

	SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR – QUILLOTA	Cód: 35
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL	Versión : 01
	PROTOCOLO DE REANIMACION CARDIOPULMONAR AVANZADA	F. Emisión : 29/09/11 F. Revisión : 29/09/13 Página 1 de 1

PROTOCOLO DE REANIMACION CARDIOPULMONAR AVANZADA 2011-2013

Elaborado por Dr. Herberto Pérez Integrantes Comité Técnico Centro Regulador	Revisado por Comité de Emergencias SSVQ	Aprobado por Dra. Margarita Estefan S.
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha: 26/09/2011	Fecha: 26/09/2011	Fecha: 29/09/2011



1. Objetivos:

- a.- Estandarizar los criterios y procedimientos que se aplican y efectúan en el manejo del paro cardiorrespiratorio en la red de urgencia del SSVQ: prehospitalario SAMU, servicios de urgencia hospitalarios y SAPUS
- b.- Normar las relaciones que se deben establecer entre la red de urgencia con las Unidades de Cuidados Intensivos Generales y Las Unidades de Cuidados Intensivos Coronarios en el manejo del PCR
- c.- Normar las relaciones que se deben establecer entre la red de urgencia y el programa de procura en el contexto del manejo del PCR
- d.- Implementar un programa de vigilancia epidemiológica del PCR
- e.- Contribuir a mejorar las expectativas de sobrevivencia y minimizar las secuelas post paro cardiorrespiratorio, como también mejorar la seguridad en la aplicación de los procedimientos.
- f.- Lograr y mantener competencias en el equipo de salud responsable del procedimiento.
- g.- Estandarizar el equipamiento que se requiere para estas situaciones
- h.- Estandarizar los registros
- i.- Definir los niveles de referencia y contrarreferencias
- j.- Implementar un programa de auditorías del manejo del PCR en la Red de Urgencia del SSVQ

2. Responsable:

- a. Coordinador Red de Urgencia SSVQ
- b. Jefe SAMU SSVQ
- c. Jefes Unidades Emergencia Adulto y pediátrica
- d. Enfermera jefe Unidad de Emergencia
- e. Jefe UTI
- f. Jefe UCI

3. Alcance:

Este procedimiento define las acciones que se deben realizar en caso de un paro cardiorrespiratorio (PCR) en La Red de Urgencia: Servicios de Urgencia hospitalario, SAPUS, UCI y el sistema prehospitalario SAMU en el SSVQ

Define además, los niveles de derivación de los pacientes posterior a la reanimación cardiopulmonar y los estándares de manejo de estos pacientes en sus diferentes niveles

4. Definición:

a.- Paro Cardiorrespiratorio (PCR): Situación de cese de las funciones cardiacas y respiratorias que se traducen clínicamente, en un estado de inconciencia, ausencia de pulsos y de respiración.

b.- Reanimación cardiopulmonar (RCP) Serie de procedimientos validados y estandarizados según las actuales evidencias disponibles (ACLS update 2005 consenso Europeo) que tienen como objetivos restablecer la función cardiaca y respiratoria con el mínimo de secuelas neurológicas posibles, como también implementar medidas preventivas y de capacitación.

c.- Advance Cardio Life Support (ACLS): conjunto de normas mundialmente aceptadas que actualizan y definen los procedimientos avanzados que se deben realizar durante la RCP y que puede ser ejecutado solo por personal medico acreditado.

d.- Basic Life Support (BLS): conjunto de normas mundialmente aceptadas, que actualizan y define los procedimientos básicos no invasivos, que incluye la desfibrilación automática y que puede ser ejecutado por no expertos y personal no medico o personas de la comunidad

e.- Desfibrilador externo automático (DEA): equipo de desfibrilación que cuenta con un sistema de reconocimiento de arritmias que permite que sea utilizado por cualquier personas que enfrente un PCR .

5. Procedimiento:

1. El manejo del PCR se basará en las normas ACLS del Consejo Europeo para Resucitación versión 2005 y serán actualizadas según los criterios definidos por este consejo, esto es en un plazo no mayor de cinco años

2. Las maniobras de respiración asistida durante el procedimiento de BLS se efectuará con bolsa de resucitación y si se dispone conectada a una fuente de oxígeno.
3. Al momento de efectuar el procedimiento de desfibrilación, se debe suspender el suministro de oxígeno, el que se reanuda después de efectuado dicho procedimiento.
4. Cualquiera sea el nivel en el cual se asista un PCR Se reconocen los mismos componentes de la cadena de supervivencia que señala la norma:
5. Reconocimiento del evento – solicitud de ayuda — BLS –terapia eléctrica precoz- ACLS – Reanimación prolongada y recuperación cerebral en UCI
6. Reconocido el evento, por no respuesta del paciente o porque no respira o tiene respiración agónica, el personal que enfrenta la situación, debe en primer lugar pedir ayuda al SAMU 131 si es en el ambiente prehospitalario, o a su equipo médico de reanimación, si es en el interior de un SAPU o Servio de Urgencia Hospitalario
7. El personal que detecto el PCR y activó el sistema de alarma, después de efectuado lo anterior, inmediatamente debe iniciar BLS, asegurando y manteniendo la vía aérea y efectuando 30 compresiones torácicas, alternadas con dos respiraciones, manteniendo el procedimiento por dos minutos.
8. En caso de PCR observado y monitoreado y siempre que se trate de una Fibrilación Ventricular (FV) o Taquicardia Ventricular sin Pulso (TVSP) el primer procedimiento a efectuar será la desfibrilación.
9. Disponiendo del DEA o de desfibrilador convencional, se procede aplicar el procedimiento colocando las paletas del aparato en la cara anterior del tórax del paciente y siguiendo las instrucciones que irá dando el aparato o el médico si corresponde.
10. Independientemente del ritmo obtenido después de la desfibrilación, debe repetirse la secuencia de 30 compresiones alternadas con 2 respiraciones durante dos minutos. Esta secuencia debe ejecutarse aún cuando ya haya llegado el equipo que efectuará ACLS, quienes iniciarán su intervención después de cumplido con este ciclo. El equipo que reanima debe procurar no suspender las compresiones torácicas.
11. Si no ha llegado el equipo ACLS, se vuelve a colocar el DEA. Si el dispositivo reconoce un ritmo Shockeable se ejecuta desfibrilación. Si el dispositivo no reconoce ritmo shockeable se mantiene secuencia de 30 compresiones alternadas con 2 respiraciones siguiendo el algoritmo BLS
12. Llegado el equipo ACLS, asumirán las maniobras correspondientes.
13. El equipo ACLS concurrirá a asistir el PCR con los siguientes elementos:

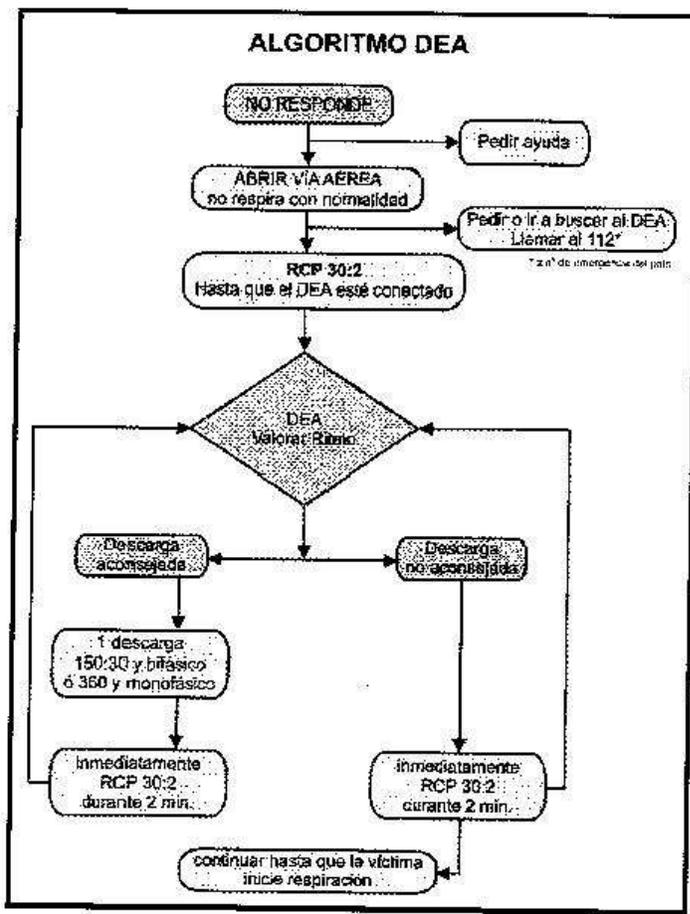
ii. Traslado medicalizado en móvil avanzado

e. Paciente potencial donante post RCP según algoritmo de muerte cerebral y procura

