



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 06 de JUNIO de 2025

**VISTO:** el expediente N° 13370-2025, que contiene la Nota Informativa N° 689-2025-DEMCC-HNCH, del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, el Informe Técnico N° 037-2025-OGC/HNCH, de la Oficina de Gestión de la Calidad, y el Informe N° D000004-2025-HNCH/OAJ emitido por el Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica, y;

**CONSIDERANDO:**

Que, a través de los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable para el desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. Por lo que su protección es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, con Nota Informativa N° 689-2025-DEMCC-HNCH, del 23 de mayo de 2025, el Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, remite la Guía Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Paro Cardiorrespiratorio en el Servicio de Emergencia Adulta del Hospital Nacional Cayetano Heredia, para su aprobación;

Que, a través del Informe Técnico N° 037-2025-OGC/HNCH, del 29 de marzo de 2025, la Oficina de Gestión de la Calidad recomienda aprobar con Resolución Directoral la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Paro Cardiorrespiratorio en el Servicio de Emergencia Adulta del Hospital Nacional Cayetano Heredia;

Que, mediante Resolución Ministerial N°302-2015-MINSA, se aprueba la Norma Técnica N° 117-MINSA/DGSP-V.01, para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud, que tiene como finalidad contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021-MINSA, se aprobó las "Normas para la elaboración de documentos Normativos del Ministerio de Salud", la cual establece las disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos que expide el Ministerio de Salud, lo cual resulta extensible a los Órganos Desconcentrados;

Que, la presente Guía de Práctica Clínica tiene como finalidad mejorar la calidad de atención de los pacientes que presentan paro cardiorrespiratorio en el Servicio de Emergencias Adultos del Hospital Nacional Cayetano Heredia;

Que, de acuerdo a lo establecido en el literal f) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia aprobado con Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA, señala que entre otras funciones generales es la de mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención a la salud, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente en su entorno familiar;

Que, de acuerdo a lo establecido en el literal i) del artículo 6° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, dispone que la Dirección General está a cargo de un Director General y tiene como una de sus funciones expedir Resoluciones Directorales en los asuntos de su competencia;



Que, estando a lo peticionado, por el Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, lo recomendado por la Oficina de Gestión de la Calidad y el Informe N° D000004-2025-HNCH/OAJ emitido por el Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica;

Que, con visación de la Jefatura del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, la Jefatura de la Oficina de la Calidad, y la Jefatura de la Oficina de Asesoría Jurídica, y;

Que, de conformidad con lo dispuesto en el Texto único Ordenado de la Ley del Procedimiento Administrativo General N° 27444 y las facultades previstas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA;

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1°.** - **APROBAR** la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Paro Cardiorrespiratorio en el Servicio de Emergencia Adulta del Hospital Nacional Cayetano Heredia, la misma que forma parte integrante de la presente resolución.

**Artículo 2°.** - **ENCARGAR** al Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos el seguimiento y cumplimiento de la Guía aprobada en la presente Resolución Directoral.

**Artículo 3°.** - **DISPONER** que la Jefatura de la Oficina de Estadística e Informática efectúe la publicación de la Presente Resolución y la Guía aprobada, en la página web del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

**REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE**

  
MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA  
  
DR. MANUEL ALBERTO DÍAZ DE LOS SANTOS  
DIRECTOR GENERAL  
CMP. 37902 RNE: 20910



MADDLS/JCPA/JFMC/sarc

Distribución:

- ( ) DG
- ( ) OAJ
- ( ) OGC
- ( ) DGOBS
- ( ) OEI (COPIA DE RD Y GUIA)
- ( ) Archivo

	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS	GPC/OGC-010-2025
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	V 01.00/05.2025
	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PARO CARDIORESPIRATORIO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA ADULTO	Página :1 de 20

# GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PARO CARDIORESPIRATORIO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA ADULTO

**LIMA - 2025**

ELABORACIÓN Y FECHA:	REVISIÓN Y FECHA:	APROBACIÓN Y FECHA:
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	DIRECCIÓN GENERAL
NOVIEMBRE 2024	MAYO 2025	MAYO 2025

**MINISTERIO DE SALUD**  
**HOSPITAL CAYETANO HEREDIA**  
**DEPTO. DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS**  
 DR. VÍCTOR ARTURO GARCÍA CACHIQUE  
 JEFE DE DEPARTAMENTO  
 CMP: 31957 - RNE: 24166

**MINISTERIO DE SALUD**  
**HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA**  
 DRA. JENNY M. RICSE OSORIO  
 JEFA DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 CMP: 034642 RNE: 022192 RHA: A11644

	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS	GPC/OGC-010-2025
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	V 01.00/05.2025
	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PARO CARDIORESPIRATORIO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA ADULTO	Página :2 de 20

**M.C. MANUEL ALBERTO DIAZ DE LOS SANTOS**  
Director General

**M.C. Víctor García Cachique**  
Jefe  
Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos

**M.C. Jenny Maribel Ricse Osorio**  
Jefe  
Oficina de Gestión de la Calidad

**Abog. Juan Carlos Paz Aranda**  
Jefe  
Oficina de Asesoría Jurídica

Elaborado por:

- DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS
  - M.C. Víctor Arturo García Cachique.
  - M.C. André Martín García Huaynate.
  - M.C. Jean Carlos Paredes Paredes.
  - M.C. Moisés Torres Maure.
  - M.C. Elvia Ximena Tapia Ibáñez.
  - M.C. Alberto Sifuentes Sifuentes.

