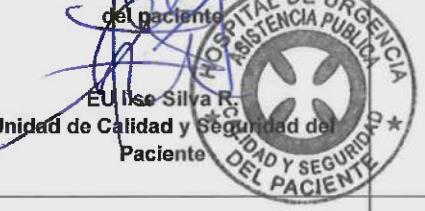




PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA

CÓDIGO GCL 1.4 VERSIÓN 03 FECHA 11/2023 VIGENCIA 5 años N° PÁGINAS 17



Elaborado Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
<p>Dr. Franco Linares F. Unidad de Emergencia Hospitalaria</p>  	<p>Dr. Jorge Ibañez P. Subdirector de Gestión Clínica</p>   <p>Dr. Ulises González B. Jefe UEH</p>   <p>Dra. Pabla Campos F. Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente. *CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE*</p>   <p>EU Karla Alfaro F. Jefa Unidad de Calidad y Seguridad del paciente</p>   <p>EU Ilse Silva R. Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente</p>  	<p>Dr. Patricio Barria A. Director</p>  
Fecha: agosto 2023	Fecha: noviembre 2023	Fecha: noviembre 2023

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL: 1.4
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 03
	UNIDAD DE EMERGENCIA HOSPITALARIA	Fecha: 11/2023 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA	Página 2 de 17

ÍNDICE

I. Introducción	3
II. Objetivos	4
III. Alcance	4
IV. Definiciones	4
V. Responsables de la ejecución	6
VI. Desarrollo	6
VIII. Distribución	14
IX. Referencias bibliográficas	14
XI. Anexos	15
Anexo N°1 Fluograma de RCP	15
Anexo N°2 Causas Reversibles	16
Anexo N°3 Control de Cambios	17

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL: 1.4
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 03
	UNIDAD DE EMERGENCIA HOSPITALARIA	Fecha: 11/2023 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA	Página 3 de 17

I. INTRODUCCIÓN

El paro cardio respiratorio (PCR) se puede definir como el cese del flujo efectivo para mantener una presión de perfusión adecuada que permita el funcionamiento cerebral o cardiaco.

En Estados Unidos se atienden anualmente cerca de 347.000 adultos con PCR extrahospitalario y alrededor de 292.000 con PCR intrahospitalario, con una alta tasa de mortalidad. A diferencia del PCR extrahospitalario, en el PCR intrahospitalario se ha observado una mejoría significativa en el retorno a circulación espontánea y pronóstico funcional del paciente. Esto debido en gran parte al acceso precoz a reanimación cardiopulmonar (RCP) oportuna y de calidad, por lo que el énfasis del manejo radica en la prevención y el entrenamiento tanto del personal de salud como de la población general, ya que son los pilares para dar una respuesta precoz y de calidad.

Distintas sociedades trabajan arduamente para generar recomendaciones basadas en evidencia que mejoren el proceso de la RCP. Esta evidencia se publica periódicamente y se resumen a modo de consenso cada 5 años por la *ILCOR*.

La última actualización fue publicada el año 2020, y esta constituye las bases para el desarrollo de este documento. Al igual que en las guías antes mencionadas, este protocolo no hace referencia al manejo del PCR traumático, ya que este requiere entrenamiento e intervenciones multidisciplinarias específicas.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL: 1.4
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 03
	UNIDAD DE EMERGENCIA HOSPITALARIA	Fecha: 11/2023 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA	Página 4 de 17

II. OBJETIVOS

General:

- Estandarizar el proceso de reanimación cardiopulmonar avanzada para que pueda ser aplicado por todos los integrantes del equipo de salud, entregando medidas de reanimación efectivas, eficaces y de calidad.

Específicos:

- Enfatizar en la importancia de prevenir la ocurrencia de un PCR en el contexto intrahospitalario a través de la identificación precoz, vigilancia y monitoreo oportuno de pacientes hospitalizados con riesgo de presentar un PCR.
- Optimizar el proceso de reconocimiento de un paro cardiorrespiratorio y la activación del protocolo (código azul, si corresponde) para dar una respuesta oportuna y de calidad al paciente que sufra un colapso súbito.
- Describir los elementos más importantes de la RCP básica y avanzada.