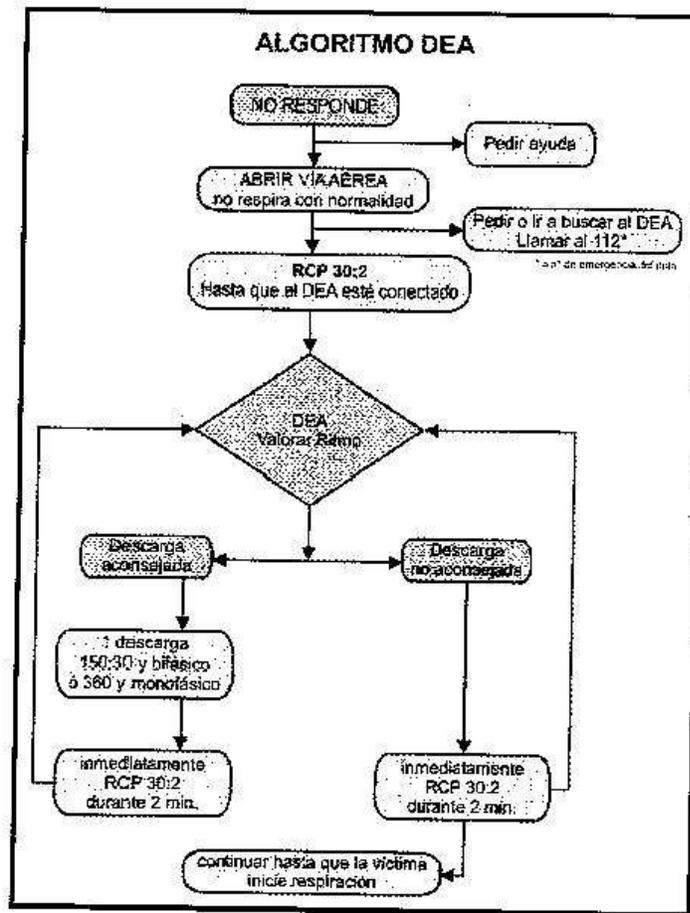
- i. Se activa equipo de procura
- ii. Se gestiona cama en UCI nivel terciario

18. Una vez finalizada la participación del equipo ACLS será responsabilidad del líder a cargo, verificar que los registros estén completos y responsabilidad de la enfermera velar porque ello se cumpla durante la reanimación.
19. Deberá completarse el documento de vigilancia epidemiológica del PCR el que debe ser enviado vía Mail o FAX a la Regulación del SAMU
20. Terminado el procedimiento, enfermería deberá revisar los maletines de intervención tanto de vía aérea como de vía venosa, haciendo las reposiciones correspondientes.
21. La Regulación Médica del SAMU llevará un consolidado de todos los PCR que han ocurrido en la Red de Urgencia
22. Periódicamente deberá efectuarse una reunión de evaluación de manejo de RCP que se haya efectuado durante ese periodo. Dicha reunión será convocada por la Subdirección Médica del SSVQ

