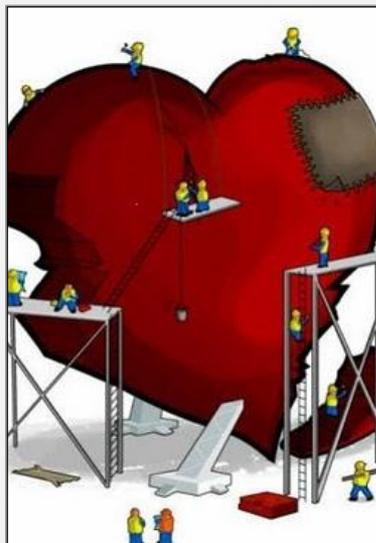




CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA



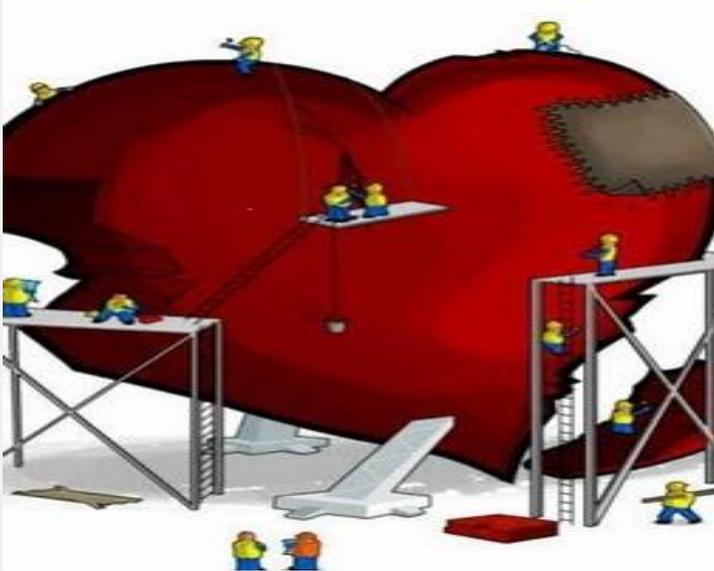
Parada Cardio Respiratoria. Actualización de criterios para atención en unidades de cuidados críticos y en unidades de hospitalización.

Dr^a. Mercedes Murcia Anaya; Dr. William Gregorio Martinez Martinez

Servicio de Anestesia Reanimación y Tratamiento del Dolor
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 10 de Julio de 2012



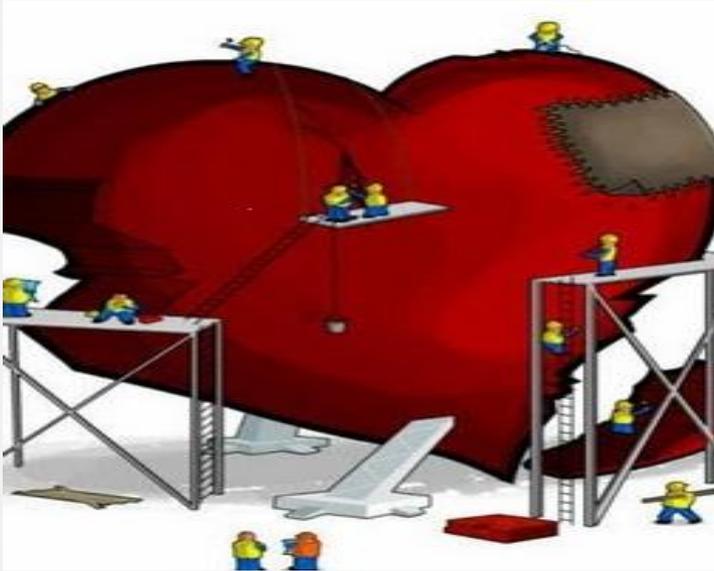
P a r a d a
C a r d i o
r e s p i r a t o r i a

