



E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO

PROCESO

URGENCIAS

SUBPROCESO

PROTOCOLO DE RCP

PROTOCOLO DE MANEJO PARA LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR CÓDIGO AZUL



EJES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN

GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA



**HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN
SALUD**



MEJORAMIENTO CONTINUO



ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO



SANTIAGO DE CALI, MARZO 2022

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	URGENCIAS
	SUBPROCESO	
PROTOCOLO DE RCP		

CONTENIDO

1. OBJETIVO.....	3
2. ALCANCE.....	3
3. NORMATIVA.....	3
4. DEFINICIONES.....	3
5. RIESGOS.....	4
6. CONTENIDO.....	5
6.1. PROCEDIMIENTO.....	5
6.2. ACTIVACIÓN DEL CODIGO AZUL.....	12
6.3. EQUIPO DE REANIMACIÓN CODIGO AZUL - INTEGRANTES.....	13
6.4. ASPECTOS TÉCNICOS.....	13
6.5. PRINCIPIO DE AUTONOMÍA DEL PACIENTE.....	14
6.6. ACUDIENTES COMO TOMADORES DE DECISIÓN.....	14
6.7. NEGAR O DETENER RCP CRITERIOS PARA NO INICIAR RCP.....	15
6.8. TERMINANDO ESFUERZOS DE RESUCITACIÓN.....	15
6.9. ORDENES DE NO INTENTAR REANIMACIÓN (NIR).....	15
7. RECURSOS.....	16
8. RECOMENDACIONES.....	16
9. COMPLICACIONES.....	16
10. ANEXOS.....	17
11. BIBLIOGRAFIA.....	17
12. CONTROL DE REGISTROS.....	17
13. ELABORO, REVISO Y APROBÓ.....	18

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	URGENCIAS
	SUBPROCESO	
PROTOCOLO DE RCP		

1. OBJETIVO

Establecer los lineamientos para dar respuesta oportuna, coordinada, adecuada e integral a todos aquellos casos en los cuales la RCP se encuentra indicada; mediante el diseño e implementación de estrategias estandarizadas de manejo oportuno y coordinado ante la emergencia que representa el paro cardio cerebro pulmonar.

2. ALCANCE

El protocolo se activará en todos los servicios asistenciales que requieran actividades de reanimación cardio- pulmonar (código azul).

3. NORMATIVA

Resolución 3100 de 2019 del 25 de noviembre del ministerio de salud y protección social, establece dentro del estándar de talento humano la comunicación asertiva en el personal de salud, siendo esta fundamental para lograr los objetivos propuestos con cada paciente.

Decreto 1011 de 2006, Por la cual se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud del sistema general de seguridad social en salud.

4. DEFINICIONES

Paro cardíaco: PC

En el paro cardíaco (PC) la circulación se detiene y los órganos se encuentran privados de oxígeno. El PC puede ser primario cuando se presenta como consecuencia de fibrilación ventricular, taquicardia ventricular, asistolia, actividad eléctrica sin pulso o secundario cuando se presenta como complicación de trombo embolismo pulmonar masivo, taponamiento cardíaco, neumotórax a tensión, hemorragia, obstrucción de la vía aérea, apnea, anoxia alveolar o estados de shock.

Paro respiratorio: PR

Es la desaparición súbita de los movimientos respiratorios como consecuencia de la obstrucción completa de la vía aérea tanto superior como inferior o como consecuencia del compromiso del tallo cerebral, procesos neurológicos diversos, inmersión/ahogamiento, inhalación de humo, intoxicación por fármacos o drogas o simplemente a partir de hipoxia inducida por el paro cardíaco.

Paro- cardio- respiratorio: (PCR)

Consistente en el cese de la actividad mecánica cardíaca y respiratoria, se diagnostica ante la falta de pulso, respiración y por consiguiente la conciencia. En términos generales, es la

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	URGENCIAS
	SUBPROCESO	
PROTOCOLO DE RCP		

combinación de los dos anteriores, bien sea porque el paro cardíaco lleve al paciente a paro respiratorio o viceversa.