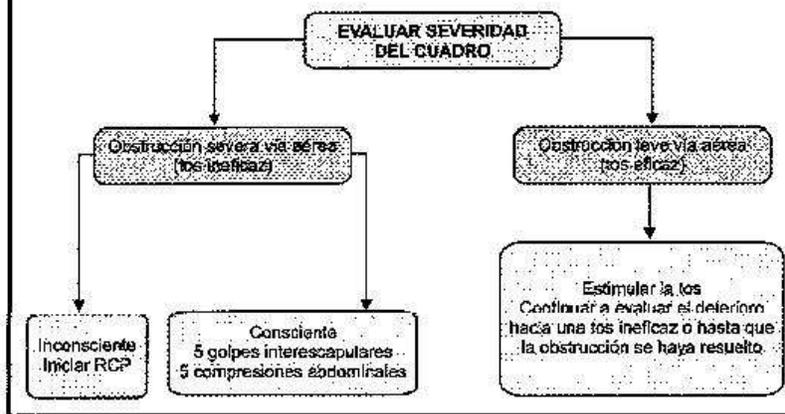
ALGORITMO DEA



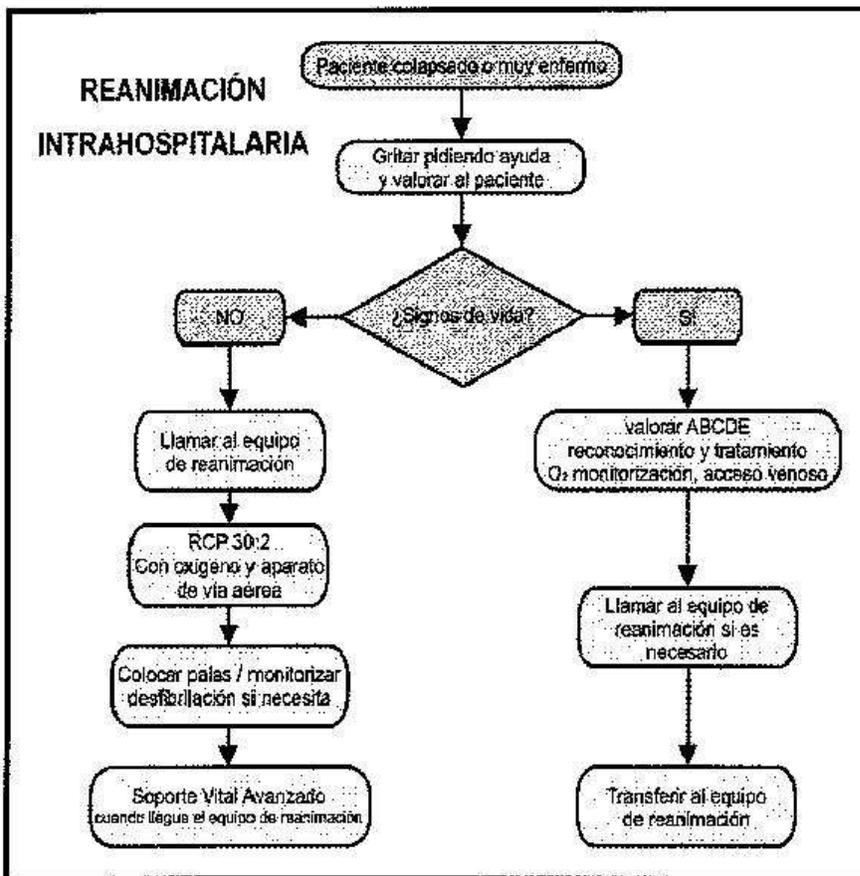
ALGORITMO DEA



**TRATAMIENTO OBSTRUCCIÓN VÍA AÉREA POR CUERPO
EXTRAÑO (OVACE) EN ADULTO**

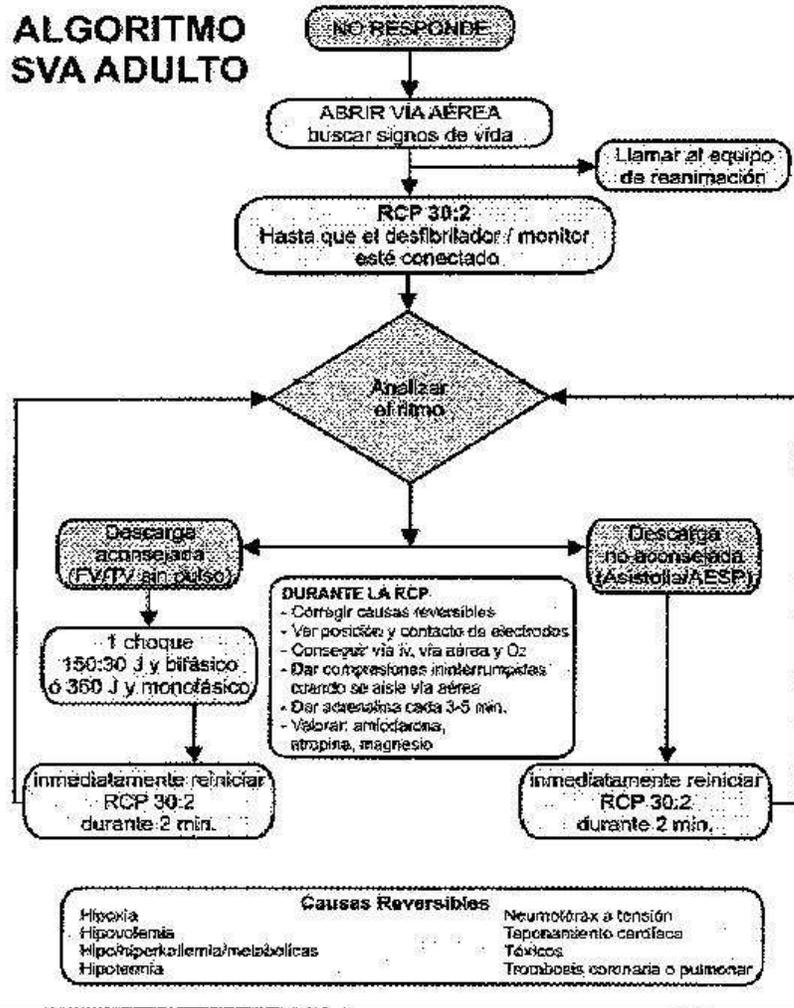


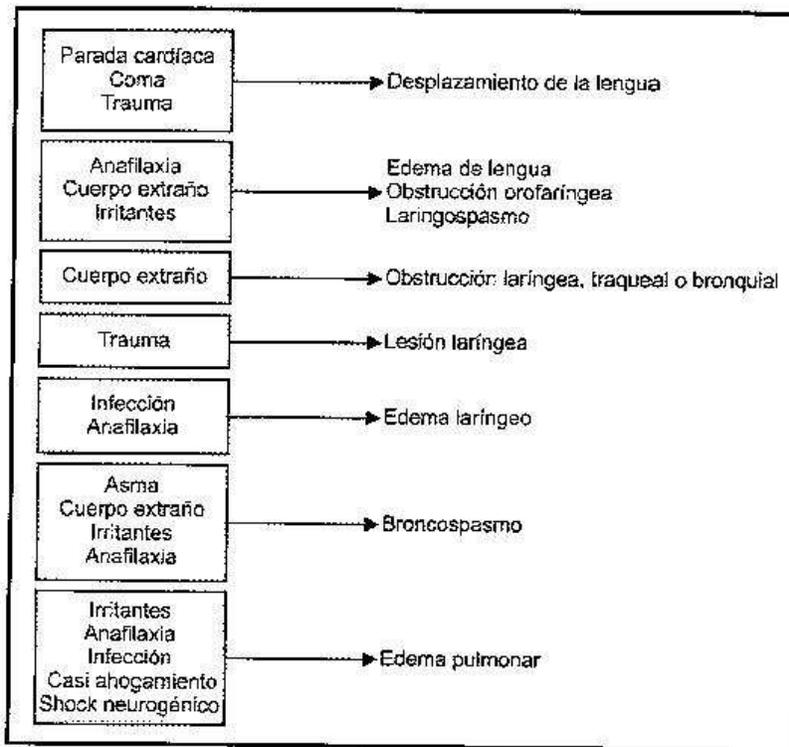
REANIMACIÓN INTRAHOSPITALARIA



- a. Desfibrilador bifásico
 - b. Maletín de manejo avanzado de vía aérea
 - c. Maletín de drogas y de vías vasculares y formularios de registros
14. 15.- El manejo avanzado de RCP seguirá los algoritmos ACLS ya sea adultos o pediátrico según corresponda (ver algoritmos en anexo)
15. La enfermera del equipo ACLS designará a un paramédico para que lleve los registros de los eventos. Las instrucciones serán dadas a viva voz por el líder del equipo y repetidas a viva voz por la enfermera y registradas por un paramédico. Para este efecto se ocupará un formato especialmente diseñado para ello.
16. 17.- Al momento de iniciar las maniobras ACLS el líder del equipo instruirá para que se tome contacto con la Regulación del SAMU se alerte a la Unidad de emergencia Hospitalaria que corresponda y se gestione una cama de cuidados intensivos
17. Un paciente que ha sufrido un PCR y que ha sido reanimado puede seguir alguna de las siguientes vías:
- a. Paciente fallecido post RCP o no recuperable:
 - i. Queda en su centro asistencial de origen.
 - b. Paciente con evidencias de recuperabilidad post RCP:
 - i. Paciente cuyo PCR no es consecuencia de una condición Terminal
 - ii. PCR observado por personal sanitario, PCR con maniobras precoces efectivas, recupera pulso, presión arterial y mantiene respiración espontánea sin mediar drogas
 - iii. Procedimientos de reanimación que no se prolongó por más de 45 minutos
 - iv. Se activa Regulación SAMU para gestión cama crítica y traslado medicalizado en móvil avanzado al nivel terciario que dispone la cama UCI
 - c. Paciente con PCR recuperado, secundario a accidente coronario agudo y con criterios de recuperabilidad ya definidos
 - d. IAM en curso
 - i. Activación Regulación SAMU para gestión cama en UTI coronaria y activación de equipo de hemodinamia

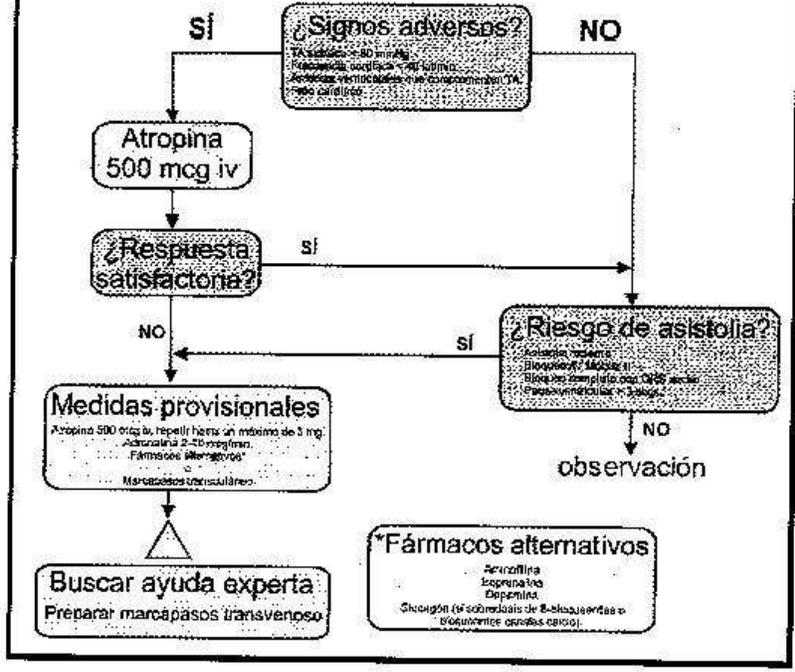
ALGORITMO SVA ADULTO

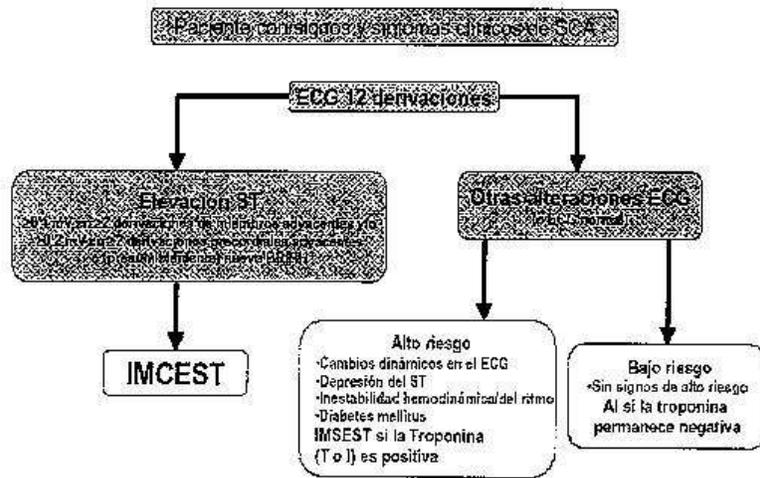


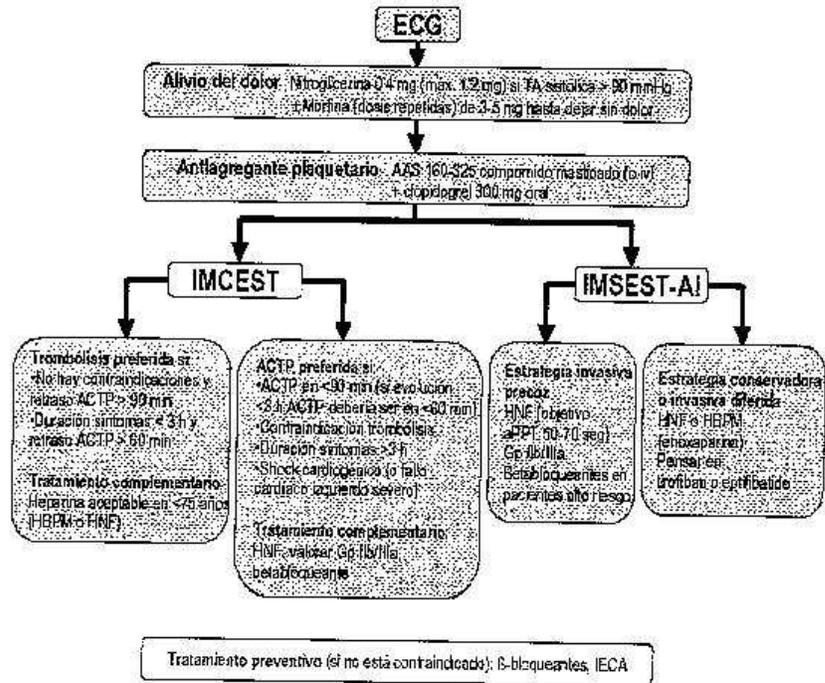


Algoritmo de Bradicardia

(Incluye las frecuencias inadecuadas para la hemodinámica del paciente)
Poner oxígeno, canalizar una vena y registrar un ECG 12 derivaciones