III. ALCANCE

Este Protocolo está dirigido a todos los integrantes del equipo de salud, unidades clínicas y de apoyo que se enfrentan a una eventual víctima de un PCR, así como a todo paciente que sufra colapso súbito, que sea atendido en HUAP y en sus instalaciones.

IV. DEFINICIONES O GLOSARIO

- **PCR:** Paro Cardio-Respiratorio. Paro cardiaco: es el cese de la actividad mecánica cardiaca que permite una presión de perfusión adecuada para el funcionamiento cerebral o cardíaco. Se reconoce por la ausencia de respuesta, de ventilación (o ventilación agónica) y de pulso palpable.
- **RCP:** Reanimación cardiopulmonar. Es el conjunto de maniobras destinadas a revertir el estado de PCR. La RCP puede ser básica o avanzada.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL: 1.4
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 03
	UNIDAD DE EMERGENCIA HOSPITALARIA	Fecha: 11/2023 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA	Página 5 de 17

- **RCP-B:** Reanimación cardiopulmonar básica. Es el conjunto de acciones destinadas a proporcionar soporte o lograr oxigenación, ventilación y circulación eficaces hasta el retorno a la circulación espontánea o el inicio de intervenciones avanzadas. Incluye el reconocimiento del PCR, activación del equipo de reanimación avanzada, compresiones torácicas, ventilación con bolsa mascarilla y uso de un monitor desfibrilador. Ha demostrado que mejora la posibilidad de supervivencia y la evolución neurológica si se inicia precozmente hasta la RCP-avanzada.
- **RCP-A:** Reanimación cardiopulmonar avanzada: Conjunto de acciones destinadas a recuperar la circulación espontánea como objetivo intermedio, y devolverle una oxigenación, ventilación y circulación eficaces a un paciente en PCR como objetivo final, a través de compresiones torácicas, ventilación con bolsa mascarilla o la utilización de dispositivos avanzados para la vía aérea, administración de fármacos, aplicación de algoritmos de diagnóstico diferencial y procedimientos percutáneos de emergencia como pericardiocentesis o pleurostomías.
- **ILCOR:** Comité Internacional de Enlace sobre Reanimación.
- **Ritmo desfibrilable:** Es un ritmo cardíaco que es sensible a una descarga eléctrica de alta energía no sincronizada, tras lo cual puede convertir a ritmo sinusal normal. Incluye la fibrilación ventricular y la taquicardia ventricular sin pulso.
- **FV:** Fibrilación Ventricular. Se caracteriza por una actividad eléctrica desorganizada e ineficaz con ausencia de complejos QRS distinguibles u ondas P.
- **TVSP:** Taquicardia Ventricular Sin Pulso. Taquicardia de complejo QRS ancho (mayor a 120 ms) que puede ser regular o irregular; monomorfa (todos los QRS con la misma morfología) o polimorfa (complejos de diferente morfología), y siempre asociada a ausencia de pulso palpable.
- **TOT:** Tubo Orotraqueal. Dispositivo utilizado para acceder a la vía aérea sellando esta con un balón inflable.
- **AESP:** Actividad Eléctrica Sin Pulso. Abarca a un grupo heterogéneo de ritmos cardíacos organizados, pero sin pulso palpable. Lo importante es que puede obedecer a causas reversibles de PCR si son reconocidas y corregidas.
- **MCE:** Masaje Cardíaco Externo (o compresiones torácicas). Constituye una acción vital durante todo el ciclo de la reanimación tanto básica como avanzada. El énfasis de una buena RCP está puesto en la efectividad de las compresiones torácicas y la reducción del tiempo de interrupción de estas al mínimo posible.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL: 1.4
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 03
	UNIDAD DE EMERGENCIA HOSPITALARIA	Fecha: 11/2023 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA	Página 6 de 17