De uno a tres minutos de iniciado el paro cardíaco (PC), se iniciará el cese de la función respiratoria debido a la isquemia del centro respiratorio, resultando un paro cardio-respiratorio (PCR). Puede suceder que se presente inicialmente paro respiratorio (PR) que lleve al paro cardíaco (PC), con consecuencias iguales a las mencionadas

5. RIESGOS

RIESGOS	ACCIONES
Que NO se apliquen las normas seguridad del paciente se presenten Eventos Adversos.	Ejecutar el programa de seguridad del paciente del hospital para disminuir la presentación de eventos adversos o incidentes.
Que no se aplique el protocolo medico institucional que corresponde al procedimiento realizado.	Realizar seguimiento a complicaciones, mediante el comité científico, programa de seguridad del paciente y auditoria médica del hospital.

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	URGENCIAS
	SUBPROCESO	
PROTOCOLO DE RCP		

6. CONTENIDO

6.1. PROCEDIMIENTO

N°	ACTIVIDAD Y DESCRIPCIÓN	PROCESO Y CARGO RESPONSABLE	REGISTROS	OBSERVACIONES
1	<p>Activación del código azul:</p> <p>A través de una alarma sonora (timbre), altavoz, mediante sistema de información al celular o llamada telefónica a la extensión destinada para eso.</p> <p>La persona del triage activara el sistema de información y la alarma sonora (solo en el proceso de urgencias)</p>	<p>Procesos asistenciales:</p> <p>Cualquier persona que lo detecte, lo informa</p>		Todas las personas del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo deben estar en capacidad de activar el código azul
2	<p>Acudir a la sala donde está el paciente:</p> <p>La enfermera y auxiliar asignadas al turno deberán acudir en forma inmediata al sitio respectivo</p>	<p>Procesos asistenciales:</p> <p>El médico de turno en urgencias asignado y cualquier otro que se encuentre disponible.</p>		Solamente si alguno está realizando una reanimación simultánea, se seguirá en su sitio.

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	URGENCIAS
	SUBPROCESO	
PROTOCOLO DE RCP		

3	<p>Retirar a todo el personal que no se encuentre asignado para actividades de código azul:</p> <p>El líder del Código solicitará al personal que no se encuentre asignado para realizar actividades del mismo que se retire de la sala, solamente estará el personal requerido.</p>	<p>Procesos asistenciales:</p> <p>Líder del código médico general o especialista</p>		
	<p>Actividades líder-coordinador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solamente coordinar • Ordenar medicamentos • Vigilar e interpretar los monitores • Asesorar y constatar que todas las personas cumplan las funciones • Confirmar que la vía aérea esté adecuadamente manejada • Constatar que el masaje se haga de una manera efectiva • Revisar la permeabilidad del acceso venoso • Cambiar las funciones de cualquier miembro del equipo y en caso necesario reemplazarlo • Tomar la decisión de continuar o terminar la reanimación • Tomar decisiones sobre el traslado del paciente a otras áreas • Decidir sobre las interconsultas a otros especialistas y la pertinencia de exámenes y procedimientos de acuerdo con los protocolos de atención preestablecidos 	<p>Procesos asistenciales:</p> <p>Líder del código médico general o especialista</p>		<p>Importante: Si la cantidad de médicos resulta insuficiente, la coordinación estará a cargo del responsable de la vía aérea.</p>

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	URGENCIAS
	SUBPROCESO	PROTOCOLO DE RCP

	<ul style="list-style-type: none"> Decidir si se llevan a cabo las sugerencias dadas por las personas que se encuentran en la reanimación 			
4	<p>Actividades auxiliares de enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> Permanecer atento a las instrucciones del líder Retirar ropa del paciente (utilizar tijeras para esto) Conecta electrodos, brazalete y presión arterial y oxímetro de pulso para monitorización. Conseguir el desfibrilador Pasar sonda vesical (en caso de no tener) y sonda nasogástrica según instrucciones del líder. Preparar al paciente para todos los procedimientos: asepsia y suministro de elementos requeridos Revisar conexiones: catéteres, oxígeno, succión y sondas Consigue los elementos o medicamentos requeridos que no se tengan en el área y hayan sido utilizados por el líder 	<p>Procesos asistenciales:</p> <p>Auxiliar de enfermería</p>		<p>Está atento a los demás requerimientos de acuerdo con las necesidades del paciente</p>
5	<p>Actividades asistente vía aérea:</p> <ul style="list-style-type: none"> Escoger el acceso a la vía más adecuado (mascara facial, tubo oro traqueal, mascara laríngea y cricotiroidotomía) 	<p>Procesos asistenciales:</p> <p>Asistente vía aérea</p>		<p>Solicitar apoyo del coordinador si no logra permeabilizar la vía aérea o no tiene entrenamiento para hacer el procedimiento.</p> <p>En caso de no estar obteniendo una buena oxigenación revisar:</p>