Revisión:

- Oficina de Gestión de la Calidad
  - M.C. Jenny Maribel Ricse Osorio
- Oficina de Asesoría Jurídica
  - Abog. Juan Carlos Paz Aranda



	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS	GPC/OGC-010-2025
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	V 01.00/05.2025
	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PARO CARDIORESPIRATORIO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA ADULTO	Página: 3 de 20

## ÍNDICE

I.	FINALIDAD	4
II.	OBJETIVO	4
III.	ÁMBITO DE APLICACIÓN	4
IV.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PARO CARDIORRESPIRATORIO	4
4.1.	NOMBRE Y CÓDIGO	4
V.	CONSIDERACIONES GENERALES	4
5.1.	DEFINICIÓN	4
5.2.	ETIOLOGÍA	5
5.3.	FISIOPATOLOGÍA	5
5.4.	ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	5
5.5.	FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS	5
5.5.1.	Medio Ambiente	
5.5.2.	Estilos de Vida	
5.5.3.	Factores Hereditarios	6
VI.	CONSIDERACIONES ESPECIALES	6
6.1.	CUADRO CLÍNICO	6
6.1.1.	Signos y síntomas	6
6.1.2.	Interacción cronológica	6
6.1.3.	Gráficos, diagramas, fotografías	6
6.2.	DIAGNÓSTICO	6
6.2.1.	Criterios de Diagnóstico	
6.2.2.	Diagnóstico diferencial	
6.3.	EXÁMENES AUXILIARES	6
6.3.1.	Laboratorio	6
6.3.2.	De Imágenes	6
6.3.3.	De exámenes especializados complementarios	7
6.4.	MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA	
6.4.1.	Medidas Generales y preventivas	7
6.4.2.	Terapéutica	7
6.4.3.	Efectos adversos o colaterales con el tratamiento	8
6.4.4.	Signos de Alarma	8
6.4.5.	Criterios de Alta	9
6.4.6.	Pronóstico	9
6.5.	COMPLICACIONES	9
6.6.	CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	10
6.7.	FLUXOGRAMA	10
VII.	ANEXOS	11



	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS	GPC/OGC-010-2025
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	V 01.00/05.2025
	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PARO CARDIORESPIRATORIO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA ADULTO	Página :4 de 20

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

20

### GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PARO CARDIORESPIRATORIO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA ADULTO

#### I. FINALIDAD

Mejorar la calidad de atención de los pacientes que presentan paro cardiorrespiratorio en el servicio de Emergencias Adultos.

#### II. OBJETIVO

Ordenar y estandarizar el enfoque diagnóstico y manejo actualizado de los pacientes que presentan paro cardiorrespiratorio en el servicio de Emergencias Adultos Hospital Nacional Cayetano Heredia.

#### III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

#### IV. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PARO CARDIORESPIRATORIO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA ADULTO

##### 4.1. NOMBRE Y CÓDIGO

CIE 10: I46.9 Paro cardíaco o Paro cardiorrespiratorio

#### V. CONSIDERACIONES GENERALES

##### 5.1. DEFINICIÓN

El consenso internacional sobre paro cardíaco, conocido como "estilo Utstein", define el paro como el cese de la actividad mecánica cardíaca, confirmado por la ausencia de conciencia, pulso detectable y respiración (o respiración agónica).

##### 5.2. ETIOLOGÍA

La mayoría de los paros cardio respiratorios son de origen cardíaco. En muchas ocasiones la causa se ignora y se clasifican como de origen presumiblemente cardíaco cuando se carece de autopsia, y siempre que hayan sido descartadas otras causas no cardíacas. Sin embargo, no siempre la muerte súbita es de origen cardíaco. Accidentes neurológicos, vasculares o pulmonares pueden producir la muerte en un corto intervalo y confundirse con la muerte súbita de origen cardíaco. Además, la muerte cardíaca no es siempre de origen arritmico. Puede ser secundaria a rotura cardíaca o disfunciones valvulares agudas graves.

La taquicardia ventricular (TV) y fibrilación ventricular (FV) son responsables del 75% de las muertes súbitas. La reentrada es, con mucho, el principal mecanismo subyacente en el origen de arritmias. Aunque existe la tendencia a ver la muerte súbita como un fenómeno eléctrico, lo más habitual es que tenga lugar por la interacción de un sustrato anatómico-funcional permanente con factores desencadenantes transitorios (alteraciones electrolíticas o estrés). Generalmente confluyen diversos factores al mismo tiempo para que tengan lugar la arritmia grave. Esto explica que siendo tan frecuentes los factores de riesgo de muerte súbita, el fenómeno sea relativamente infrecuente en relación con el incidente de dichos factores. Para que un solo factor pueda ser responsable debe ser de gran entidad, como son los episodios



	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS	GPC/OGC-010-2025
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	V 01.00/05.2025
	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PARO CARDIO RESPIRATORIO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA ADULTO	Página: 5 de 20

isquémicos aislados que afectan a gran parte del miocardio y que, aun incidiendo sobre corazones previamente sanos, pueden desencadenar una FV en ausencia de cofactores.

### 5.3. FISIOPATOLOGIA

El colapso circulatorio desencadenado por el paro cardíaco produce una reducción dramática en el transporte de oxígeno a la célula. A escala celular y en especial en el cerebro y miocardio, esta reducción produce un cambio de metabolismo aeróbico a anaeróbico lo que resulta en la producción de 2 moléculas de ATP por unidad de glucosa y ácido láctico (comparado con las 38 moléculas que produce la vía aerobia). En los primeros 5 minutos después del paro cardíaco las reservas de ATP celular se han agotado. Una pequeña cantidad de energía se obtiene por vía de la adenil-kinasa, en la que dos moléculas de ADP reaccionan para producir un ATP Y un AMP.

El AMP a su vez es convertido en adenosina, la misma que tienen efectos deletéreos, deprimiendo la conducción a través del nodo atrio-ventricular y produciendo además vaso dilatación arterial. Las bombas iónicas ATP dependientes se pierden, produciéndose la depleción intracelular de potasio y magnesio, la inactivación de los canales lentos de  $Ca^{2+}$ . Este último al no poder ser bombeado eficientemente al citosol interfiere con la producción mitocondrial de ATP y activa la respuesta inflamatoria celular.

A nivel miocárdico, el consumo de oxígeno cae con el paro. En la fibrilación ventricular se estima en un 30-40% de las demandas pre-paro. La presión de perfusión coronaria, es decir la gradiente entre la presión diastólica aórtica y la presión diastólica de aurícula derecha ha demostrado ser tanto en modelos animales como humanos, el mejor valor predictor hemodinámico de retorno a una circulación espontánea. Con el masaje cardíaco externo se alcanza entre un 5 y un 10% del flujo miocárdico basal, elevándose a cerca de un 40% de la condición pre paro con el uso de drogas vasopresores (adrenalina).