Actualización de
criterios para
atención en unidades
de cuidados críticos y
en unidades de
hospitalización

CHGUV



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 10 de Julio de 2012



- ◆ Magnitud del problema
- ◆ Definición de PCR
- ◆ Etiología
- ◆ Mecanismo
- ◆ Respuesta a la PCR:
- ◆ Guías
- ◆ Cuidados post-RCP
- ◆ Bioética: no RCP

Parada Cardio respiratoria



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 10 de Julio de 2012

Magnitud del problema



- Incidencia 4-20 casos /1000 hospitalizados (*entre el 0,4% y el 2% de los ingresos precisaran RCP*)
- Entre un 10-30% de los fallecidos en un hospital precisarían RCP
- 50 % fuera de las áreas de críticos
- Se estima que en España se producen mas de 18000 PCR's subsidiarias de RCP entre los 4.794.000 pacientes que ingresan anualmente en los hospitales
- 700.000 afectados en Europa anualmente

Concepto de PCR

*Interrupción brusca,
inesperada y
potencialmente reversible
de la circulación y
respiración espontáneas*

Muerte clínica

Potencialmente reversible



Etiología de la PCR

Extrahospitalaria

80%: Origen cardíaco

(aprox 20% la PCR es el primer síntoma de la enf coronaria)

20 %: Origen no cardíaco

10%: causas internas
(neumopatías, Ictus, cáncer...)

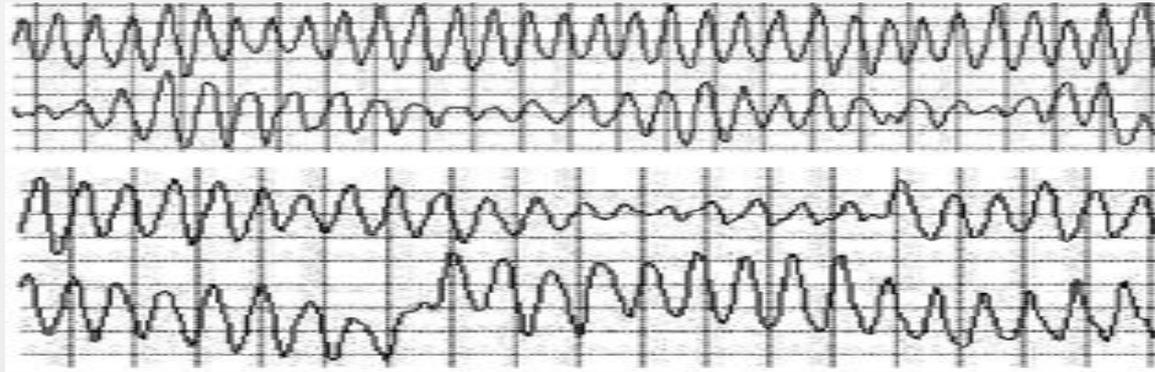
10%: causas externas
(trauma, asfixia, intoxicaciones)

Hospitalaria

40%: Origen cardíaco

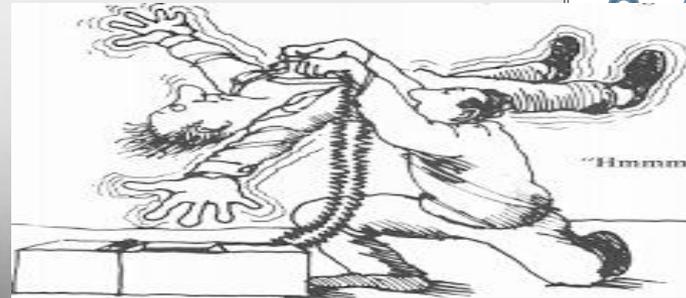
Mecanismo de la PCR

- El 90 % de las extrahospitalarias (no accidentables)
- El 25 % de las hospitalarias



F
v
i
e
b
n
r
t
i
r
i
l
i
a
c
c
u
i
l
g

Reversible!!!