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	URGENCIAS
	SUBPROCESO	PROTOCOLO DE RCP

	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar que la vía elegida esté permeable y haya adecuada oxigenación, si el paciente ya tiene IOT, verificar que este bien posicionado. • Dar ventilación de una manera coordinada con el masaje cardíaco. • Revisar que todas las conexiones estén permeables. • Revisar pupilas y pulsos periódicamente e informa al líder. • Observar la expansión torácica adecuada y los signos clínicos, así como la pulso-oximetría. <p>Una vez garantizada la vía aérea por un método invasivo se puede hacer simultánea.</p> <p>Fuente de oxígeno – Bolsa/Válvula/Mascarilla, Mascara facial o Mascara laríngea.</p>			<ul style="list-style-type: none"> • Posición adecuada del paciente • Que todos los circuitos estén bien conectados • En mascara facial que haya un adecuado sello con la cara del paciente, evitando así escapes de aire • En tubo oro traqueal: posición del tubo (esófago, mono branquial, faríngeo) • Neumotaponador insuflado adecuadamente; secreciones que estén obstruyendo • En mascara laríngea: posición correcta, inflada adecuadamente, aspiración de secreciones • En todos los casos en los cuales no esté obteniendo una adecuada oxigenación descartará: <ul style="list-style-type: none"> ○ Desplazamiento del dispositivo ○ Obstrucción ○ Neumotórax ○ Falla en los equipos ○ Tórax inestable ○ Taponamiento cardíaco ○ Revisa pupilas y pulsos periódicamente e informa al líder
6	<p>Actividades de masaje – circulación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar signos de paro cardíaco: <ul style="list-style-type: none"> ○ Inconciencia 	Procesos asistenciales:		<p>Cuando desee ser relevado, informa al líder y coordina en voz alta el cambio con el asistente de la vía aérea, quien será el que lo reemplaza.</p>

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	URGENCIAS
	SUBPROCESO	PROTOCOLO DE RCP

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ausencia de respiración y movimientos ○ Pulso carotideo ausente ○ Ruidos cardiacos ○ Color de la piel <ul style="list-style-type: none"> ● Iniciar masaje cardíaco <p>Realizar la desfibrilación cuando esté indicado de acuerdo con las instrucciones del líder. En caso de que el paciente para determinar el ritmo cardiaco después de la cardioversión o desfibrilación</p>	Asistente de masaje circulación		<p>Verifica cada dos minutos (o cinco ciclos) la respuesta a la reanimación, de manera coordinada con el asistente de la vía aérea y de acuerdo con las instrucciones del líder</p> <p>Mantiene comunicación con el líder, no toma decisiones sin consultarlo con el líder</p>
7	<p>Actividades de asistente de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Canalizar vena periférica con catéter indicado (Jelco N° 16 ó 18) así: <ul style="list-style-type: none"> ○ En paciente con Trauma: 2 vías ○ En enfermedad común: 1 vía. ○ Utilizar solución salina o hartman de acuerdo con las instrucciones del líder ○ Fijar la venoclisis y verifica la permeabilidad. ○ Si el paciente ya tiene vena canalizada revisa la permeabilidad de esta. ● Administrar los medicamentos ordenados por el líder, confirmando con el líder y en voz alta el nombre, dosis, y vía de administración. ● Administra los medicamentos ordenados por el líder así: <ul style="list-style-type: none"> ○ Por vía venosa, se aplican directos, en bolo y sin diluir: adrenalina, atropina, 	<p>Procesos asistenciales:</p> <p>Asistente de medicamentos</p>		

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	URGENCIAS
	SUBPROCESO	PROTOCOLO DE RCP