### 5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

representan un problema de salud social, sanitario y económico de gran magnitud, se considera que entre 1% y un 2% de los pacientes ingresados precisan técnicas de Reanimación Cardiopulmonar, la mitad de estos PCR se producen fuera de las áreas de las Unidades de Cuidados Intensivos y en la actualidad en el mejor de los casos, solo uno de cada seis pacientes tratados sobrevivirá y podrá ser dado de alta.

Se estima que en los Estados Unidos las cifras de pacientes que son tratados anualmente por esta causa se encuentran entre 370 mil a 700 mil personas. En España se desconoce la cifra de muerte súbita que requiere RCP, aunque la cifra estimada supera a los 18 mil pacientes y en Canadá son tratados por esta causa 40 mil cada año en un país con una población cerca a los 35 millones.

### 5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

#### 5.5.1. MEDIO AMBIENTE Y SOCIAL

Hospitales donde no se disponen de estrategias de identificación temprana de pacientes que potencialmente pueden presentar paro cardiorrespiratorio, así como limitantes de acceso, atención oportuna y eficiente.

#### 5.5.2. RELACIONADO A LA PERSONA



	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS	GPC/OGC-010-2025
	SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD	V 01.00/05.2025
	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PARO CARDIORESPIRATORIO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA ADULTO	Página :6 de 20

Problemas relacionados a patología de base subyacente de los pacientes conocido como enfermedades crónicas degenerativas, que en el contexto de la agudización de su cuadro lo vuelve propenso a tener un paro cardiaco.

### 5.5.3. OCUPACIONAL

Existen ocupaciones y personas que están en un ambiente laboral con alta carga de stress que predispone a infarto y posterior paro cardiorrespiratorio.

## VI. CONSIDERACIONES ESPECIALES

### 6.1. CUADRO CLÍNICO

#### 6.1.1. SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Ausencia de pulso y respiración o respiración agónica.
- Piel pálida y fría, a veces cianótica.
- Inconsciencia.
- Pupilas dilatadas parcialmente. A los 2 a 3 minutos, la dilatación es total y no reaccionan a la luz.

#### 6.1.2. INTERACCION CRONOLOGICA

No aplica.

### 6.2. DIAGNOSTICO

#### 6.2.1. CRITERIOS DIAGNOSTICOS

- Determinar si la persona está inconsciente.
- Determinar si existe paro cardiaco.
- Determinar si existe paro circulatorio.

#### 6.2.2. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Debemos pensar causas del paro cardiopulmonar

- Hipovolemia.
- Hipoxia.
- Hipo e hiperpotasemia.
- Hidrogeniones (Acidosis – Alcalosis).
- Hipotermia.
- Taponamiento cardiaco.
- Tromboembolismo pulmonar masivo
- Neumotórax a tensión.
- Tóxicos o fármacos.
- Infarto masivo.

### 6.3. EXAMENES AUXILIARES

#### 6.3.1. LABORATORIO

- Hemograma.
- Glucosa.



	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS	GPC/OGC-010-2025
	SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD	V 01.00/05.2025
	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PARO CARDIORESPIRATORIO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA ADULTO	Página: 7 de 20

- Troponina.
- Electrolitos.

### 6.3.2. IMAGENES

- Ecografía cardiaca.
- Radiografía de tórax.
- Electrocardiograma.

### 6.3.3. ESPECIALIZADOS COMPLEMENTARIOS

- Gasometría arterial o venosa.
- AngioTEM.
- Lactato sérico.

## 6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

### 6.4.1. MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS

- Historia clínica breve y dirigida.
- Iniciar masaje cardiaco, estabilizar la vía aérea y circulación.
- Oxígeno suplementario.
- Colocación de acceso periférico largo > o = 16 G, monitor cardiaco y oximetría de pulso, hemoglucotest y electrocardiograma.
- Diagnóstico y tratamiento de la causa del paro.

### 6.4.2. TERAPÉUTICA

#### EN ESTA FASE DE LA REANIMACIÓN SE INCLUYE:

- Abordaje de vía endovenosa.
- Asistencia medicamentosa.
- Algoritmos.
- SI EL PACIENTE CUENTA CON MONITOR CARDIACO Y SE EVIDENCIA EL PCR INMEDIATAMENTE SE PROCEDE A DESFIBRILAR.

#### SI NO ES PCR PRESENCIADO SE INICIA:

- Activación de la cadena de supervivencia intrahospitalaria.
- Si no se utiliza dispositivo avanzado para la vía aérea, relación compresión-ventilación de 30:2.
- Compresiones torácicas: Comprimir fuerte ( $\geq 2$  pulgadas o  $\geq 5$  cm no  $> 6$  cm o 2.4 pulgadas) y rápido ( $\geq 100$ -120/min) y permitir una completa expansión.
- Si se cuenta con vía aérea definitiva 1 ventilación c/6 segundos, 10 ventilaciones en 1 minuto.
- Reducir al mínimo las interrupciones de las compresiones.
- Evitar una excesiva ventilación.
- Turnarse en las compresiones cada 2 minutos.
- Registro cuantitativo de la onda de capnografía. Si PETCO<sub>2</sub> < 10mm Hg, intentar mejorar la calidad de la RCP, durante 20 minutos.
- Presión intraarterial. Si la presión de la fase de relajación (diastólica) es < 20mmHg, intentar mejorar la calidad de la RCP.

### ENERGÍA DE DESCARGA



	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS	GPC/OGC-010-2025
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	V 01.00/05 2025
	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PARO CARDIORESPIRATORIO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA ADULTO	Página :8 de 20

**Bifásica:** Recomendación del fabricante (150J-200J); si se desconoce este dato, usar el valor máximo disponible. La segunda dosis y las dosis sucesivas se pueden considerar el uso de dosis mayores.

**Monofásico:** 360J.

**Tratamiento farmacológico.**

- Dosis IV/IO de epinefrina: 1mg cada 3-5 minutos.
- Dosis IV/IO de amiodarona:  
Primera dosis: bolo de 300 mg.  
Segunda dosis: 150mg.