- **RCE:** (ROSC) retorno a la circulación espontánea (Return of spontaneous circulation).
- **IV:** Intravenosa.
- **Joules:** Medida de energía.
- **O₂:** Oxígeno.
- **SpO₂:** Saturación de oxígeno
- **Capnografía:** Medición del CO₂ espirado
- **FC:** Frecuencia Cardiaca
- **PA:** Presión Arterial
- **FR:** Frecuencia Respiratoria
- **TEP:** Tromboembolismo Pulmonar
- **IAM:** Infarto Agudo al Miocardio
- **PaO₂:** Presión parcial de O₂
- **PaCO₂:** Presión parcial de CO₂
- **PetCO₂:** Presión espirada de CO₂ por capnografía.

V. RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN

- Profesionales y técnicos de atención clínica: dar cumplimiento al protocolo
- Jefes de Servicio y EU Supervisoras: verificar el cumplimiento del protocolo.

VI. DESARROLLO

Existen distintos niveles de respuesta ante un paciente que se presenta con un PCR dependiendo del lugar y de los elementos disponibles para montar esta respuesta. Estos dos niveles de respuesta son la RCP básica y la RCP avanzada, que pasaremos a detallar a continuación.

Independientemente del lugar del colapso, el énfasis estará en el reconocimiento e inicio precoz de compresiones torácicas.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL: 1.4
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 03
	UNIDAD DE EMERGENCIA HOSPITALARIA	Fecha: 11/2023 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA	Página 7 de 17

Reanimación Cardiopulmonar Avanzada

Su objetivo es mejorar el pronóstico de los pacientes que sufren un paro cardiaco. Depende en gran medida del nivel de solidez al implementar la cadena de supervivencia; las guías internacionales proponen dos algoritmos para ponerla en marcha, dependiendo de si el paro es intra o extrahospitalario. Para fines de este protocolo nos basaremos en el algoritmo planteado para la cadena de supervivencia en paro intrahospitalario, el cual está constituido por los siguientes pasos:

1. Prevención y rápido reconocimiento
2. Activación del sistema de respuesta de emergencia
3. RCP de alta calidad
4. Conexión rápida de un monitor desfibrilador y desfibrilación rápida
5. Reanimación cardiopulmonar avanzada efectiva.
6. Cuidados post paro cardiaco

1. Prevención y reconocimiento.

En cuanto a la prevención se enfatiza en mantener estrategias de monitorización y estratificación de riesgo de los pacientes que tienen una mayor probabilidad de sufrir un PCR, estableciendo períodos de control y monitorización adecuados según ese riesgo.

El reconocimiento del PCR es un pilar fundamental en la cadena de sobrevida. Las recomendaciones para esto son:

- Si una víctima está inconsciente y no responde, además no respira o lo hace de forma anormal (*gasping*) se debe asumir que el paciente se encuentra en PCR.
- Si una víctima está inconsciente, no responde y no respira, o lo hace de forma no efectiva (*gasping*), se puede evaluar pulso por no más de 10 segundos; si no se siente pulso en este tiempo, se debe asumir que el paciente se encuentra en PCR.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL: 1.4
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 03
	UNIDAD DE EMERGENCIA HOSPITALARIA	Fecha: 11/2023 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA	Página 8 de 17

- Evaluar pulso carotideo por no más de 10 segundos.



Figura 1
(*) Comprobación de pulso carotideo

2. Activación del sistema de respuesta de emergencia

En caso de que el PCR ocurra frente a un reanimador único, si este se encuentra en una unidad autosuficiente, debe tocar timbre de paro e iniciar RCP avanzada según protocolo. En caso de que el PCR ocurra en una unidad no autosuficiente, se debe activar código azul para activar equipo de reanimación avanzada y conseguir un monitor desfibrilador.