	<p>Lidocaína, etc., después de lo cual pasa bolo de 20cc. De solución salina 0.9% y eleva la extremidad por 15-20 segundos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Por vía traqueal: diluye en 10cc. De solución salina 0.9% los medicamentos ordenados. Solo pueden administrarse por esta vía: Lidocaína, atropina, Naloxona, adrenalina, Midazolam, surfactante. ○ Para inotrópicos y antiarrítmicos sigue la guía de diluciones o indicaciones del líder. <ul style="list-style-type: none"> ● Verificar tiempo transcurrido desde la aplicación de la última dosis y el número de dosis de los diferentes medicamentos que se han repetido durante la reanimación e informa al auxiliar de historia clínica y al líder. 			
8	<p>Actividades de auxiliar de historias clínicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Llevar registro secuencial de la reanimación ● Describir en orden la actividad es realizadas, debe llevar el tiempo que duran las maniobras e informar al líder cada tres minutos. ● Medicamentos y dosis aplicadas, tiempos en los que se aplican, complicaciones y respuesta a las diferentes conductas tomadas. 	<p>Procesos asistenciales:</p> <p>Auxiliar de historias clínicas</p>		<p>Al finalizar la reanimación realiza un informe detallado y lo entrega al líder quien le pondrá sugerir modificaciones.</p>

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	URGENCIAS
	SUBPROCESO	PROTOCOLO DE RCP

9	<p>Diligenciar formatos requeridos e historia clínica:</p> <p>Se debe diligenciar de manera completa todos los registro, formatos e historia clínica.</p>	<p>Procesos asistenciales:</p> <p>Jefe de enfermería, auxiliar de enfermería y medico</p>		
10	<p>Solicitar medicamentos que fueron gastados del carro de paro y demás:</p> <p>El médico general formula los medicamentos que fueron gastados en el código azul y la jefe de enfermería reponer los medicamentos e insumos en el carro de paro.</p>	<p>Procesos asistenciales:</p> <p>Médico general y jefe de enfermería</p>	<p>HOSP-F-004-69</p> <p>Solicitud reposición medicamentos del carro de paro</p>	<p>Jefe de enfermería: Diligenciar acta de apertura del carro de paro HOSP-F-004-34.</p> <p>Médico general: Realizar la evaluación de Código azul URGE-F-005-18.</p>

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	URGENCIAS
	SUBPROCESO	
PROTOCOLO DE RCP		

Nota: El líder ordena todas las acciones a tomar, tales como tipo de vía aérea, una o dos venas, masaje cardíaco, desfibrilación, motor de signos, medicamentos y dosis a usar.

¿Que se requiere?: Liderazgo y coordinación de la acción de reanimación, en lo posible sin entrar en contacto directo con el paciente, a menos que no haya suficientes médicos en el acto

una vez finalizada la reanimación y finalizados los trámites administrativos cada uno de los integrantes regresará a su respectivo lugar de servicio y la jefe de piso o el enfermero coordinador del área de urgencias serán los encargados de reponer el stock del carro de paro, con el fin de que esté todo listo para la próxima reanimación.

6.2. ACTIVACIÓN DEL CODIGO AZUL

La activación permite la reunión de todos los miembros del equipo de reanimación mediante el uso de una señal sonora o que se encuentra en las áreas asistenciales, en UCI se cuenta con central de monitoreo en la estación de enfermería. La buena respuesta y efectividad de la reanimación dependerán en gran parte del método utilizado.

La activación la hará la persona designada el primero que sospeche un paro cardio-respiratorio o el primero que lo presencie en cualquier persona del hospital (**paciente que no responde al llamado o estímulo táctil**).

Respuesta: La activación del Código Azul generará como respuesta inmediata:

Acudirán a la sala donde está el paciente, el **médico de turno** y cualquier otro que se encuentre disponible. Solamente si alguno está realizando una reanimación simultánea seguirá en su sitio.

La enfermera y auxiliar asignadas deberán acudir en forma inmediata al sitio respectivo; la auxiliar de disponibilidad acudirá principalmente para apoyar en caso de que el personal no sea suficiente.

En el proceso de urgencias el paciente será llevado a la **Sala de Reanimación**; en hospitalización y UCI se desplazará el carro de paro a la **habitación** donde esté el paciente.

La auxiliar encargada llevará el desfibrilador al sitio de reanimación o TR.

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	URGENCIAS
	SUBPROCESO	
PROTOCOLO DE RCP		

Los trámites administrativos se aplazan y los implementos requeridos para el manejo de la víctima se despacharán sin llenar la papelería de rutina exigida. Tales documentos se tramitarán después de finalizada la reanimación.