**Dispositivo avanzado para la vía aérea.**

- Intubación endotraqueal o dispositivo avanzado para la vía aérea supraglótico.
- Onda de capnógrafo para confirmar y monitorizar la colocación del tubo endotraqueal.
- O1 ventilación cada 06 segundos, 10 ventilaciones por minuto con compresiones torácicas continuas.

**Restauración de la circulación espontánea:**

- Presencia de pulso.
- Aumento repentino y sostenido de PETCO2 (normalmente  $\geq 40$ mmHg).
- Movimientos respiratorios.

**Identificar y tratar las causas reversibles.**

- Optimización de la función cardiopulmonar y la perfusión de órganos vitales tras el restablecimiento de la circulación espontánea.
- Angiografía coronaria en paciente con SICA ST elevados.
- Manejo de temperatura corporal: Coma 32 a 36 Centígrados, al menos 24 horas.
- Objetivos Hemodinámicos: Corregir hipotensión PAS  $\geq 100$ .
- Traslado a la unidad de cuidados intensivos apropiado que disponga de un sistema completo de tratamiento postparo cardiaco.
- Identificación y tratamiento de los SCA y otras causas reversibles.
- Control de la hipertermia para optimizar la recuperación neurológica.
- Anticipación, tratamiento y prevención de disfunciones multiorgánicas, lo que incluye evitar la ventilación excesiva y la hiperoxia.
- Reconocer y tratar las convulsiones. El diagnóstico de convulsiones puede resultar complicado, la monitorización del electroencefalograma se ha convertido en una importante herramienta para esta población de pacientes.

**6.4.3 EFECTOS ADVERSOS DE TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES**

- Ausencia de reflejo pupilar a la luz a las 72 o más hora del paro cardiaco.
- Presencia de estado mioclónico (diferente de contracciones mioclónicas aisladas) durante las primeras 72 horas posteriores al paro cardiaco.
- Ausencia de onda cortical N20 evaluada mediante potenciales evocados somatosensoriales de 24 a 72 horas después del paro cardiaco o después del recalentamiento.
- Presencia de una marcada reducción de la relación sustancia gris/blanca en la tomografía cerebral, 2 horas después del paro.
- Brote – supresión persistente o estado epiléptico.
- Inestabilidad hemodinámica, arritmias cardíacas.
- Aparición de complicaciones: neurológicas, cardiovasculares, respiratorias, abdominales, renales.
- Osteoarticulares; posterior a la restauración de la circulación espontánea.



	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS	GPC/OGC-010-2025
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	V 01.00/05.2025
	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PARO CARDIORESPIRATORIO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA ADULTO	Página: 9 de 20

#### 6.4.4. SIGNOS DE ALARMA

- Cardiopatía isquémica.
- Miocardiopatías: dilatada, hipertrófica y displasia arritmogénica de ventrículo derecho.
- Valvulopatías.
- Alteraciones electrofisiológicas: síndrome de pre excitación, síndrome del QT largo, alteraciones del sistema específico de conducción.
- Embolia pulmonar.
- Shock hemorrágico.
- Hipoxia.
- Drogas depresoras del centro cardio respiratorio.
- Envenenamientos.

#### 6.4.5. CRITERIOS DE ALTA

**DE LA UNIDAD DE REANIMACIÓN:** Trauma Shock o Unidad de cuidados intensivos:

- Pacientes con funciones vitales estables.
- No requiera soporte ventilatorio invasivo ni hemodinámico.

**DEL HOSPITAL:**

- Hemodinámicamente estable.
- No requiere soporte oxigenatorio o que pueda recibirlo de manera ambulatoria.
- Reciba soporte nutricional vía oral o por sonda enteral.

Si presenta una complicación o secuela post paro que pueda ser manejado por el entorno familiar en domicilio.

#### 6.4.6. PRONÓSTICO

De acuerdo a la duración del paro cardiorrespiratorio y ritmo de paro inicial.

#### SEGUIMIENTO

- Consulta externa por cardiología, neurología, medicina interna y otra que a mejor criterio del médico a cargo determine.
- Consulta a especialidades según corresponda individualizando cada paciente.

#### 6.5. COMPLICACIONES

**NEUROLÓGICAS:**

- Edema cerebral.
- Convulsiones.
- Ceguera transitoria.
- Postración.

**CARDIOVASCULAR:**

- Rotura cardíaca.
- Hematoma pared ventricular.
- Disritmias.
- Shock.
- Hemopericardio.

**RESPIRATORIAS:**

- Broncoaspiración.
- Edema pulmonar.
- Neumotórax.



	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS	GPC/OGC-010-2025
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	V 01.00/05.2025
	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PARO CARDIORESPIRATORIO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA ADULTO	Página :10 de 20

- Rotura traqueal, pulmonar.
- Hemotórax.

**ABDOMINALES:**

- Rotura hepática, esplénica.
- Rotura de estómago.
- Trauma páncreas.
- Rotura colon transverso.

**OSTEOARTICULARES:**

Fracturas: Costales, esternón, escápulas, vértebras torácicas.

OTRAS: Quemaduras de piel, electrocución del reanimador, complicaciones de la intubación, complicaciones de cateterismo central, insuficiencia renal, falla multiorgánica.

## 6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

A IPRESS de mayor complejidad para tratamiento definitivo en caso el hospital no pueda realizarlo.

Se realizará la contrarreferencia posterior a realizado toda la atención integral del paciente, la cual debe ser coordinado adecuadamente, en una ambulancia con características que necesite el paciente.