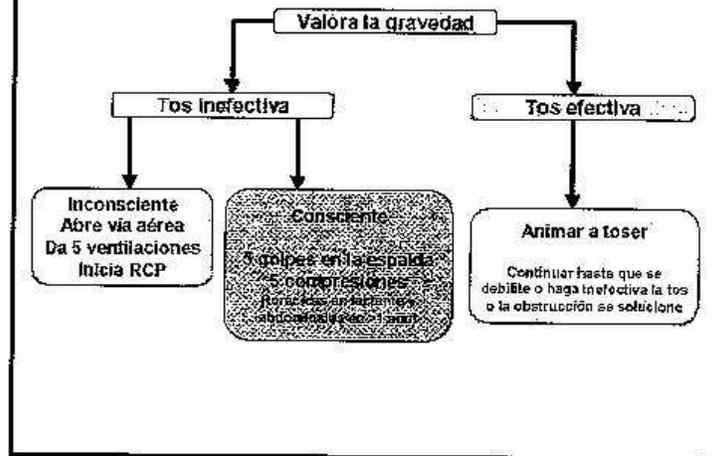


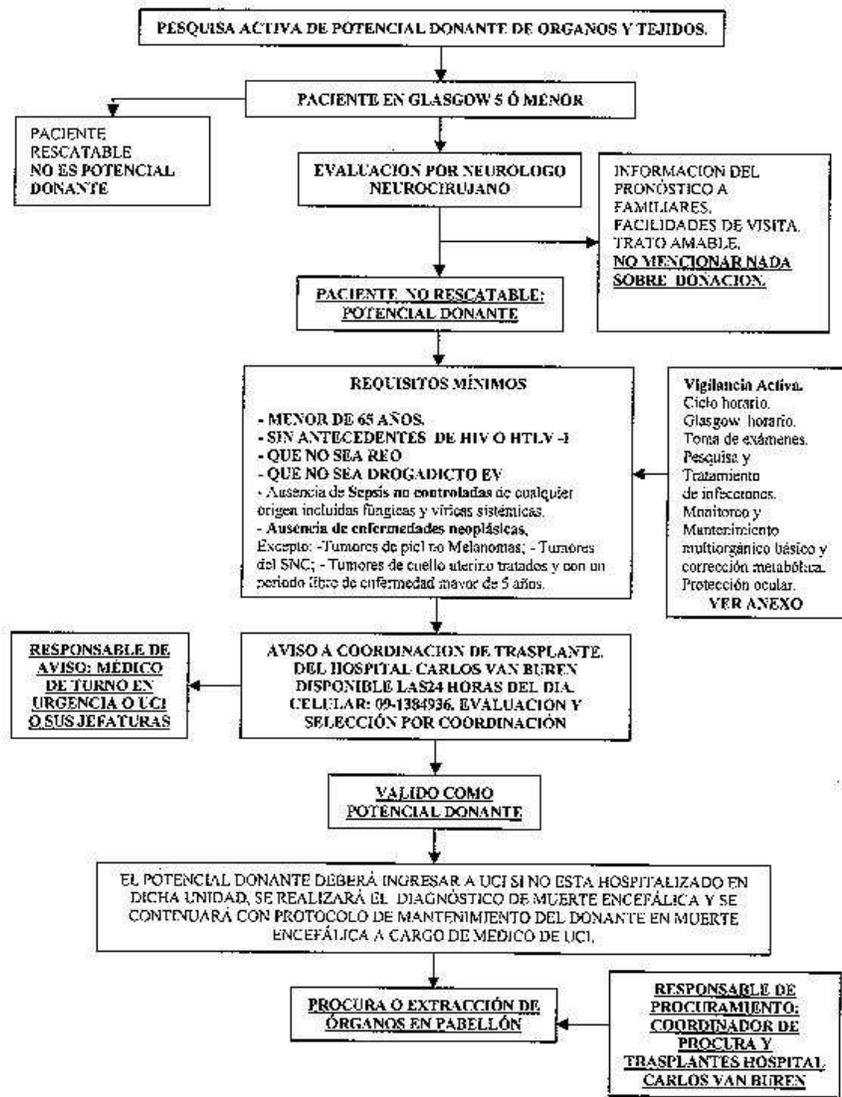






Tratamiento de la OVACE pediátrica





Estándares de manejo

I.- BLS

- a.- Personal de la red de urgencia capacitados en BLS
- b.- Disponibilidad de Desfibrilador automático en Atención primaria y ambulancias básicas SAMU

II.- ACLS

- a.- Personal médico y de enfermería de la red de urgencia capacitado en ACLS
- b.- Disponibilidad de desfibrilador bifásico en Unidades de emergencia Hospitalarias y ambulancias avanzadas SAMU
- c.- Disponibilidad de material para manejo avanzado de vía aérea
- d.- Disponibilidad de drogas

III.- Traslado paciente post PCR

- a.- Traslado medicalizado
- b.- Ambulancia avanzada: Respirador de transporte, Sistema de monitoreo EKG continuo, bombas de infusión, drogas, Capnografía, Desfibrilador bifásico

IV.- Manejo potencial donante

INDICADORES:

Definición Indicador	Cumplimiento del protocolo
Tipo de Indicador	Proceso
Dimensión	Efectividad
Formula	$\frac{\text{Pac atendidos según protocolo} \times 100}{\text{Total de pacientes en PCR}}$
Umbral	70%
Justificación	Derivación oportuna de patología
Fuente de información	FICHA CLÍNICA/DATO DE ATENCION DE URGENCIA
Periodicidad	SEMESTRAL
Responsable	Jefe Urgencias Hospitalarias y/o SAPU

Anexo 1

Material para manejo avanzado vía aérea y ventilación

Bolsa de resucitación
Cánulas de Mayo
Laringoscopio adulto y pediátrico
Tubos endotraqueales
Tubos pleurales
Materiales de manejo de vía aérea difícil

FARMACOS

Adrenalina
Atropina
Amiodarona
Lidocaina
Gluconato calcio
Nitroglicerina
Morfina
Aminofilina
Isoprenalina
Dopamina
Succinilcolina
Midazolam
KCL
S. fisiológico
S. glucosalina
Expandidores del plasma

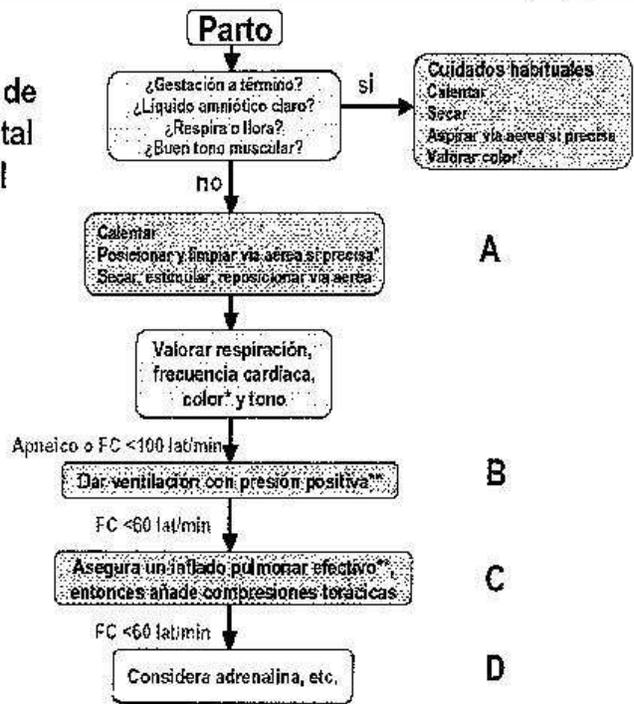
Terapia eléctrica

Desfibrilador automático
Desfibrilador bifásico

Certificación Muerte cerebral del potencial donante

Cama intensivo
Neurólogo
Electroencefalografía

Algoritmo de soporte vital neonatal



*La intubación traqueal puede ser valorada en diferentes pasos

** Pensar en oxígeno suplementario en cualquier paso si persiste la cianosis



MINISTERIO DE SALUD
Servicio de Salud
Viña del Mar-Quillota
Int. N° 02 de 05.01.2012

RESOLUCIÓN EXENTA N° 0036

VIÑA DEL MAR, 10 ENE. 2012

VISTO:

Lo dispuesto en la Ley N° 18.575 sobre Bases Generales de la Administración del Estado, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el DFL N°1/19.653, publicado con fecha 17 de noviembre del 2001. Lo establecido en la Ley N° 18.880, que Establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los Actos de la Administración del Estado. Lo dispuesto en la Ley N° 18.834, sobre Estatuto Administrativo, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el DFL N° 29 (Hacienda), publicado con fecha 16 de marzo de 2005. Las facultades que a la suscrita otorgan el decreto con Fuerza Ley N°1/2005 del Ministerio de Salud, Publicado con fecha 24 de abril de 2006, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763/79 y de las Leyes N° 18.983 y N°18.469, conjuntamente con los Decretos Supremos N° 140/2005 y N° 123/2010, ambos del Ministerio de Salud.

CONSIDERANDO:

1.- Los principios orientadores de la Reforma de la Salud, que apuntan a la equidad, participación, descentralización y satisfacción de los usuarios, los cuales deben ser cumplidos por el Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, las prioridades programáticas emanadas del Ministerio de Salud, y la necesidad de contribuir al mejoramiento de la capacidad resolutoria de la red asistencial, mejorando la accesibilidad, oportunidad y calidad técnica.



2.- La circunstancia que al Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota le corresponde la organización, planificación, coordinación y control de las acciones de salud que prestan los establecimientos de su red asistencial, para el cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas del Ministerio de Salud.

3.- El Memorandum N° 03, de fecha 04 de enero de 2012, de la Sra. Jefa de Programas de este Servicio de Salud, dirigido al Departamento Jurídico del mismo Servicio, por medio del cual se solicita la elaboración de las respectivas resoluciones aprobatorias de los Protocolos de Referencia y Contrareferencia, para el período 2011 – 2013.

4.- El Protocolo de Referencia y Contrareferencia de Reanimación Cardiopulmonar Avanzada, para el período 2011–2013, emanado de la Subdirección de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, se dicta la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1. **APRUÉBASE**, el Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Avanzada 2011–2013, en los establecimientos hospitalarios de la Red Asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota.
2. **CÚMPLASE**, de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución Exenta N° 1600 de Contraloría General de la República, con la transcripción íntegra del documento que se aprueba en este acto y cuyo tenor es el siguiente:

PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA 2011 – 2013

1. Objetivos:

- a.- Estandarizar los criterios y procedimientos que se aplican y efectúan en el manejo del paro cardiorrespiratorio en la red de urgencia del SSVQ: prehospitario SAMU, servicios de urgencia hospitalarios y SAPUS



b.- Normar las relaciones que se deben establecer entre la red de urgencia con las Unidades de Cuidados Intensivos Generales y Las Unidades de Cuidados Intensivos Coronarios en el manejo del PCR

c.- Normar las relaciones que se deben establecer entre la red de urgencia y el programa de procura en el contexto del manejo del PCR

d.- Implementar un programa de vigilancia epidemiológica del PCR

e.- Contribuir a mejorar las expectativas de sobrevivencia y minimizar las secuelas post paro cardiorrespiratorio, como también mejorar la seguridad en la aplicación de los procedimientos.

f.- Lograr y mantener competencias en el equipo de salud responsable del procedimiento.

g.- Estandarizar el equipamiento que se requiere para estas situaciones

h.- Estandarizar los registros

i.- Definir los niveles de referencia y contrarreferencias

j.- Implementar un programa de auditorías del manejo del PCR en la Red de Urgencia del SSVQ