Respuesta a la PCR

..Aproximadamente al ...

20 %

de las personas que
fallecen no les ha llegado
el momento de morir



La respuesta
asistencial a la PCR
se organiza de
acuerdo a una
PLAN DE ACCION
que sigue una
**metodología
específica y
universal**

CADENA DE
SUPERVIVENCIA

Cadena de supervivencia



Maniobras ESTANDARIZADAS,
COORDINADAS y de aplicación
SECUENCIAL

RCP
SOPORTE VITAL



Respuesta a la PCR

1. Alerta

- Identificación de la gravedad
- Diagnóstico de la PCR
- Petición de ayuda

Respuesta a la PCR



2. RCP básica precoz

- En menos de 1 minuto
- MCE + Respiración boca-boca
- Sustitución temporal de las funciones vitales perdidas
- Necesaria universalización



Respuesta a la PCR



3. Desfibrilación (RCP instrumental) temprana
 - En menos de 4 minutos
 - Desfibrilación (DF) externa semiautomática (DESA) o manual (DFM)
 - Ventilación con mascarilla y balón autoinsuflable con O₂

Respuesta a la PCR



4. SV avanzado precoz
 - En menos de 8 minutos
 - Aislamiento de la vía aérea
 - Administración de fármacos
 - Tto de situaciones especiales
 - Traslado monitorizado

Guías ERC

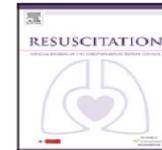
Resuscitation 81 (2010) 1219–1276



Contents lists available at ScienceDirect

Resuscitation

journal homepage: www.elsevier.com/locate/resuscitation



Guías ERC

European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 1. Executive summary

Jerry P. Nolan^{a,*}, Jasmeet Soar^b, David A. Zideman^c, Dominique Biarent^d, Leo L. Bossaert^e, Charles Deakin^f, Rudolph W. Koster^g, Jonathan Wyllie^h, Bernd Böttigerⁱ,
on behalf of the ERC Guidelines Writing Group¹

^a Anaesthesia and Intensive Care Medicine, Royal United Hospital, Bath, UK

^b Anaesthesia and Intensive Care Medicine, Southmead Hospital, North Bristol NHS Trust, Bristol, UK

^c Imperial College Healthcare NHS Trust, London, UK

^d Paediatric Intensive Care and Emergency Medicine, Université Libre de Bruxelles, Queen Fabiola Children's University Hospital, Brussels, Belgium

^e Cardiology and Intensive Care, University of Antwerp, Antwerp, Belgium

^f Cardiac Anaesthesia and Critical Care, Southampton University Hospital NHS Trust, Southampton, UK

^g Department of Cardiology, Academic Medical Center, Amsterdam, The Netherlands

^h Neonatology and Paediatrics, The James Cook University Hospital, Middlesbrough, UK

ⁱ Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum Köln, Köln, Germany



Guías ERC

Principales cambios

SOPORTE VITAL BÁSICO

- Se han precisado aún más las recomendaciones para reconocer y activar el SEM
- Se enfatiza la importancia de las boqueadas o “gasping” como signo de parada cardiaca.
- Compresiones torácicas de calidad. Relación CV 30:2
- Reducir al máximo las interrupciones de las compresiones torácicas

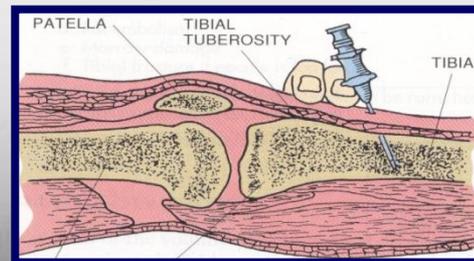


Guías ERC

Principales cambios

SOPORTE VITAL AVANZADO

- Uso de “sistemas de rastreo y alarma”
- Se disminuye el énfasis sobre el papel del golpe precordial.
- Ya no se recomienda la administración de medicamentos a través de un tubo ET.
- No utilización de forma rutinaria de atropina en la AS/AESP.
- Se reduce el énfasis de IOT precoz.
- Mayor énfasis en el uso de la capnografía.
- Reconocimiento del daño potencial causado por la hiperoxemia después de conseguir la RCE.
- Uso de la ICP primaria.
- Evitar la hipoglucemia