## 6.7. FLUXOGRAMA

VER ANEXO 1

## VII. ANEXOS





DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS

GPCI/OGC-010-2025

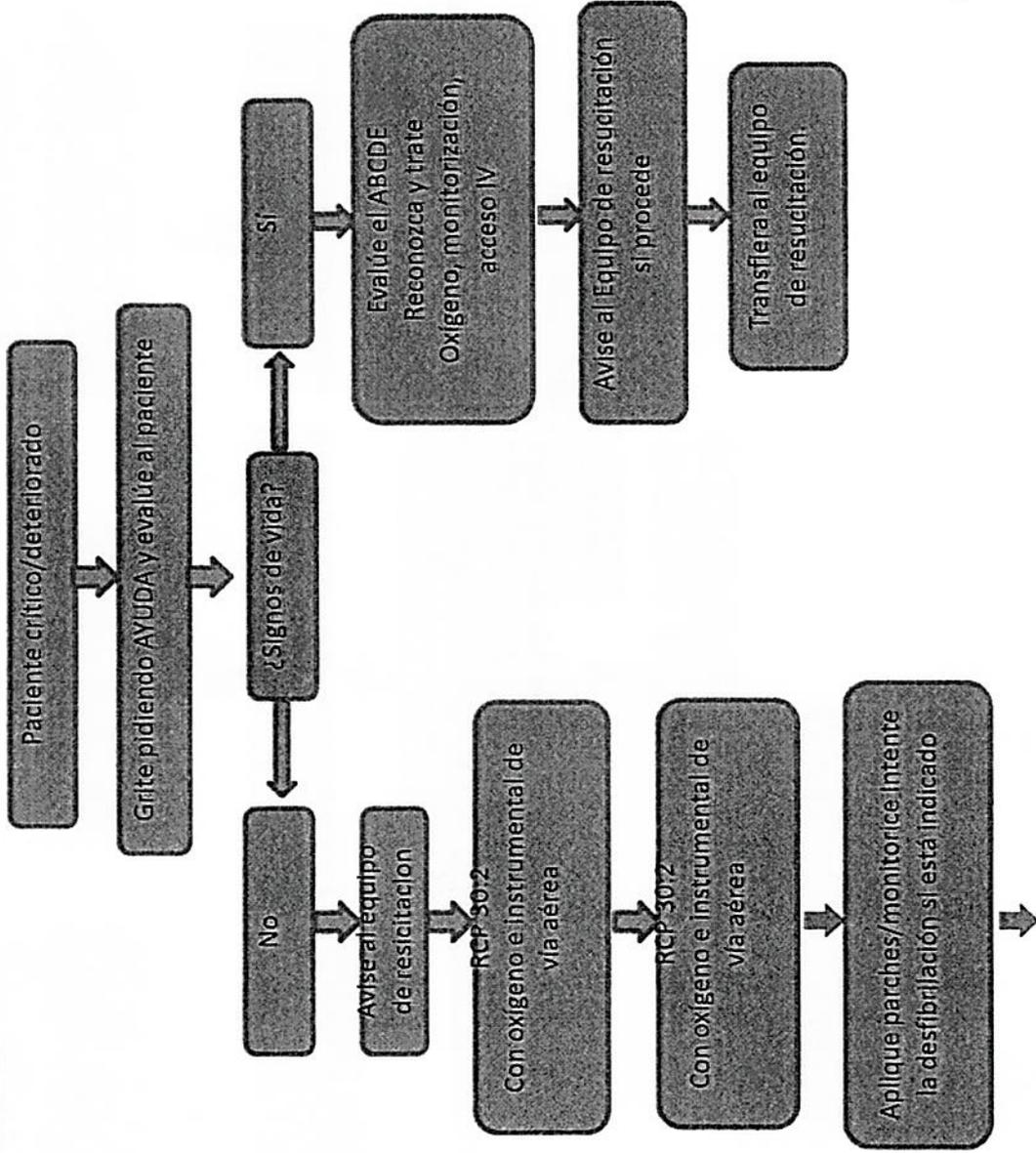
SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