3. RCP de alta calidad

El pilar fundamental para mejorar sobrevida y resultado neurológico son las compresiones torácicas, es por esto que deben ser iniciadas antes que la ventilación y lo más precozmente posible una vez reconocido el PCR.

- Compresiones torácicas

La secuencia de reanimación debe iniciar con compresiones torácicas de alta calidad. Esto implica que tengan las siguientes características:

1. Comprimir el tórax del paciente a una profundidad entre 5-6 cm.
2. Llevar una frecuencia de compresiones de 100 a 120 compresiones por minuto.
3. Permitir la expansión completa del tórax tras la compresión.
4. Evitar ventilación excesiva.
5. Cambiar compresor cada 2 minutos o antes si se fatiga.
6. Interrumpir compresiones lo mínimo posible.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL: 1.4
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 03
	UNIDAD DE EMERGENCIA HOSPITALARIA	Fecha: 11/2023 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA	Página 9 de 17



- **Vía Aérea**

Tras completar 30 compresiones torácicas, abra la vía aérea con la maniobra de extensión de la cabeza, elevación del mentón o tracción mandibular. (Fig.2 y 3).

Figura 2

(*) *Maniobra de extensión de la cabeza y elevación del mentón.*

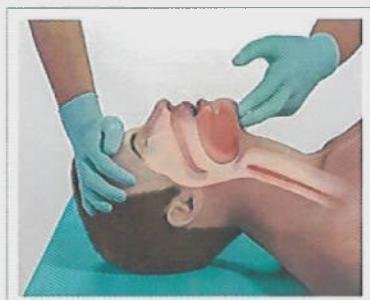


Figura 3

(*) *Maniobra de tracción mandibular*

- **Ventilación**

Administre 2 ventilaciones utilizando bolsa máscara. Continúe con ciclos de 30 compresiones y 2 ventilaciones hasta conectar el paciente al monitor desfibrilador o hasta completar 2 minutos.

Si la ventilación con bolsa máscara se realiza por un reanimador, este debe ubicarse a la cabeza del paciente y colocar los dedos pulgar e índice alrededor de la parte superior de la mascarilla formando una "C" mientras utiliza los dedos tercero, cuarto y quinto formando una "E" para elevar la mandíbula /Fig. 4)

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL: 1.4
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 03
	UNIDAD DE EMERGENCIA HOSPITALARIA	Fecha: 11/2023 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA	Página 10 de 17



Figura 4
 (*) Ventilación con bolsa máscara por un reanimador.

Si la ventilación con bolsa máscara se realiza por dos reanimadores, el reanimador situado junto a la cabeza del paciente pega la mascarilla contra el rostro del paciente con los dedos pulgar e índice de cada mano creando una “C” y usa los 3 dedos restantes formando una “E” para elevar la mandíbula y mantener abierta la vía aérea.



Figura 5
 (*) Ventilación con bolsa máscara por dos reanimadores.

(*) Las imágenes han sido replicadas de *Libro del proveedor SCVA, Soporte Vital Cardiovascular Avanzado por American Heart Association, 2020*

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL: 1.4
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 03
	UNIDAD DE EMERGENCIA HOSPITALARIA	Fecha: 11/2023 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA	Página 11 de 17

En caso de que se decida manejo invasivo de vía aérea, se debe realizar 1 ventilación cada 6 segundos tratando de coincidir con la expansión torácica del masaje y mantener compresiones continuas.

4. Conexión a monitor desfibrilador

La conexión al monitor desfibrilador debe ser lo más precoz posible para el análisis de ritmo. En caso de reconocer un ritmo desfibrilable, se debe realizar una desfibrilación inmediata y continuar con las compresiones torácicas.

Continuar con RCP básica hasta que llegue equipo de clave azul o equipo de reanimación avanzada.