Durante la reanimación el equipo actuará de acuerdo con las funciones descritas a continuación, siempre de acuerdo a las instrucciones del líder.

Una vez finalizada la reanimación y finalizados los trámites administrativos cada uno de los integrantes regresará a su respectivo lugar de servicio y la jefe de piso o el enfermero coordinador del área de urgencias serán los encargados de reponer el stock del carro de paro, con el fin de que esté todo listo para la próxima reanimación.

6.3. EQUIPO DE REANIMACIÓN CODIGO AZUL - INTEGRANTES

Líder o Coordinador: El médico asignado asume la reanimación desde el principio, y conservará el liderazgo hasta el final o a su juicio delegará en otro de mayor experiencia las funciones.

Asistente de Vía Aérea: El segundo médico en la escena de reanimación o Profesional en Terapia respiratoria.

Asistente de Circulación: Enfermera jefe o auxiliar de enfermería delegada por el líder o coordinador.

Asistente de medicamentos: Enfermera jefe o auxiliar de enfermería delegada por el líder o coordinador.

6.4. ASPECTOS TÉCNICOS

Los objetivos de la atención cardiovascular de emergencia son preservar la vida, restaurar la salud, aliviar el sufrimiento, limitar la discapacidad y revertir la muerte clínica. Las decisiones de la RCP son hechas con frecuencia en segundos por rescatadores, quienes pueden no conocer al paciente o conocer si existe alguna indicación especial y la administración de RCP puede algunas veces entrar en conflicto con los deseos del paciente o con sus intereses.

Las normas éticas y culturales deben ser consideradas en el inicio y en la finalización de un intento de reanimación. Aunque los médicos deben jugar un rol en la toma de decisión de la resucitación, ellos deberían ser guiados por datos científicos y las preferencias del paciente.

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	URGENCIAS
	SUBPROCESO	
PROTOCOLO DE RCP		

6.5. PRINCIPIO DE AUTONOMÍA DEL PACIENTE

Debe ser respetada tanto ética como legalmente, lo cual se asume como que un paciente puede entender que una intervención involucra su consentimiento o su rechazo. En los pacientes adultos se presume que tienen capacidad de decisión a menos que estén incapacitados o sean declarados incompetentes por una corte o por la ley. Las decisiones requieren que el paciente reciba y entienda claramente la información acerca de su condición y pronóstico, la naturaleza de las intervenciones propuestas, alternativas, riesgos y beneficios (por ejemplo, la posibilidad de fracturas costales con adecuada RCP, laceración de órganos internos, continuación de otras terapias agresivas en caso de éxito con la RCP como UCI). El paciente debe estar en capacidad de deliberar y escoger entre las alternativas y ser capaz de relatar la decisión. Cuando la capacidad de toma de decisión está temporalmente alterada por factores como enfermedad concomitante, medicamentos o depresión, el tratamiento de estas condiciones puede restaurar dicha capacidad. Cuando las preferencias del paciente son inciertas, la condición de emergencia se debe tratar hasta que se clarifiquen los deseos del paciente.

6.6. ACUDIENTES COMO TOMADORES DE DECISIÓN

Cuando un paciente ha perdido la capacidad de tomar decisiones médicas, un familiar cercano o un amigo serán quienes tomen las decisiones. La ley reconoce el siguiente orden de prioridad para la toma de decisiones en ausencia de consentimiento previo:

- 1) Esposo.
- 2) Hijo adulto.
- 3) Padres.
- 4) Algún amigo.
- 5) Persona designada para el cuidado de la incapacidad del paciente.
- 6) Persona especializada definida por la ley.

El acudiente o responsable debería basarse en las decisiones previamente expresadas del paciente o en los intereses de este.

“El intento de resucitación debe ser ofrecido a todos los pacientes”.

En las situaciones en las cuales el pronóstico de vida es incierto, se debería iniciar tratamiento mientras se obtiene información que ayude a determinar la expectativa de supervivencia y el curso clínico del paciente.