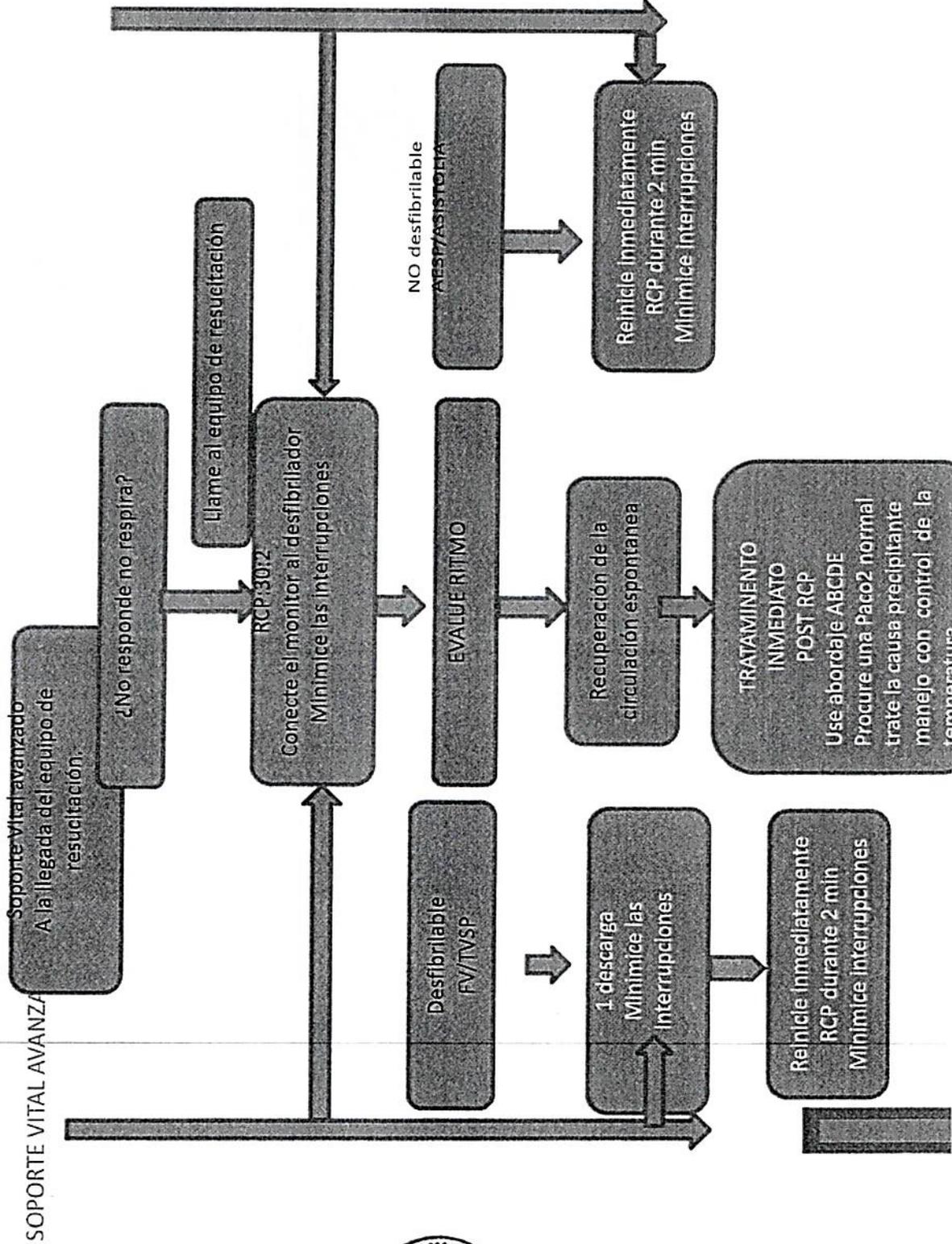
V 01.00/05.2025

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PARO CARDIO RESPIRATORIO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA ADULTO

Página :11 de 20

ANEXO 1



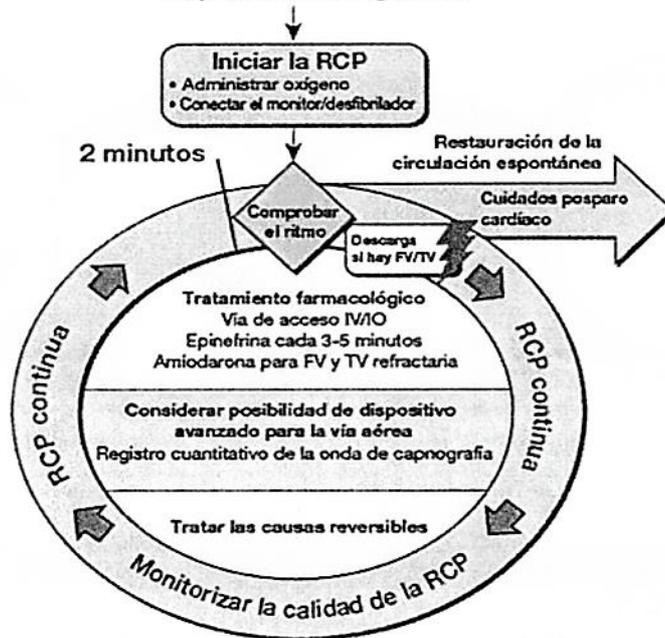




## SOPORTE VITAL AVANZADO

### CAUSAS DEL PARO CARDIOPULMONAR

Llamada de auxilio / activación del sistema de respuesta de emergencias

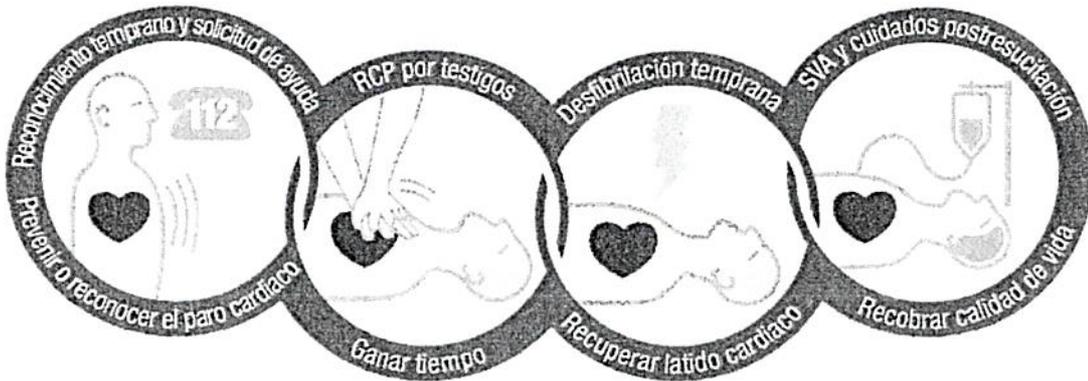


	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS	GPC/OGC-010-2025
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	V 01.00/05.2025
	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PARO CARDIORESPIRATORIO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA ADULTO	Página :14 de 20

ANEXO 2

## Cadenas de supervivencia

PCIH



H	T
HIPOXIA	TOXINAS
HIPOVOLEMIA	TAPONAMIENTO CARDIACO
HIDROGENIONES	NEUMOTORAX A TENSION
HIPO O HIPERKALEMIA	TROMBOEMBOLISMO PULMONAR
HIPOTERMIA	TROMBOSIS CORONARIA





### ANEXO 3

### TRATAMIENTO

COMPONENTE	ADULTOS Y ADOLESCENTES	NIÑOS ENTRE 1 AÑO DE EDAD Y LA PUBERTAD	LACTANTES
Seguridad del lugar	Asegure que el entorno es seguro para los reanimadores y para la víctima		
Reconocimiento del paro cardiorespiratorio	Comprobar si el paciente responde. El paciente no respira o solo jadea. No se palpa pulso palpable en un plazo de 10 segundos		
Activación del sistema de respuesta de emergencia	Llame al equipo de resucitación e inicie masaje durante dos minutos, si el paciente se encuentra monitoreado verifique ritmo de paro (desfibrilable o no desfibrilable)		
Relación compresión - ventilación sin dispositivo avanzado para vía aérea	1 o 2 reanimadores 30:2	1 reanimador: 30:2. 2 reanimadores 15:2	
Relación compresión - ventilación con dispositivo avanzado para vía aérea	Compresiones continuas con una frecuencia de 100-120 cpm proporciones 1 ventilación 6 seg (10 ventilaciones por minuto)		
Frecuencia de compresiones	100- 120 cpm		
Profundidad de compresiones	Al menos de 5cm (2 pulg) no debe ser superior a 6 cm (2.4 pulg)	Al menos un tercio del diámetro AP del tórax al menos 5 cm (2 pulg)	Al menos un tercio del diámetro AP del tórax al menos 5 cm (2 pulg)
Colocación de la mano o las manos	2 manos a la mitad inferior del esternón	2 manos om1 mano (opcional si es un niño muy pequeño) en la mitad inferior del esternón	
Descompresión torácica	Permita la descompresión torácica completa después de cada compresión no se apoye en él apoye en el pecho después de cada compresión		