2. **Responsable:**

- a. Coordinador Red de Urgencia SSVQ
- b. Jefe SAMU SSVQ
- c. Jefes Unidades Emergencia Adulto y pediátrica
- d. Enfermera jefe Unidad de Emergencia
- e. Jefe UTI
- f. Jefe UCI

3. **Alcance:**

Este procedimiento define las acciones que se deben realizar en caso de un paro cardiorrespiratorio (PCR) en La Red de Urgencia: Servicios de Urgencia hospitalario, SAPUS, UCI y el sistema prehospitalario SAMU en el SSVQ

Define además, los niveles de derivación de los pacientes posterior a la reanimación cardiopulmonar y los estándares de manejo de estos pacientes en sus diferentes niveles

4. **Definición:**

a.- Paro Cardiorrespiratorio (PCR): Situación de cese de las funciones cardiacas y respiratorias que se traducen clínicamente, en un estado de inconciencia, ausencia de pulsos y de respiración.

b.- Reanimación cardiopulmonar (RCP) Serie de procedimientos validados y estandarizados según las actuales evidencias disponibles (ACLS update 2005 consenso



Europeo) que tienen como objetivos restablecer la función cardiaca y respiratoria con el mínimo de secuelas neurológicas posibles, como también implementar medidas preventivas y de capacitación.

c.- Advance Cardio Life Support (ACLS): conjunto de normas mundialmente aceptadas que actualizan y definen los procedimientos avanzados que se deben realizar durante la RCP y que puede ser ejecutado solo por personal medico acreditado.

d.- Basic Life Support (BLS): conjunto de normas mundialmente aceptadas, que actualizan y define los procedimientos básicos no invasivos, que incluye la desfibrilación automática y que puede ser ejecutado por no expertos y personal no medico o personas de la comunidad

e.- Desfibrilador externo automático (DEA): equipo de desfibrilación que cuenta con un sistema de reconocimiento de arritmias que permite que sea utilizado por cualquier personas que enfrente un PCR .

5. Procedimiento:

1. El manejo del PCR se basará en las normas ACLS del Consejo Europeo para Resucitación versión 2005 y serán actualizadas según los criterios definidos por este consejo, esto es en un plazo no mayor de cinco años
2. Las maniobras de respiración asistida durante el procedimiento de BLS se efectuará con bolsa de resucitación y si se dispone conectada a una fuente de oxígeno.
3. Al momento de efectuar el procedimiento de desfibrilación, se debe suspender el suministro de oxígeno, el que se reanuda después de efectuado dicho procedimiento.
4. Cualquiera sea el nivel en el cual se asista un PCR Se reconocen los mismos componentes de la cadena de supervivencia que señala la norma:
5. Reconocimiento del evento -- solicitud de ayuda -- BLS --terapia eléctrica precoz- ACLS -- Reanimación prolongada y recuperación cerebral en UCI
6. Reconocido el evento, por no respuesta del paciente o porque no respira o tiene respiración agónica, el personal que enfrenta la situación, debe en primer lugar pedir ayuda al SAMU 131 si es en el ambiente prehospitalario, o a su equipo medico de reanimación, si es en el interior de un SAPU o Servio de Urgencia Hospitalario
7. El personal que detecto el PCR y activó el sistema de alarma, después de efectuado lo anterior, inmediatamente debe iniciar BLS, asegurando y manteniendo la vía aérea y efectuando 30 compresiones torácicas, alternadas con dos respiraciones, manteniendo el procedimiento por dos minutos.

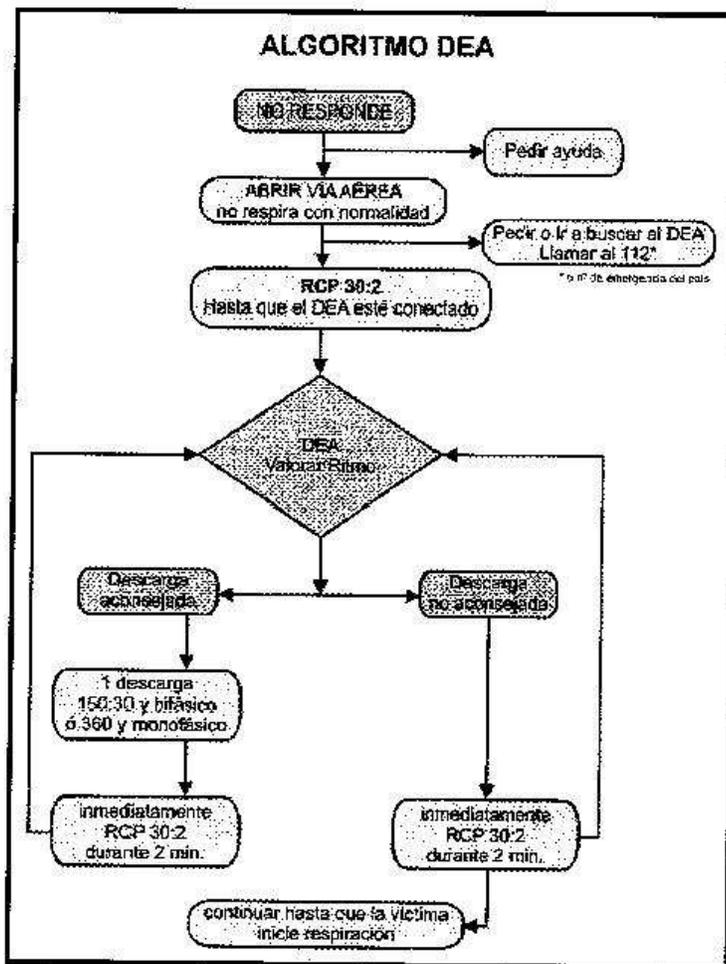


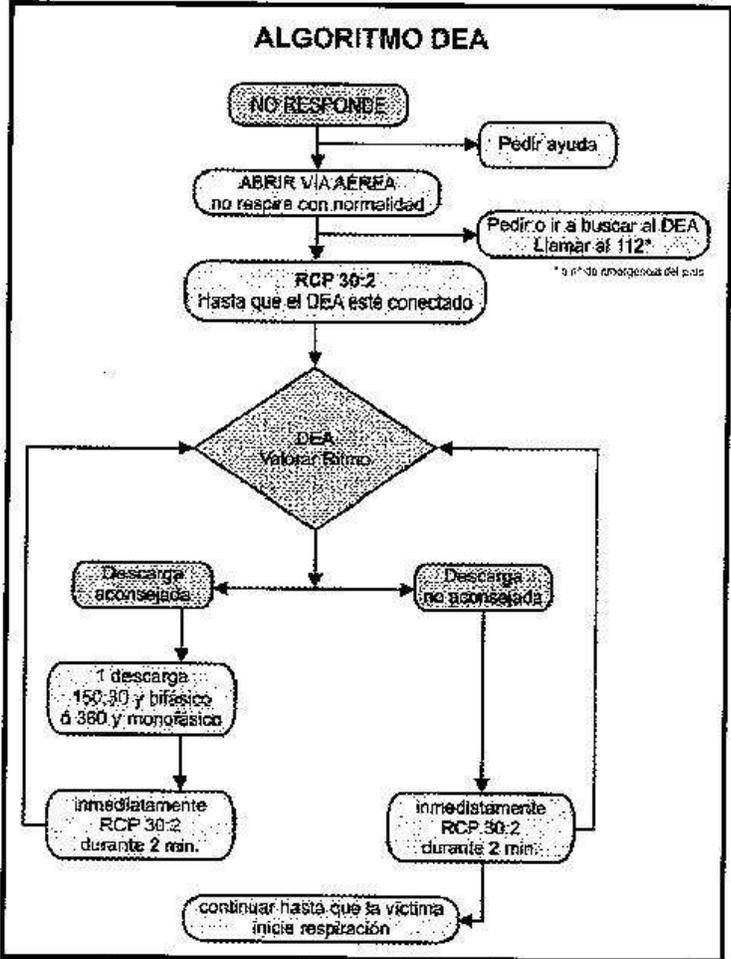
8. En caso de PCR observado y monitoreado y siempre que se trate de una Fibrilación Ventricular (FV) o Taquicardia Ventricular sin Pulso (TVSP) el primer procedimiento a efectuar será la desfibrilación.
9. Disponiendo del DEA o de desfibrilador convencional, se procede aplicar el procedimiento colocando las paletas del aparato en la cara anterior del tórax del paciente y siguiendo las instrucciones que irá dando el aparato o el medico si corresponde.
10. Independientemente del ritmo obtenido después de la desfibrilación, debe repetirse la secuencia de 30 compresiones alternadas con 2 respiraciones durante dos minutos. Esta secuencia debe ejecutarse aún cuando ya haya llegado el equipo que efectuará ACLS, quienes iniciarán su intervención después de cumplido con este ciclo. El equipo que reanima debe procurar no suspender las compresiones torácicas.
11. Si no ha llegado el equipo ACLS, se vuelve a colocar el DEA. Si el dispositivo reconoce un ritmo Shockeable se ejecuta desfibrilación. Si el dispositivo no reconoce ritmo shockeable se mantiene secuencia de 30 compresiones alternadas con 2 respiraciones siguiendo el algoritmo BLS
12. Llegado el equipo ACLS, asumirán las maniobras correspondientes.
13. El equipo ACLS concurrirá a asistir el PCR con los siguientes elementos:
 - a. Desfibrilador bifásico
 - b. Maletín de manejo avanzado de vía aérea
 - c. Maletín de drogas y de vías vasculares y formularios de registros
14. 15.- El manejo avanzado de RCP seguirá los algoritmos ACLS ya sea adultos o pediátrico según corresponda (ver algoritmos en anexo)
15. La enfermera del equipo ACLS designará a un paramédico para que lleve los registros de los eventos. Las instrucciones serán dadas a viva voz por el líder del equipo y repetidas a viva voz por la enfermera y registradas por un paramédico. Para este efecto se ocupará un formato especialmente diseñado para ello.
16. 17.- Al momento de iniciar las maniobras ACLS el líder del equipo instruirá para que se tome contacto con la Regulación del SAMU se alerte a la Unidad de emergencia Hospitalaria que corresponda y se gestione una cama de cuidados intensivos
17. Un paciente que ha sufrido un PCR y que ha sido reanimado puede seguir alguna de las siguientes vías:
 - a. Paciente fallecido post RCP o no recuperable:
 - i. Queda en su centro asistencial de origen.
 - b. Paciente con evidencias de recuperabilidad post RCP:
 - i. Paciente cuyo PCR no es consecuencia de una condición Terminal