Guías ERC

Principales cambios

TERAPIAS ELÉTRICAS: DEA

- Minimizar de las pausas antes y después de las descargas
- Continuar con las compresiones torácicas durante la carga del desfibrilador.
- La descarga de la desfibrilación nos más de 5 segundos.
- En parada EH no se recomienda la realización de forma rutinaria de un período de RCP antes del análisis del ritmo cardiaco y descarga.
- Tras postoperatorio inmediato de cirugía cardiaca o durante el cateterismo cardiaco se produce FV/TV se puede considerar dar tres descargas consecutivas



Soporte Vital Básico

(SEGÚN RECOMENDACIONES 2010 DEL EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL)



European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010
Section 1. Executive summary

Resuscitation 81 (2010) 1219–1276



COMPRESIÓN TORÁCICA DE CALIDAD

- Arrodillarse al lado de la víctima
- Colocar el “talón de la mano” en el centro del pecho de la víctima. Colocar la otra mano sobre la anterior enlazando los dedos.
- Posicionarse verticalmente sobre la víctima y comenzar las compresiones.
- Cada compresión deprimirá el pecho del paciente **AL MENOS 5-6cm.**
- Después de cada compresión dejar reexpandir el tórax totalmente sin perder el contacto de nuestras manos con la víctima.
- La compresión y el tiempo de reexpansión deben durar lo mismo
- Repetir el ciclo a una frecuencia de **100-120 por minuto.**

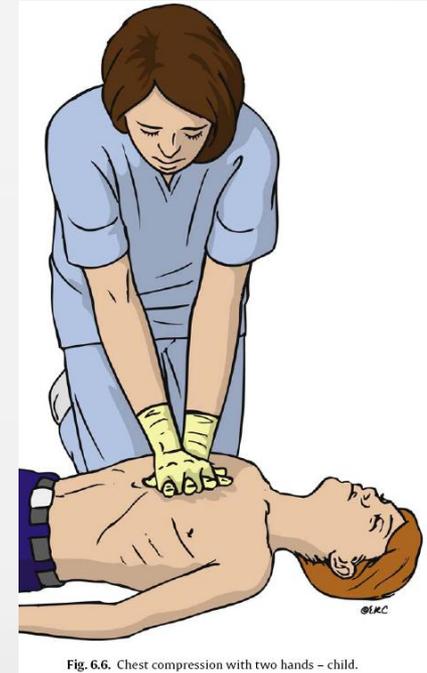
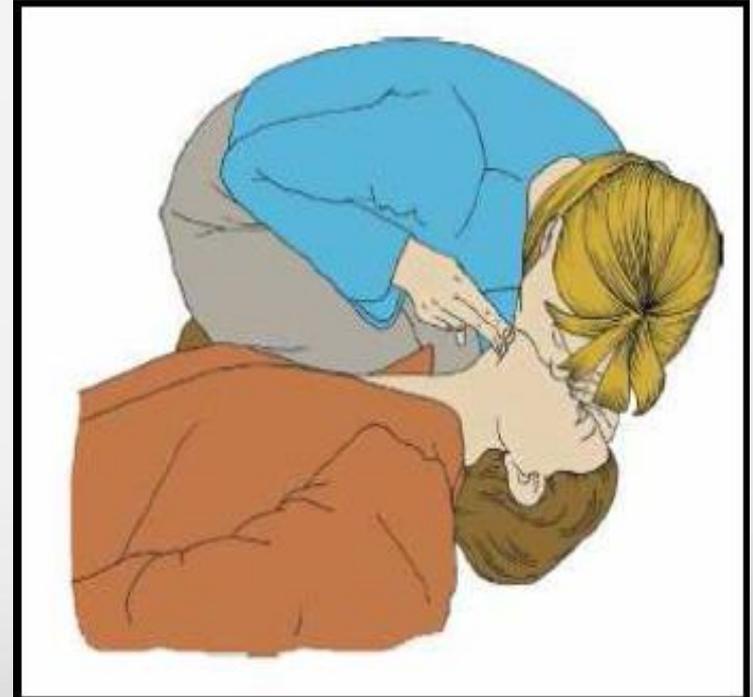