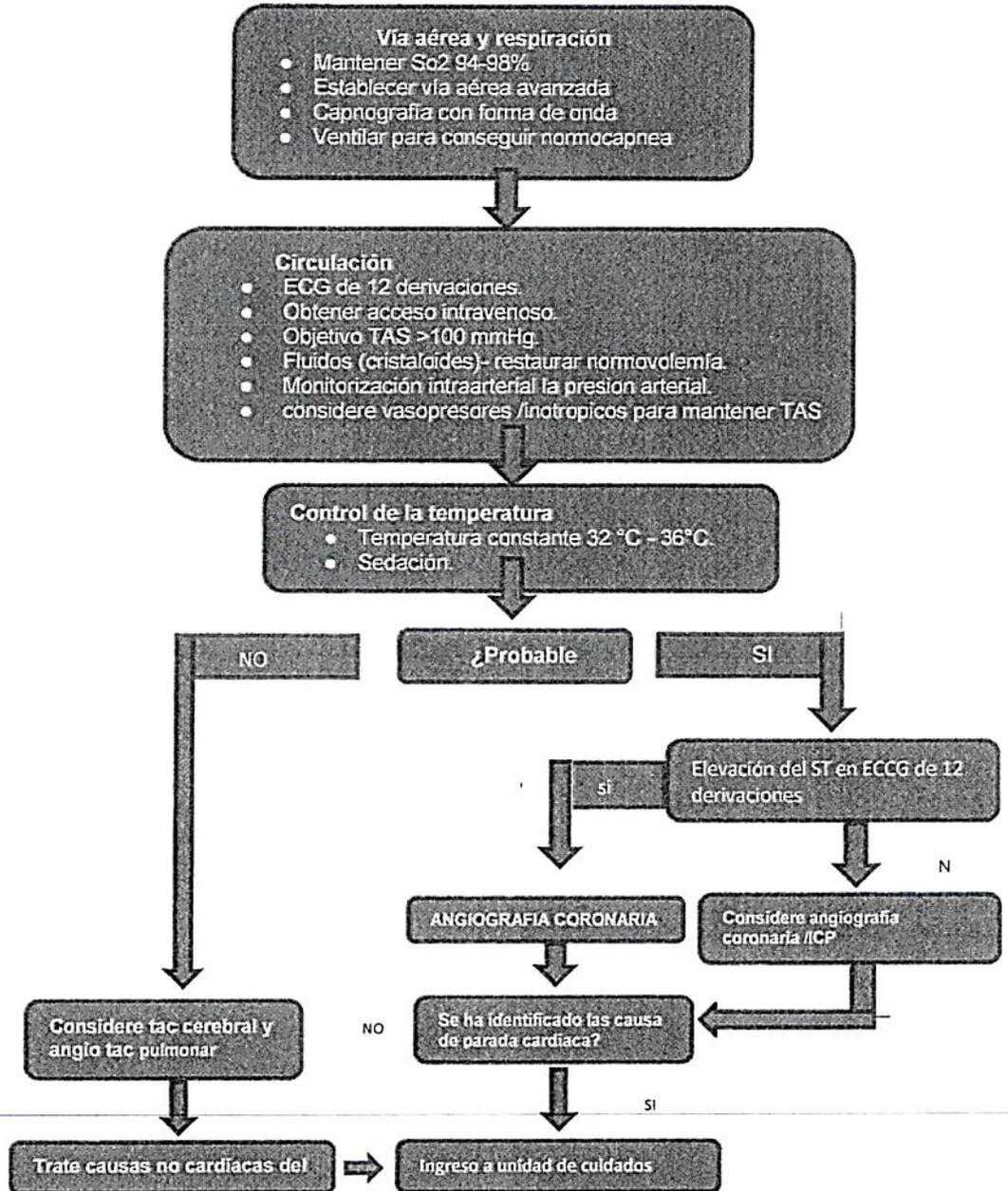


	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS	GPC/OGC-010-2025
	SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD	V 01.00/05.2025
	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PARO CARDIORESPIRATORIO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA ADULTO	Página :16 de 20

Anexo 4

Cuidados post paro cardiopulmonar

Retorno de la Circulación Espontanea Comatosa



	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS	GPC/OGC-010-2025
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	V 01.00/05.2025
	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PARO CARDIO RESPIRATORIO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA ADULTO	Página: 17 de 20

## CHECK LIST DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN EL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Historia Clínica: \_\_\_\_\_ Fecha y hora de inicio de RCP: \_\_\_\_\_

Área de reanimación: Shock Trauma ( ) Tópico ( ) Observación ( )

Procedencia: Extrahospitalario: Domicilio ( ) Vía pública u otros ( )

Traído por: Bomberos ( ) SAMU ( ) PNP ( ) Familiares u otros ( )

Intrahospitalario: Tópico ( ) Observación ( ) Hospitalización u otros ( )

Comorbilidades y Diagnósticos actuales en caso de estar hospitalizados:

\_\_\_\_\_

Nº de Personal que realiza RCP: Médico Asistente \_\_\_\_ Médico Residente \_\_\_\_

Enfermero \_\_\_\_ Técnico asistencial \_\_\_\_ Otros \_\_\_\_

Ritmo cardiaco de inicio: Desfibrilable: TV sin pulso ( ) FV ( )

No desfibrilable: Asistolia ( ) AESP ( )

Secuencia de RCP sin dispositivo de vía aérea definitiva:

Ciclos de compresiones/ventilaciones 30:2 de 2 minutos SI ( ) NO ( )

Secuencia de RCP con Dispositivo definitivo de vía aérea: TOT ( ) Otros: \_\_\_\_\_

Ciclos de compresiones/ventilaciones 100 – 120/10 por minuto SI ( ) NO ( )

Medicación Utilizada: Adrenalina 1 mg ( ) Ampollas Amiodarona 150 mg ( ) Ampollas

Otros: \_\_\_\_\_

Ritmo Desfibrilable: Un ciclo de compresión- ventilación 30:2 antes y después de descarga SI ( ) NO ( )