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	URGENCIAS
	SUBPROCESO	
PROTOCOLO DE RCP		

6.7. NEGAR O DETENER RCP CRITERIOS PARA NO INICIAR RCP

De acuerdo con lo anterior todos los pacientes deben recibir RCP a menos que:

- El paciente tenga una orden válida de no hacer intento de resucitación (NIR) (diligenciar HOSP-F-004-74 Formato de Desestimiento que aplicara como NIR)
- El paciente tenga signos de muerte irreversibles (por ejemplo: rigor mortis, lesiones incompatibles con la vida, descompensación o livideces)
- No se pueden esperar beneficios fisiológicos porque las funciones vitales tienen deterioro a pesar de terapia máxima.

6.8. TERMINANDO ESFUERZOS DE RESUCITACIÓN

La decisión de terminar labores de resucitación descansa con el tratamiento médico en el hospital y se basa en la consideración de factores como el tiempo de RCP, tiempo de desfibrilación, enfermedades concomitantes, estado previo al paro y ritmo inicial de paro. Ninguno de estos factores solo o en combinación es claramente predictivo.

El colapso presenciado, inicio rápido de RCP, e intervalo corto de tiempo entre colapso y la llegada de profesionales aumenta la probabilidad de una resucitación exitosa.

Hay un numero de características comunes que están asociadas con un pobre resultado luego de un paro cardio- respiratorio, la presencia de alguna o varias de ellas influenciará en las determinaciones del líder coordinador o el equipo de reanimación, acerca de si los esfuerzos posteriores son o no adecuados. Por ejemplo, la persistencia de asistolia por más de 20 minutos o actividad eléctrica sin pulso por una causa no tratable, paro cardíaco no presenciado, no RCP previa a la llegada al centro de atención, asistolia o actividad eléctrica sin pulso como ritmos iniciales, paro cardio- respiratorio sin retorno a la circulación y comorbilidades importantes.

6.9. ORDENES DE NO INTENTAR REANIMACIÓN (NIR)

Diferente de otras intervenciones médicas, la RCP es iniciada sin autorización médica, basado en el consentimiento de tratamiento de emergencia.

El médico tratante debe escribir NIR en la historia clínica y explicar racionalmente los motivos de dicha orden y alguna otra limitación para el cuidado. Esta última debe contener pautas para intervenciones específicas de emergencia que puedan surgir (por ejemplo: uso de vasopresores, productos sanguíneos o antibióticos). El alcance de una orden de NIR debe especificar las acciones que deben ser negadas. Una orden de NIR no excluye automáticamente intervenciones como la administración de fluidos

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	URGENCIAS
	SUBPROCESO	
PROTOCOLO DE RCP		

parenterales, nutrición, oxígeno, analgesia, sedación, antiarrítmicos o vasopresores a menos que estos estén incluidos en las órdenes.

La orden verbal del NIR no es aceptada si el médico tratante no está presente, el personal de enfermería puede aceptar esta orden telefónicamente con el compromiso de que el médico escribirá la orden pronto.

Nota: Es responsabilidad del coordinador de urgencias el mantener actualizado este procedimiento

7. RECURSOS

Personal:

- Médico general de la sala
- Jefe de enfermería
- Auxiliar de enfermería 1
- Auxiliar de enfermería 2
- Médicos especialistas si lo requiere
- Terapeutas respiratorios

Equipos biomédicos, insumos, medicamentos y dispositivos médicos:

- Ver **HOSP-F-004-33** Formato para el control de medicamentos e insumos del carro de paro adulto.

8. RECOMENDACIONES

- Contar con varios sistemas de información alarma, teléfono, celular (WhatsApp).
- Realizar actividades para capacitar al personal con RCP
- Revisar periódicamente para verificar los medicamentos que hacen falta en el carro de paro.
- Tener el sistema de referencia y contrarreferencia organizado para remisión de pacientes
- Los equipos deben tener revisión periódicamente por parte del biomédico.

9. COMPLICACIONES

- No acudir en el menor tiempo posible a la atención del paciente
- No contar con personal capacitado en RCP
- No contar con los medicamentos e insumos completos en el carro de paro

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	URGENCIAS
	SUBPROCESO	
PROTOCOLO DE RCP		

- No contar con los equipos necesarios para la atención del código azul
- No contar con un sistema de referencia y contrarreferencia inmediato que permita remitir un paciente si es necesarios.