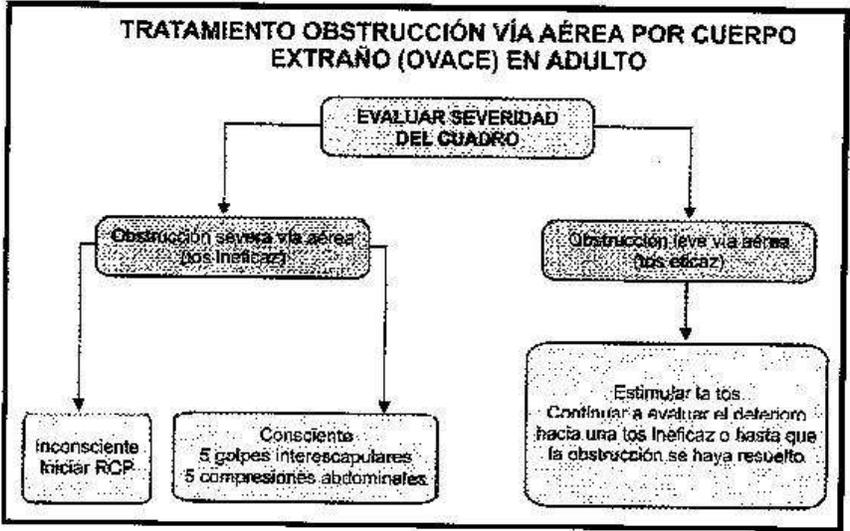


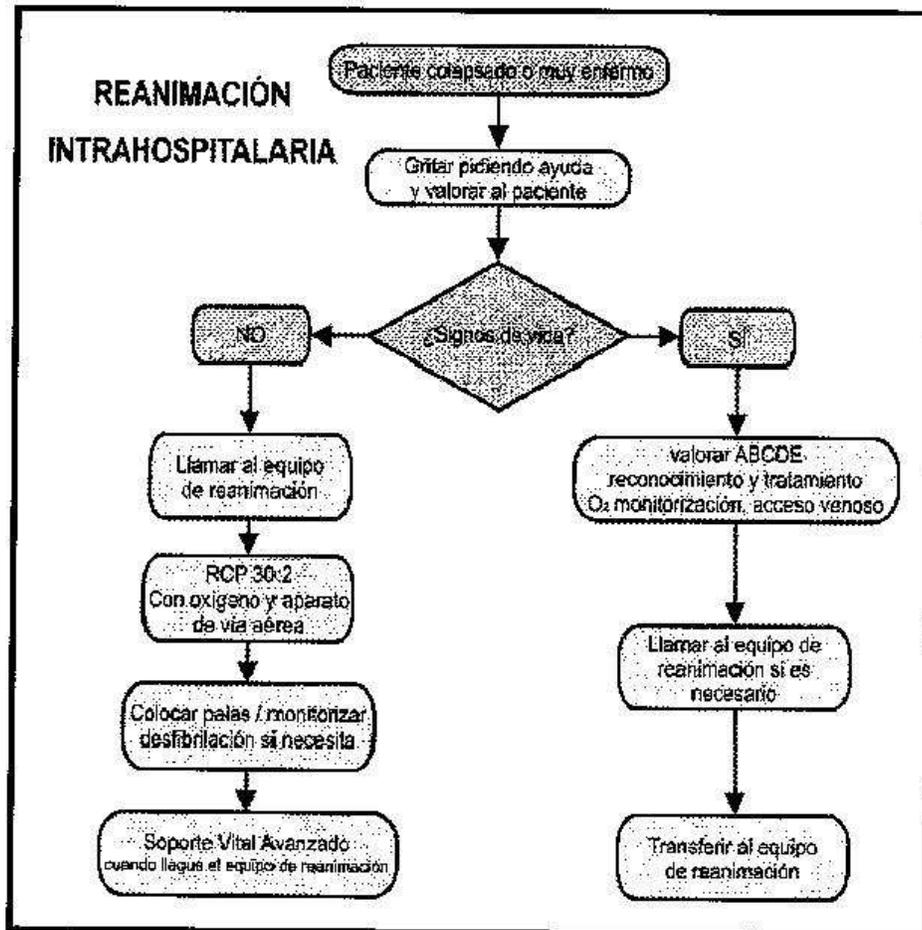
- ii. PCR observado por personal sanitario, PCR con maniobras precoces efectivas, recupera pulso, presión arterial y mantiene respiración espontánea sin mediar drogas
 - iii. Procedimientos de reanimación que no se prolongó por más de 45 minutos
 - iv. Se activa Regulación SAMU para gestión cama crítica y traslado medicalizado en móvil avanzado al nivel terciario que dispone la cama UCI
 - c. Paciente con PCR recuperado, secundario a accidente coronario agudo y con criterios de recuperabilidad ya definidos
 - d. IAM en curso
 - i. Activación Regulación SAMU para gestión cama en UTI coronaria y activación de equipo de hemodinamia
 - ii. Traslado medicalizado en móvil avanzado
 - e. Paciente potencial donante post RCP según algoritmo de muerte cerebral y procura
 - i. Se activa equipo de procura
 - ii. Se gestiona cama en UCI nivel terciario
- 18. Una vez finalizada la participación del equipo ACLS será responsabilidad del líder a cargo, verificar que los registros estén completos y responsabilidad de la enfermera velar porque ello se cumpla durante la reanimación.
- 19. Deberá completarse el documento de vigilancia epidemiológica del PCR el que debe ser enviado vía Mail o FAX a la Regulación del SAMU
- 20. Terminado el procedimiento, enfermería deberá revisar los maletines de intervención tanto de vía aérea como de vía venosa, haciendo las reposiciones correspondientes.
- 21. La Regulación Médica del SAMU llevará un consolidado de todos los PCR que han ocurrido en la Red de Urgencia
- 22. Periódicamente deberá efectuarse una reunión de evaluación de manejo de RCP que se haya efectuado durante ese periodo. Dicha reunión será convocada por la Subdirección Médica del SSVQ