Nº de descargas ( ) 1º \_\_\_\_ Joules 2º \_\_\_\_ Joules 3º \_\_\_\_ Joules

Monofásico ( ) Bifásico ( )

En paciente monitorizado se inició la desfibrilación inmediatamente: SI ( ) NO ( )

Ecografía FATE: SI ( ) NO: ( )

Capnografía: SI ( ) NO: ( )

Tiempo de RCP: 0-4 min ( ) 4.1- 10 min ( ) > 10 min ( )

RCP Exitoso: SI ( ) NO ( )

Signos vitales post RCP: PA: \_\_\_\_ FC: \_\_\_\_ FR \_\_\_\_ Tº: \_\_\_\_ SAT O2: \_\_\_\_ Glasgow a los 20 minutos ( )

Ritmo post RCP: \_\_\_\_\_

Toma de hemoglucotest: SI ( ) NO ( ) \_\_\_\_\_ mg/dl

Toma de EKG: SI ( ) NO ( )



	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS	GPC/OGC-010-2025
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	V 01.00/05.2025
	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PARO CARDIORESPIRATORIO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA ADULTO	Página :18 de 20

Hallazgos Electrocardiográficos: \_\_\_\_\_

Necesidad de Ventilación Asistida: SI ( ) NO ( )

Necesidad de apoyo oxigenatorio: SI ( ) NO ( )

Necesidad de apoyo inotrópico/vasopresor: SI ( ) NO ( )

Necesidad de colocación de CVC: SI ( ) NO ( )

Necesidad de Hipotermia Terapéutica en UCI: SI ( ) NO ( )

Necesidad de Neuro protección: Manejo de hiperglicemia SI ( ) NO ( )

Manejo de hipertermia SI ( ) NO ( )

Procedimientos o tratamiento de causa del PCR durante o posterior a la reanimación:

- |  |  |
|--|--|
| 1. Drenaje torácico ( )                        | 11. Lavado gástrico y antídoto en caso de        |
| 2. Pericardiocentesis ( )                      | Envenenamiento ( ) _____                         |
| 3. Cricotirotomía ( )                          | 12. Manejo de hipotermia ( )                     |
| 4. Fibrinólisis ( )                            | 13. Nebulizaciones continuas ( )                 |
| 5. Cateterismo de Emergencia ( )               | 14. Tratamiento de anafilaxis ( )                |
| 6. Transfusión sanguínea ( )                   | 15. Corrección de Acidosis metabólica severa ( ) |
| 7. Fluido terapia agresiva ( )                 | 16. Hemodiálisis de Emergencia ( )               |
| 8. Corrección hidroelectrolítica ( ) _____     | 17. Marcapaso percutáneo ( )                     |
| 9. Toracotomía o Laparotomía de Emergencia ( ) | 18. Tratamiento de Hipoglicemia ( )              |
| 10. Endoscopia Digestiva Alta ( )              | 19. Otros: _____                                 |

Causa confirmada o probable del PCR: \_\_\_\_\_

Solicitud de exámenes auxiliares post RCP: hemograma ( ) glucosa ( ) urea ( ) creatinina ( ) AGA ( )  
Electrolitos ( ) RX de tórax portátil ( )

Paciente fallece durante los cuidados post reanimación: SI ( ) NO ( )

(Si la respuesta del ítem anterior es SI) Fecha y Hora del fallecimiento: \_\_\_\_\_

(Si la respuesta del ítem anterior es NO) Se realizó interconsulta a UCI: SI ( ) NO ( )

Paciente ingresa a UCI: SI ( ) NO ( ) Fecha y Hora de ingreso: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello de Médico Asistente tratante

	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS	GPC/OGC-010-2025
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	V 01.00/05.2025
	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PARO CARDIORESPIRATORIO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA ADULTO	Página: 19 de 20

## PERSONAL ENCARGADO DE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

- El Equipo de Reanimación debe estar conformado como mínimo por 6 reanimadores:
  - 1) 01 médico Asistente: Líder del Equipo
  - 2) 01 médico Residente de mayor rango: Vía Aérea
  - 3) 02 médicos Residentes de menor rango: masaje cardiaco
  - 4) 01 enfermero para medicación EV y registro
  - 5) 01 técnico asistencial: Monitoreo, alistar desfibrilador y materiales de vía aérea.



	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS	GPC/OGC-010-2025
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	V 01.00/05.2025
	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PARO CARDIORESPIRATORIO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA ADULTO	Página :20 de 20

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stephan Stapczynski. O. John Ma. Donald M Yedy Garth D. Meckler. David M. Cline. American College of Emergency Physicians. 1457 -1465.
2. World Heart Organization Statistics. [[Fecha de consulta:10 de Agosto 2020]]. Disponible en:[https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases/#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases/#tab=tab_1).
3. Sulo G, Igland J, Nygård O, Vollset SE, Ebbing M, Tell GS. Favourable trends in incidence of AMI in Norway during 2001-2009 do not include younger adults:a CVDNOR project. *Eur J Prev Cardiol.* 2014;21(11):1358-64. [PubMed] [Google Scholar]
4. Yeh RW, Sidney S, Chandra M, Sorel M, Selby JV, Go AS. Population trends in the incidence and outcomes of acute myocardial infarction. *N Engl J Med.* 2010;362(23):2155-65. [PubMed] [Google Scholar]
5. Sans S, Puigdefábregas A, Paluzie G, Monterde D, Balaguer-Vintról Increasing trends of acute myocardial infarction in Spain:the MONICA-Catalonia Study. *Eur Heart J.* 2005;26(5):505-15. [PubMed] [Google Scholar]
6. Badui E, Rangel A, Valdespino A, Graef A, Plaza A, Chávez E, et al. Infarto agudo del miocardio en adultos jóvenes. Presentación de 142 casos. *Arch Inst Cardiol Mex.* 1993;63(6):529-37. [PubMed] [Google Scholar]
7. Monsieurs KG, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 1. Executive Summary. *Resuscitation* (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.038>s destacados de la Actualización de las Guías de la AHA para RCP y ACE de 2015.