Fig. 6.6. Chest compression with two hands - child.

VENTILACIÓN

Ventilación boca a boca:

- Tras 30c: Abrir vía maniobra frente-mentón.
- Tapar nariz víctima
- Insuflar durante 1''
- 2 respiraciones efectivas: elevación tórax.
- 30:2.
- Ventilación NO efectiva:
 - Objetos boca?
 - Maniobra frente-mentón?

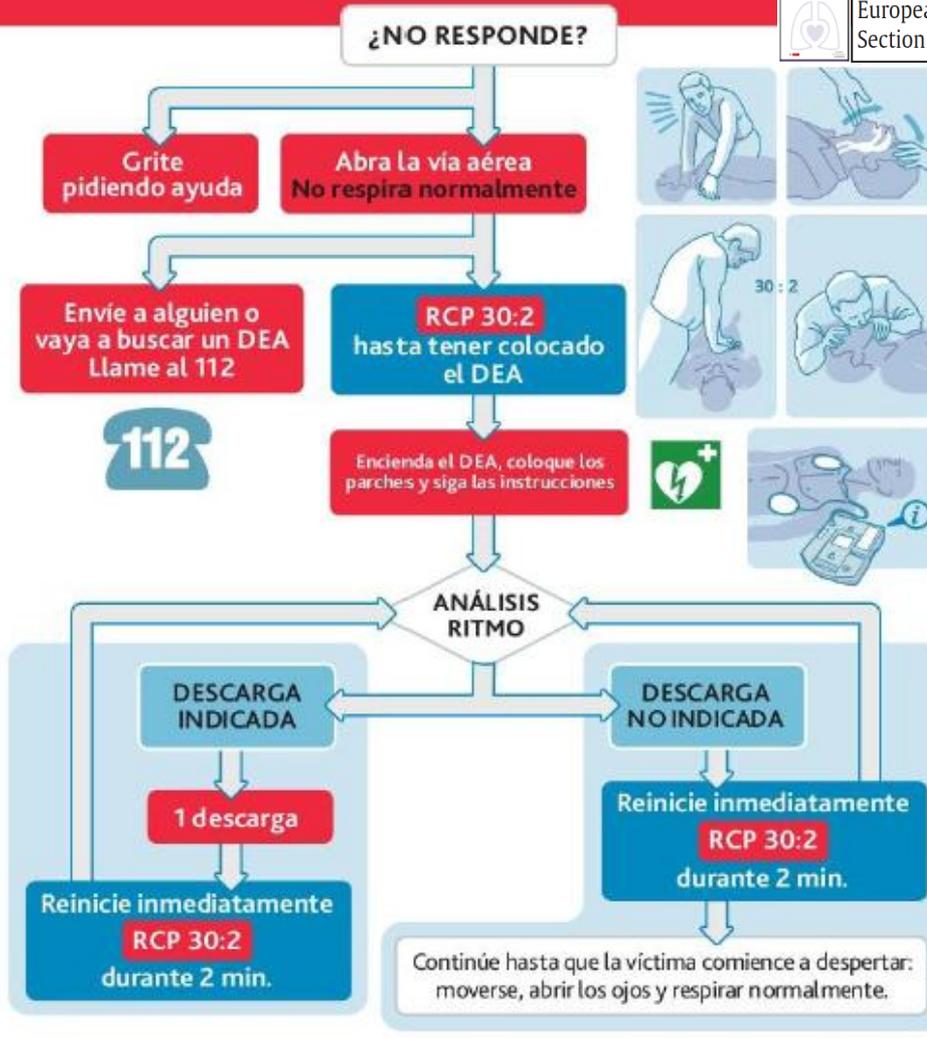


Desfibrilación Externa Automática

(SEGÚN RECOMENDACIONES 2010 DEL EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL)