5. Reanimación cardiopulmonar avanzada efectiva

5.1. Algoritmo para ritmos desfibrilables (FV/TVSP) (Anexo 1)

Existen 2 tipos de ritmos desfibrilables; la fibrilación ventricular y la taquicardia ventricular sin pulso. Si se detecta un ritmo desfibrilable:

- Administrar 200 J reanudando inmediatamente las compresiones torácicas
- Realizar 5 ciclos de 30 compresiones y ventilaciones
- Instalar vía venosa

Al completar 5 ciclos, volver a chequear monitor y evaluar ritmo. En caso de persistir en ritmo desfibrilable:

- Administrar 200 J bifásico
- Reiniciar RCP hasta completar 5 ciclos
- Administrar 1 mg de adrenalina
- Realizar manejo invasivo de vía aérea (ventilar cada 6 segundos y comprimir a 100-120 compresiones por minuto durante 2 min).

Si posterior a 2 ciclos el paciente persiste en ritmo desfibrilable:

- Administrar amiodarona 300 mg o lidocaína IV en bolo y continuar con secuencia ya descrita.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL: 1.4
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 03
	UNIDAD DE EMERGENCIA HOSPITALARIA	Fecha: 11/2023 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA	Página 12 de 17

Recuerde:

- Reiniciar RCP después de cada descarga
- Conectar capnógrafo al TOT para monitorización de la reanimación
- Si paciente permanece en PCR, administrar adrenalina cada 3-5 minutos
- Pensar en causas reversibles

5.2. Algoritmo para ritmos no desfibrilables (AESP/Asistolia).

Una vez detectada la AESP o asistolia:

- Reanudar compresiones hasta completar 5 ciclos de RCP
- Instalar vía venosa
- Administrar adrenalina 1 mg EV

Evaluar ritmo y pulso cada 2 minutos. En caso de persistir en PCR:

- Utilizar adrenalina 1 mg cada 3 – 5 min
- Considerar manejo invasivo de vía aérea: continuar con ventilaciones cada 6 segundos y compresiones torácicas a una frecuencia de 100-120 compresiones por minuto durante 2 minutos.
- Pensar en causas reversibles. (Anexo 2)

Monitorización de la reanimación

Se debe tener en consideración que las recomendaciones generales para la reanimación de calidad se cumplen en la mayoría de los casos. Sin embargo, hay elementos que permiten evaluar la respuesta fisiológica individual, dentro de los cuales los mejor validados son la capnografía y la monitorización hemodinámica con línea arterial.

-Capnografía: debe ser el parámetro estándar de monitorización en toda reanimación avanzada.

Un valor de PETCO₂ < 10 mmHg sugiere falla en la reanimación y señala que se deben buscar elementos a optimizar.

Un valor de PETCO₂ > 20 mmHg se correlaciona con una buena calidad en la reanimación, y

Un valor de PETCO₂ > 40 mmHg, sobre todo si ocurre de forma brusca, sugiere el ROSC.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL: 1.4
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 03
	UNIDAD DE EMERGENCIA HOSPITALARIA	Fecha: 11/2023 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA	Página 13 de 17

-Línea arterial: la presión de perfusión coronaria es uno de los principales determinantes del ROSC. Por lo tanto, si se dispone de monitorización hemodinámica invasiva, la meta es lograr mantener presión diastólica sobre 30 mmHg.

6. Cuidados post paro cardiaco

Una vez logrado el ROSC existen pilares de manejo:

1. Diagnóstico de la causa:
 - a. Solicitar ECG: si existe evidencia clínica o electrocardiográfica de isquemia miocárdica.
 - Se debe activar equipo de hemodinamia si existe elevación persistente del segmento ST o algún equivalente electrocardiográfico.
 - b. Considerando el contexto clínico, buscar causas neurológicas o respiratorias mediante tomografía de cerebro o angiotac de tórax, según corresponda.
 - c. Considerar coronariografía si paciente persiste con inestabilidad hemodinámica o inestabilidad eléctrica.
2. Manejo de vía aérea.
 - a. Si el paciente permanece en coma post ROSC, se recomienda manejo invasivo de vía aérea si esto no fue realizado durante las maniobras de RCP.
 - b. Si paciente post ROSC recupera función cerebral normal inmediatamente, puede no requerir manejo invasivo de vía aérea.
 - c. Corroborar correcta posición del TOT con capnografía.
3. Oxigenación y ventilación.
 - a. Logrado el ROSC, usar FiO₂ al 100% hasta que saturación o PaO₂ puedan ser medidas de manera confiable.
 - b. Cuando la SpO₂ o PaO₂ puedan ser medidas de manera confiable, titular FiO₂ para una meta de saturación de 94-98%.
 - c. Si paciente requiere ventilación mecánica invasiva, usar ventilación protectora.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL: 1.4
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 03
	UNIDAD DE EMERGENCIA HOSPITALARIA	Fecha: 11/2023 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA	Página 14 de 17

- d. Paciente en ventilación mecánica invasiva, titular ventilación para PaCO_2 35-45 mmHg.
- 4. Manejo hemodinámico.
 - a. Evitar hipotensión; si paciente requiere drogas vasoactivas, titular para $\text{PAM} > 65$ o lo necesario para mejorar parámetros de perfusión.
- 5. Traslado a UCI.

VII. DISTRIBUCIÓN

- Dirección
- Subdirección de Gestión Clínica
- Subdirección de Gestión del Cuidado
- Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. M. Merchant, R., A. Topjian, A., R. Panchal, A., Cheng, A., Aziz, K., M. Berg, K., . . . J. Magid, D. (2020). Part 1: Executive Summary. 2020 American Heart Association Guidelines For Cardiopulmonary Resuscitation And Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*.
2. R. Panchal, A., A. Bartos, J., G. Cabañas, J., W. Donnino, M., R. Drennan , I., & G. Hirsch, K. (2020). Part 3: Adult Basic and Advance Life Support. 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*.
3. Gelpi, F., Piñero, A., M. Fraga, J., P. Swieszkowski, S., & Rivera, W. (2020). *Libro del proveedor SCVA. Soporte Vital Cardiovascular Avanzado*. American Heart Association.
4. M. Marquez, A., W. Morgan, R., E. Ross, C., A. Berg, R., & M. Sutton, R. (2018). Physiology-directed cardiopulmonary resuscitation: advances in precision monitoring during cardiac arrest. *Current Opinion - Critical Care*.



HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA

Código GCL: 1.4

SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA

Versión: 03

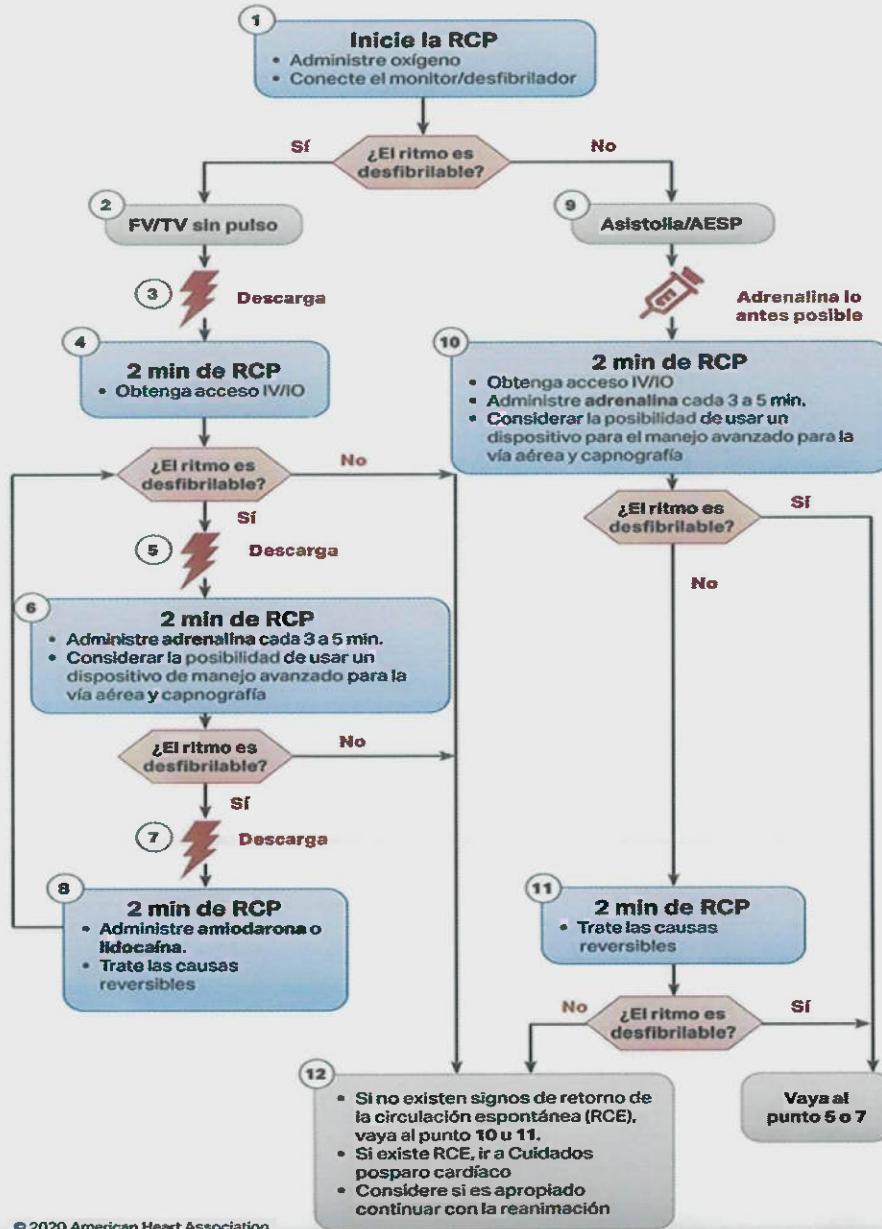
UNIDAD DE EMERGENCIA HOSPITALARIA

Fecha: 11/2023
Vigencia: 5 añosPROTOCOLO DE REANIMACIÓN
CARDIOPULMONAR AVANZADA

Página 15 de 17

X. ANEXOS

Anexo N° 1: Flujograma de RCP, incluye ritmo desfibrilable y no desfibrilable.



Referencia: Libro del proveedor SCVA, Soporte Vital Cardiovascular Avanzado por American Heart Association, 2020.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL: 1.4
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 03
	UNIDAD DE EMERGENCIA HOSPITALARIA	Fecha: 11/2023 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA	Página 16 de 17

Anexo N° 2: Causas reversibles

Las Hs	Las Ts
Hipovolemia	Neumotórax a tensión
Hipoxia	Taponamiento cardiaco
Hidrogeniones (acidosis)	Toxinas
Hipo/Hiperkalemia	Trombosis coronaria
Hipoglicemia	Trombosis pulmonar
Hipotermia	Trauma

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL: 1.4
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 03
	UNIDAD DE EMERGENCIA HOSPITALARIA	Fecha: 11/2023 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA	Página 17 de 17

Anexo N°3: Control de Cambios.

SÍNTESIS DE MODIFICACIONES			RESPONSABLE MODIFICACIÓN	APROBADO POR DIRECTOR
VERSIÓN	FECHA	CAUSA DE MODIFICACIÓN		
01	Junio/2011	Creación Protocolo	Dra. Marcela Argandoña M.	Dr. Emilio Villalón D.
02	Junio/2016	Actualización	Dra. Pabla Campos T. Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Dr. Claudio Vargas R. Médico Internista.	Dr. Mario Henríquez U.
03	Noviembre/2023	Actualización	Dr. Franco Linares F. Unidad de Emergencia Hospitalaria	Dr. Patricio Barria A.