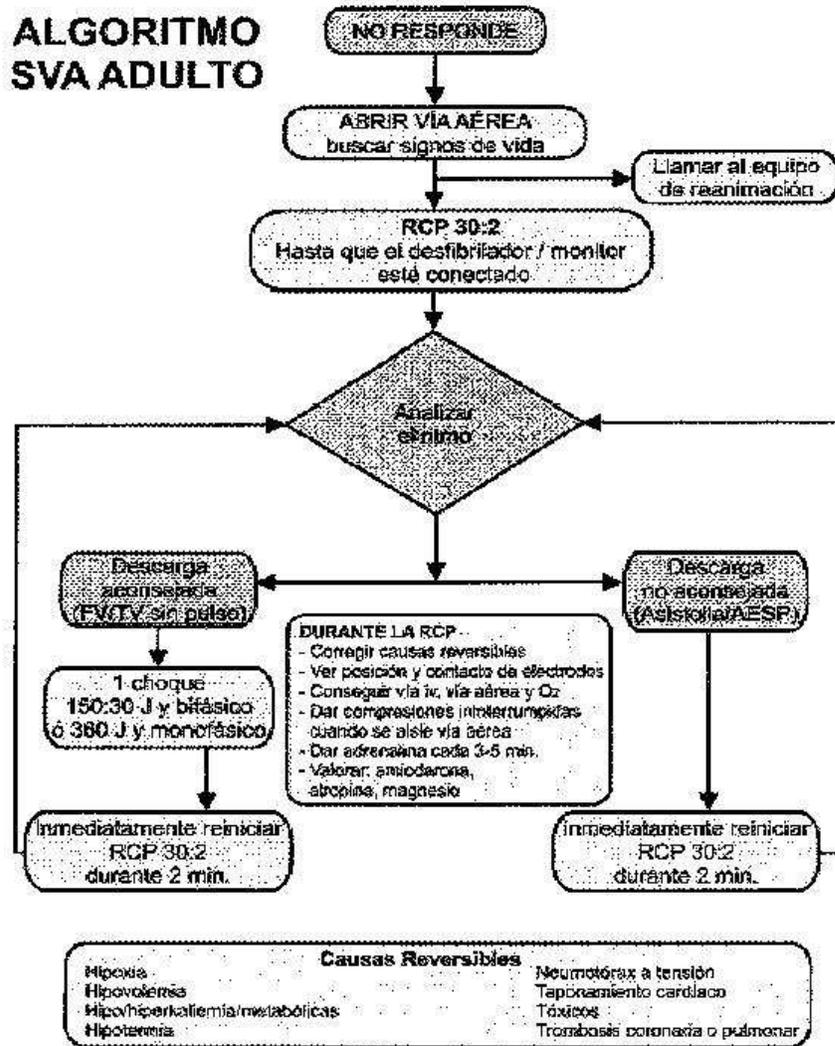


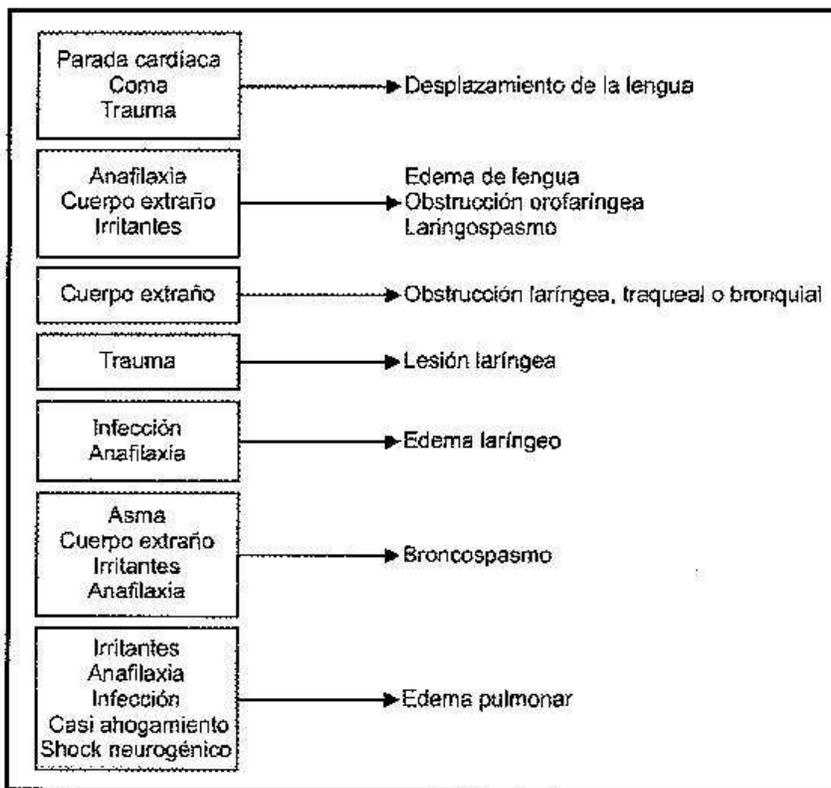


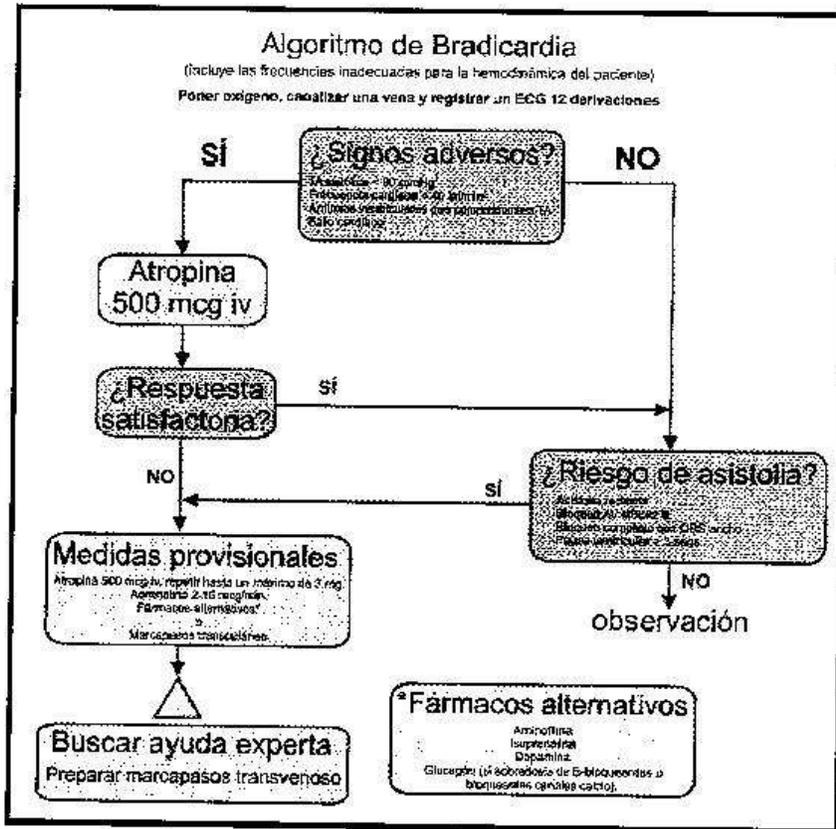


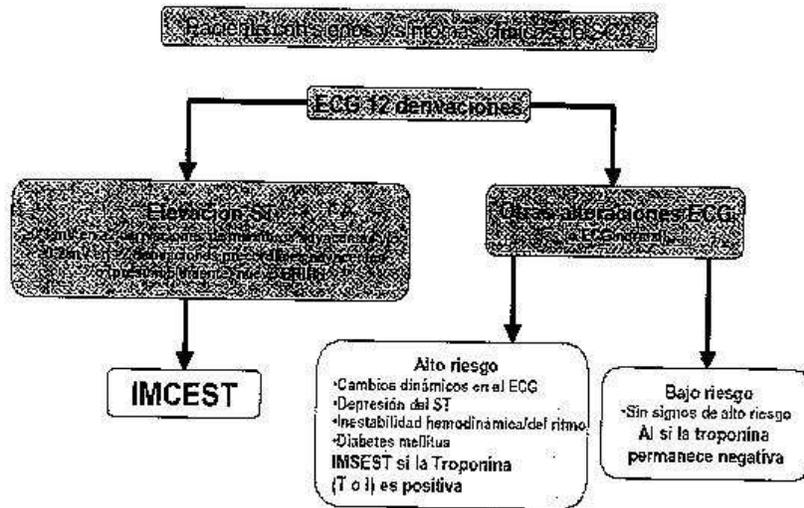


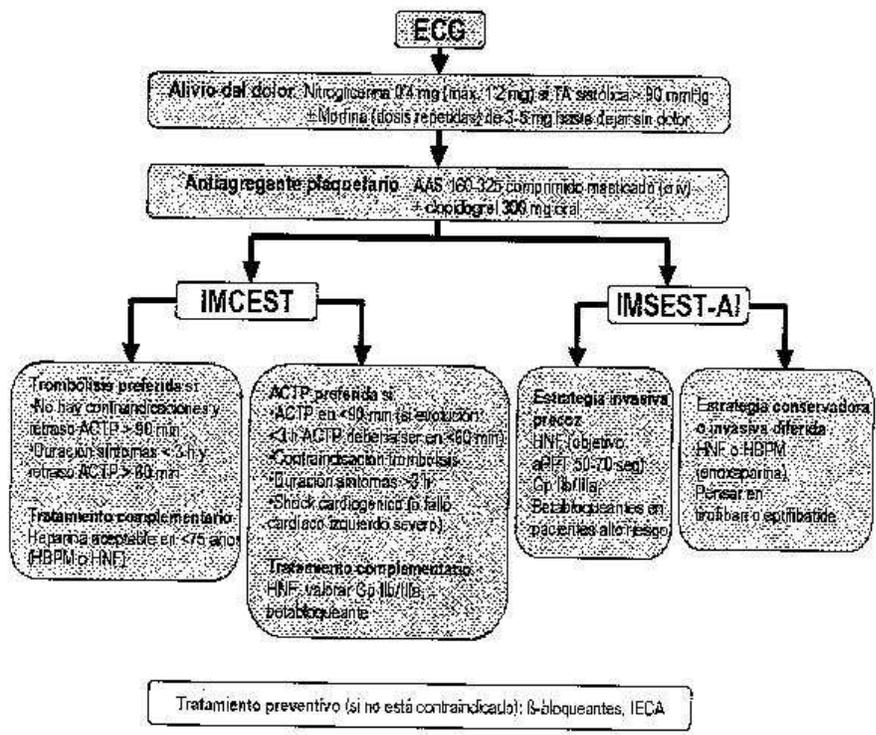
ALGORITMO SVA ADULTO

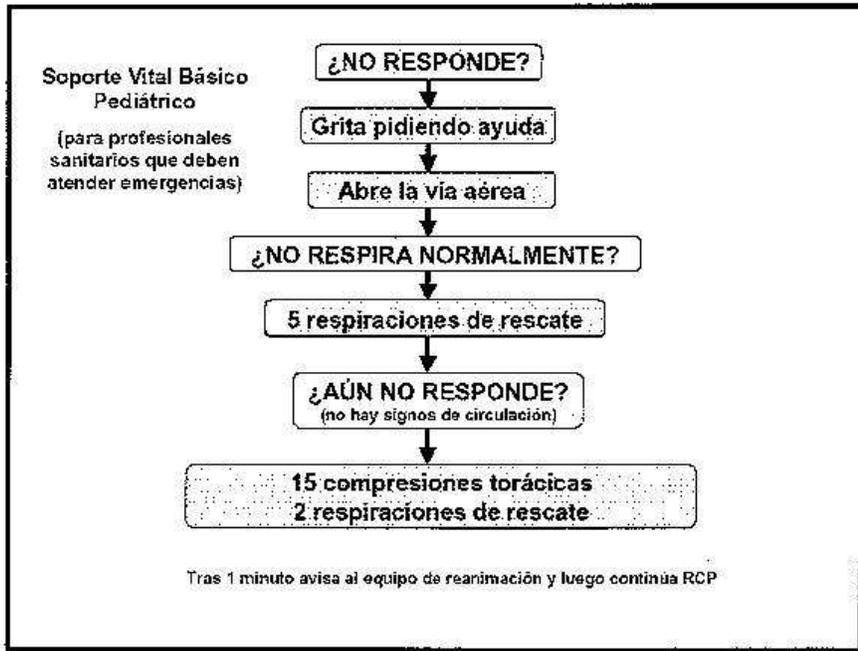


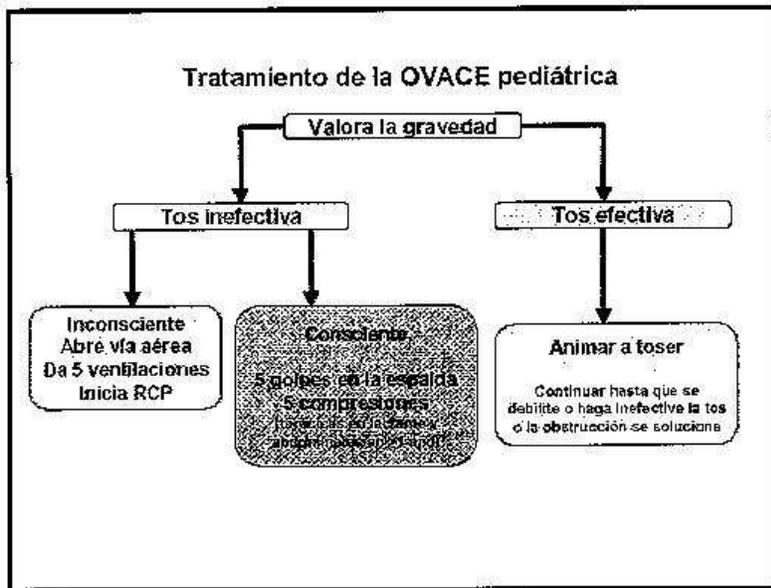




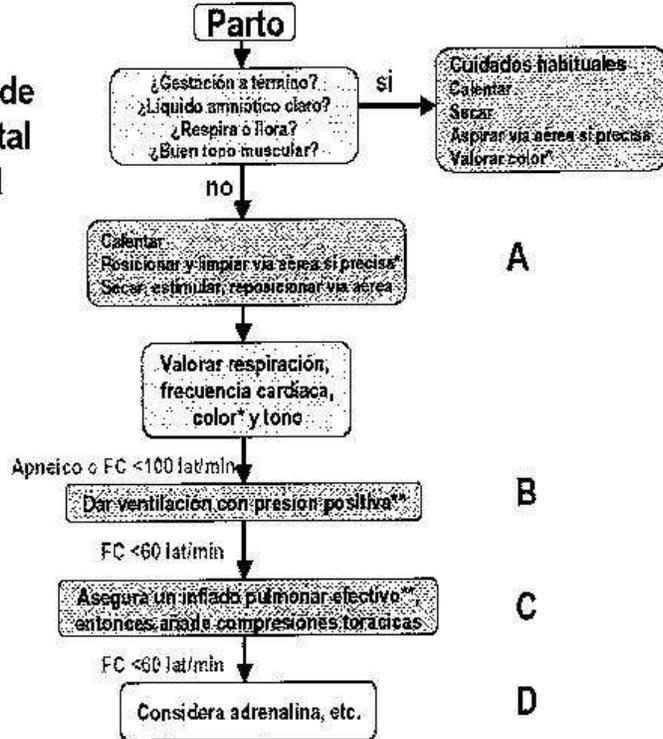








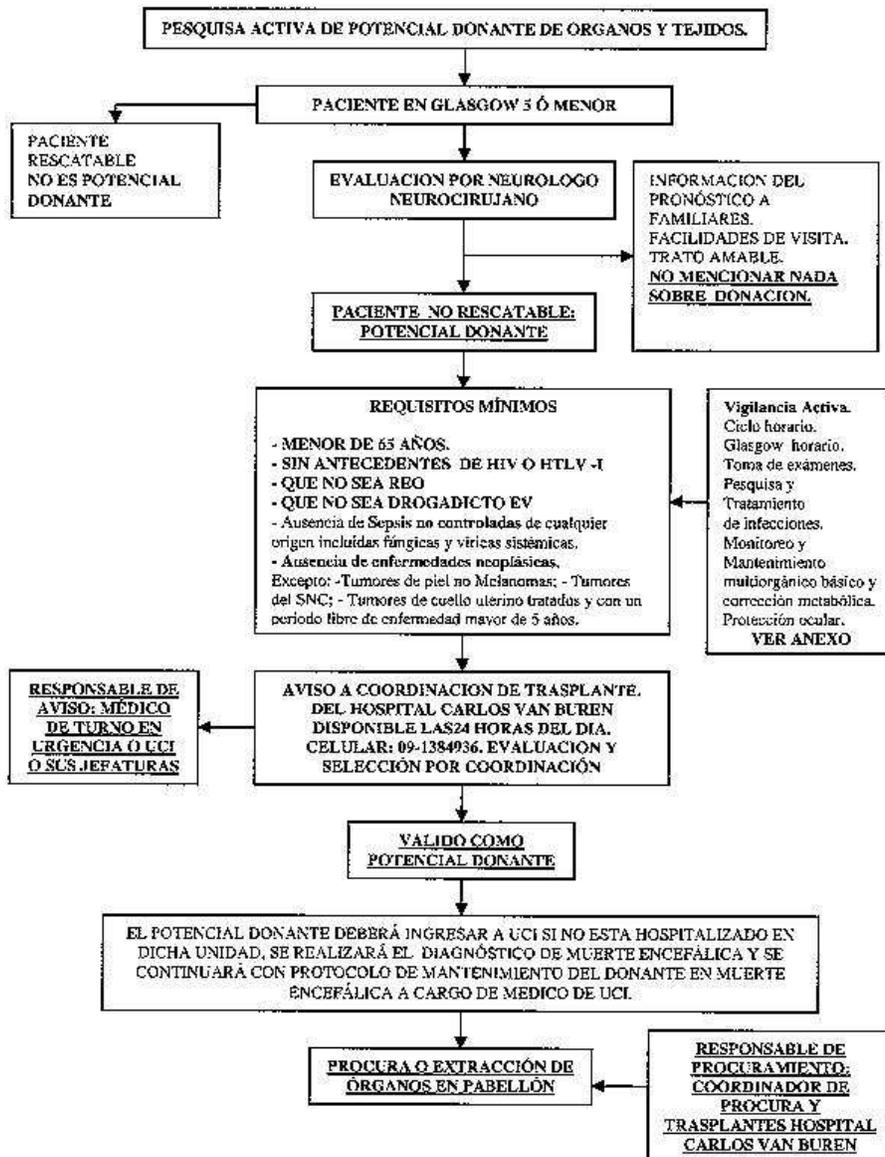
Algoritmo de soporte vital neonatal



*La intubación traqueal puede ser valorada en diferentes pasos

**Pensar en oxígeno suplementario en cualquier paso si persiste la cianosis





Estándares de manejo

I.- BLS

- a.- Personal de la red de urgencia capacitados en BLS
- b.- Disponibilidad de Desfibrilador automático en Atención primaria y ambulancias básicas SAMU

II.- ACLS

- a.- Personal médico y de enfermería de la red de urgencia capacitado en ACLS



- b.- Disponibilidad de desfibrilador bifásico en Unidades de emergencia Hospitalarias y ambulancias avanzadas SAMU
- c.- Disponibilidad de material para manejo avanzado de vía aérea
- d.- Disponibilidad de drogas

III.- Traslado paciente post PCR

- a.- Traslado medicalizado
- b.- Ambulancia avanzada: Respirador de transporte, Sistema de monitoreo EKG continuo, bombas de infusión, drogas, Capnografía, Desfibrilador bifásico

IV.- Manejo potencial donante

INDICADORES:

Definición Indicador	Cumplimiento del protocolo
Tipo de Indicador	Proceso
Dimensión	Efectividad
Formula	$\frac{\text{Pac atendidos según protocolo} \times 100}{\text{Total de pacientes en PCR}}$
Umbral	70%
Justificación	Derivación oportuna de patología