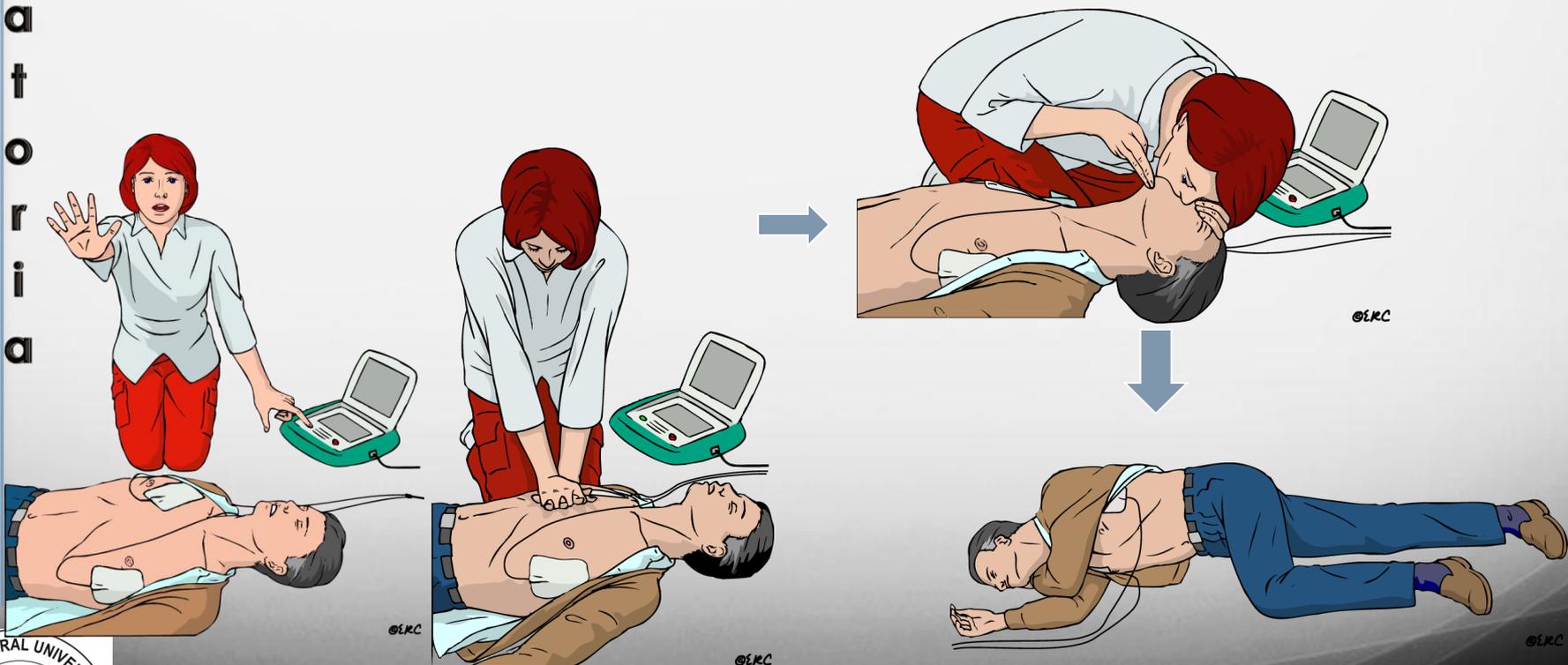


European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010
Section 1. Executive summary
Resuscitation 81 (2010) 1219-1276



DEA

- Objetivo: Administrar una descarga en los 3 minutos tras la parada.
- Utilizar el DEA **en cuanto este disponible**, mientras tanto RCP (incluso mientras se carga)
- Puede utilizarlo personal no entrenado.