10. ANEXOS

Anexo 1. HOSP-PR-004-20 Protocolo de manejo de carro de paro

Anexo 2. HOSP-F-004-69 Solicitud reposición medicamentos del carro de paro

Anexo 3. HOSP-F-004-74 Formato de Desestimio

Anexo 4. URGE-F-005-18 Evaluación de código azul

Anexo 5. Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. **Algoritmo de Paro Cardíaco en Adultos.**

11. BIBLIOGRAFIA

American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2020

Protocolo de Código Azul, Hospital Universitario San Vicente de Paúl-Medellín Nuevas tendencias mundiales en reanimación Cardio- pulmonar, Centro Internacional de Entrenamiento en Urgencias y Emergencias, SALAMANDRA 2006.

Procedimiento establecido por el HOSPITAL DEPTAL MARIO CORREA RENGIFO año 2006 URGE-M-005-05 punto 6.0, Descripción del procedimiento del código azul, paginas del 43 a 46.

12. CONTROL DE REGISTROS

Versión	Fecha	Modificaciones o cambios
1	Octubre 2007	Elaborado por primera vez
2	Agosto 2010	Se realizan ajustes al contenido
3	Septiembre 2013	Se realizan ajustes al contenido
4	Julio 2017	Ajuste al contenido. Ajuste al procedimiento. Cambio de nomenclatura, de guía (G) URGE-G-005-07, paso a Protocolo (GR) URGE-PR-005-01
5	Marzo 2022	Se realizan ajustes al contenido y la estructura.

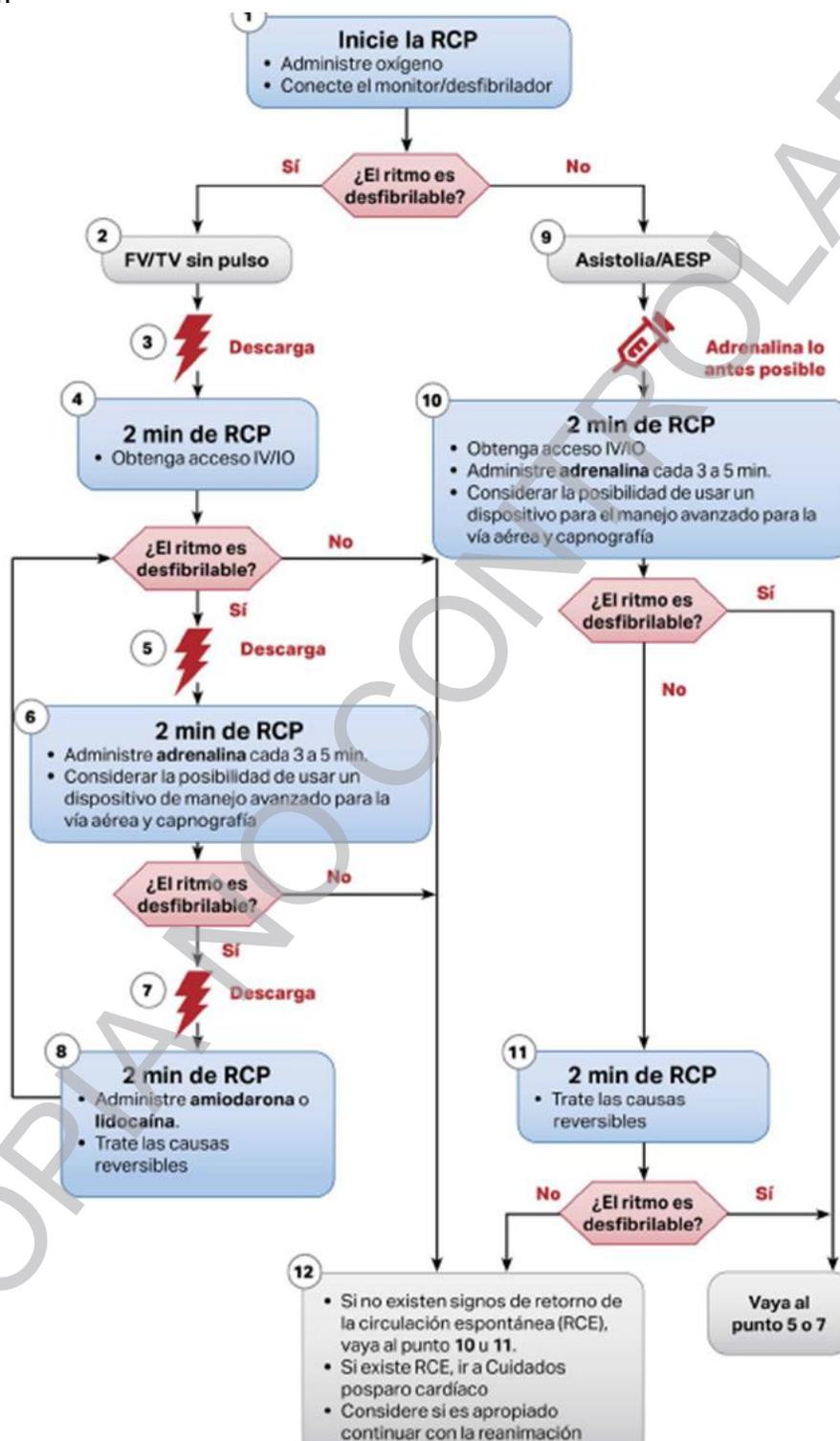
	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	URGENCIAS
	SUBPROCESO	
PROTOCOLO DE RCP		

