOSPITALARIO	Edición N° 001
	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos Hospital Nacional "Daniel A. Carrión"	Página 26 de 27

Anexo 6: HOJA DE RETROALIMENTACIÓN

Tópicos

Forma de llamado:

Score de alerta ()

Vía telefónica ()

Otros ()

Vía aérea

Dificultad para aspirar secreciones ()

Retraso en la intubación ()

Mal posición del tubo ()

Intubaciones frustras ()

Dispositivos avanzados ()

Problemas con el acceso venoso

Retraso obteniendo el acceso ()

Canalización arterial ()

Perdida del acceso venoso ()

Uso de vía central ()

Problemas con las compresiones

Frecuencia adecuada ()

Interrupción prolongada ()

Retraso en iniciar compresiones ()

Problemas con la desfibrilación

Retraso en la desfibrilación ()

Colocación inadecuada de palas ()

Descarga eléctrica innecesaria ()

Descarga no administrada ()

Problemas con las drogas

Retraso en el uso del vasopresor ()

Dosis errónea ()

Medicación errónea ()

Problemas de la dinámica de equipo

Retraso en la identificación del líder de equipo ()

Conocimiento del equipo ()

Conocimiento de los roles ()

Excesivo personal ()

Desconocimiento de las guías ()

Observaciones adicionales:

.....

Las Directivas tienen por finalidad precisar políticas y determinar procedimientos o acciones que deben realizarse en cumplimiento de disposiciones legales vigentes. A partir de ese punto central, se debe elaborar un esquema básico.



	DIRECTIVA SANITARIA	DIR -DECC - 01
	PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARO CARDIO RESPIRATORIO INTRAHOSPITALARIO	Edición N° 001
	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos Hospital Nacional "Daniel A. Carrión"	Página 27 de 27

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Sandroni, Claudio; Nolan, Jerry; Cavallaro, Fabio; Antonelli, Massimo. In-hospital cardiac arrest: incidence, prognosis and possible measures to improve survival. Intensive Care Med (2007) 33:237-245
2. Neumar RW, Shuster M, Callaway CW, Gent LM, Atkins DL, Bhanji F, Brooks SC, de Caen AR, Donnino MW, Ferrer JM, Kleinman ME, Kronick SL, Lavonas EJ, Link MS, Mancini ME, Morrison LJ, O'Connor RE, Samson RA, Schexnayder SM, Singletary EM, Sinz EH, Travers AH, Wyckoff MH, Hazinski MF. Part 1: Executive Summary: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2015 Nov 3;132(18 Suppl 2):S315-67
3. Monsieurs KG, Nolan JP, Bossaert LL, Greif R, Maconochie IK, Nikolaou NI, Perkins GD, Soar J, Truhlář A, Wyllie J, Zideman DA; ERC Guidelines 2015 Writing Group. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 1. Executive summary. Resuscitation. 2015 Oct;95:1-80
4. Perkins GD, Olasveengen TM, Maconochie I, Soar J, Wyllie J, Greif R, Lockey A, Semeraro F, Van de Voorde P, Lott C, Monsieurs KG, Nolan JP; European Resuscitation Council. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation: 2017 update. Resuscitation. 2018 Feb;123:43-50
5. Joseph P. Ornato, Mary Ann Peberdya, Renee D. Reid, V. Ramana Feesera, Harinder S. Dhindsa, for the NRCPR Investigators. Impact of resuscitation system errors on survival from in-hospital cardiac arrest. Resuscitation 83 (2012) 63- 69