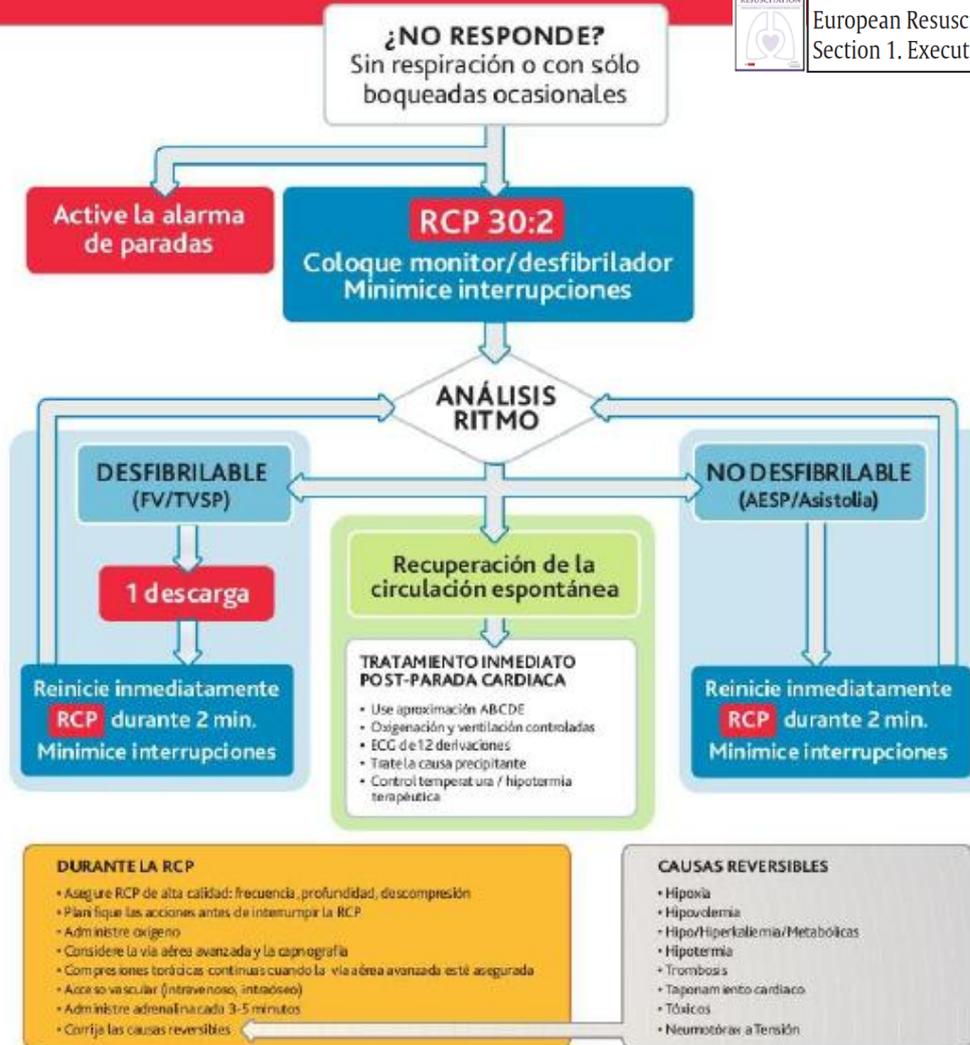


Soporte Vital Avanzado

(SEGÚN RECOMENDACIONES 2010 DEL EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL)