13. ELABORO, REVISO Y APROBÓ

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
<p>JUAN CAMILO TAFUR Médico general urgencias.</p> <p><i>Jace</i></p> <p>ADRIANA MEDINA C Coordinación Urgencias</p>	<p><i>Daniela Galvan</i></p> <p>DANIELA GALVAN Coordinadora Medica</p>	<p><i>William Romero Quintero</i></p> <p>WILLIAM ROMERO QUINTERO Subdirector Científico</p>

COPIA NO CONTROLADA

Anexo 5. Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. **Algoritmo de Paro Cardíaco en Adultos AHA 2020.** American Heart Association. Figura N°4.



Fuente: American Heart Association Algoritmo N4. 2020

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	URGENCIAS
	SUBPROCESO	
PROTOCOLO DE RCP		

CALIDAD DE LA RCP	
<ul style="list-style-type: none"> • Comprima fuerte (al menos 5 cm [2 pulgadas] y rápido [entre 100 y 120 cpm] y permita una expansión torácica completa) • Minimice las interrupciones entre compresiones • Evite una ventilación excesiva • Cambie de compresor cada 2 minutos o antes si está cansado • Si no hay un dispositivo de manejo avanzado de la vía aérea, considere una relación de compresión/ventilación debe ser de 30/2 	
ENERGIA DE DESCARGA PARA DESFIBRILADOR	
<ul style="list-style-type: none"> • Bifásica: Recomendación del fabricante Dosis inicial en adultos de 120 a 200 Jules. Si se desconoce el valor, use el valor máximo disponible. La segunda descarga y las posteriores deben ser equivalentes, y puede considerarse la administración de valores superiores. • Monofásica: 360 Jules. 	
FARMACOTERAPIA	
<ul style="list-style-type: none"> • Dosis IV/IO de Adrenalina: 1 mg cada 3-5 minutos • Dosis IV/IO de Amiodarona: Primera dosis de 300 mg; Segunda dosis de 150 mg • Dosis IV/IO de Lidocaína: Primera dosis: De a 1 a 1.5 mg/kg. Segunda dosis: De 0.5 a 0.75 mg/kg. 	
MANEJO AVANZADO DE LA VÍA AEREA	
<ul style="list-style-type: none"> • Intubación endotraqueal o dispositivo supraglótico para el manejo avanzado de la vía aérea • Capnometría o capnografía para confirmar y monitorizar la colocación del tubo ET. • Una vez llevado a cabo el manejo avanzado de la vía aérea, realice 1 ventilación cada 6 segundos. (10 ventilaciones por minuto) con compresiones torácicas continuas. 	
RETORNO DE LA CIRCULACION ESPONTANEA	
<ul style="list-style-type: none"> • Pulso y presión arterial • Aumento repentino y sostenido de la PETCO₂ • Ondas espontáneas de presión arterial con monitoreo intraarterial 	
CAUSAS REVERSIBLES	
<ul style="list-style-type: none"> • Hipovolemia • Hipoxia • Hidrogenión (acidosis) • Hipo/Hiperpotasemia • Hipotermia 	<ul style="list-style-type: none"> • Tensión, neumotórax • Taponamiento cardiaco • Toxinas • Trombosis pulmonar • Trombosis coronaria