Fuente de información	FICHA CLÍNICA/DATO DE ATENCION DE URGENCIA
Periodicidad	SEMESTRAL
Responsable	Jefe Urgencias Hospitalarias y/o SAPU

Anexo 1

Materiales manejo avanzado vía aérea y ventilación

- Bolsa de resucitación
- Cánulas de Mayo
- Laringoscopio adulto y pediátrico
- Tubos endotraqueales
- Tubos pleurales
- Materiales de manejo de vía aérea difícil

FARMACOS

- Adrenalina
- Atropina
- Amiodarona
- Lidocaina
- Gluconato calcio



Nitroglicerina
Morfina
Aminofilina
Isoprenalina
Dopamina
Succinilcolina
Midazolam
KCL
S. fisiológico
S glucosalina
Expandidores del plasma

Terapia eléctrica

Desfibrilador automático

Desfibrilador bifásico

Certificación Muerte cerebral del potencial donante

Cama intensivo

Neurólogo

Electroencefalografía

3. ESTABLÉCESE, el cumplimiento de la presente resolución a los establecimientos hospitalarios de la Red Asistencial, dependientes del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, disponiéndose la notificación formal a los respectivos Directores.

ANÓTESE, REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y NOTIFIQUESE,



DRA. ELBA MARGARITA ESTEFAN SAGUA
DIRECTORA
S. S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA

DRA. EMES/DR. FPG/DRA. RGD/RSM/CTP/ctp

DISTRIBUCION:

- Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.
- Directores de Hospitales Red Asistencial S.S.V.Q.
- Subdirección de Gestión Asistencial S.S.V.Q.
- Auditoría S.S.V.Q.
- Asesoría Jurídica S.S.V.Q.
- Of. de Partes S.S.V.Q.

TRANSCRITO FIELMENTE
MINISTRO DE FE
S.S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA