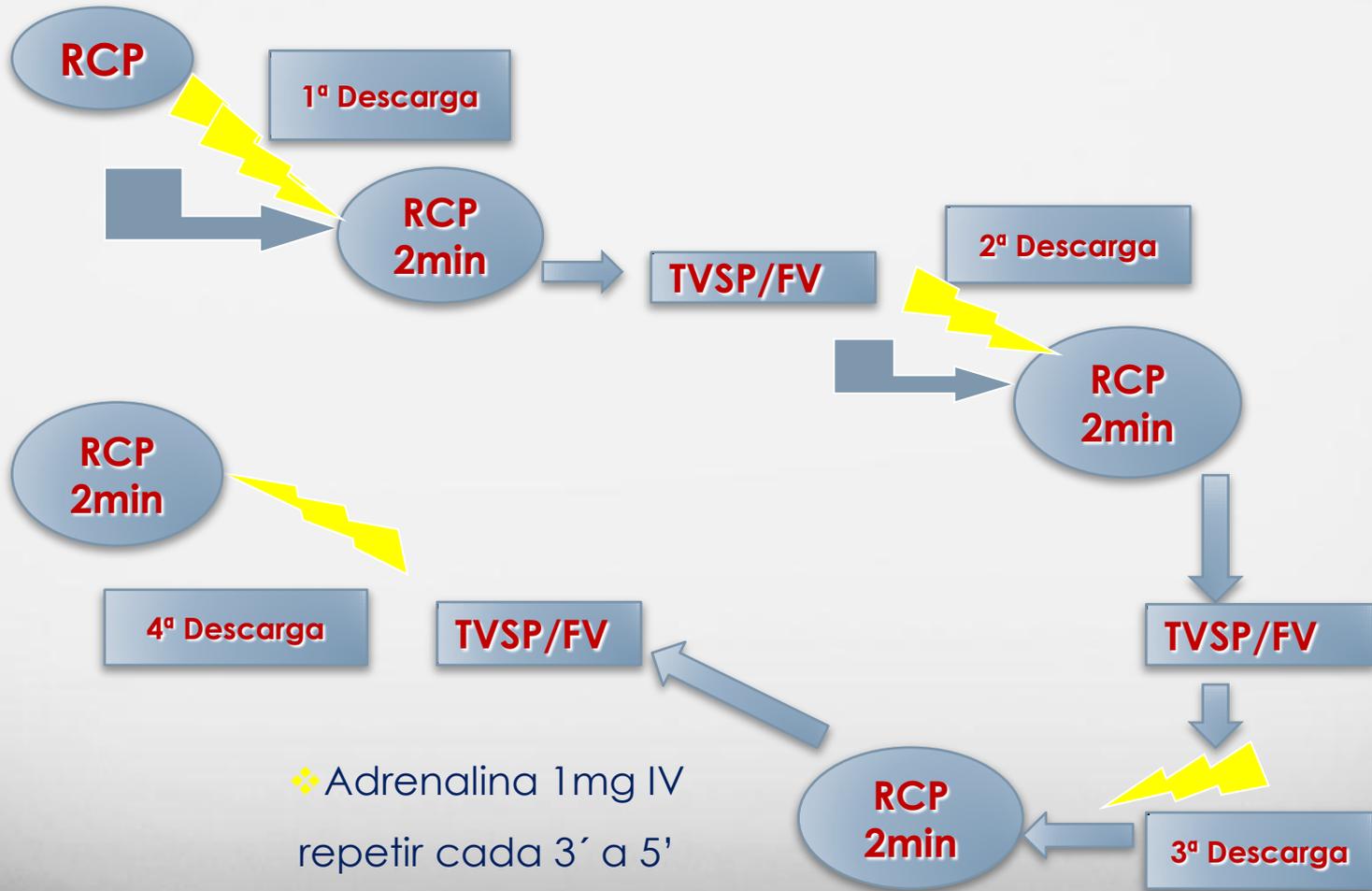
European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010
Section 1. Executive summary
Resuscitation 81 (2010) 1219-1276



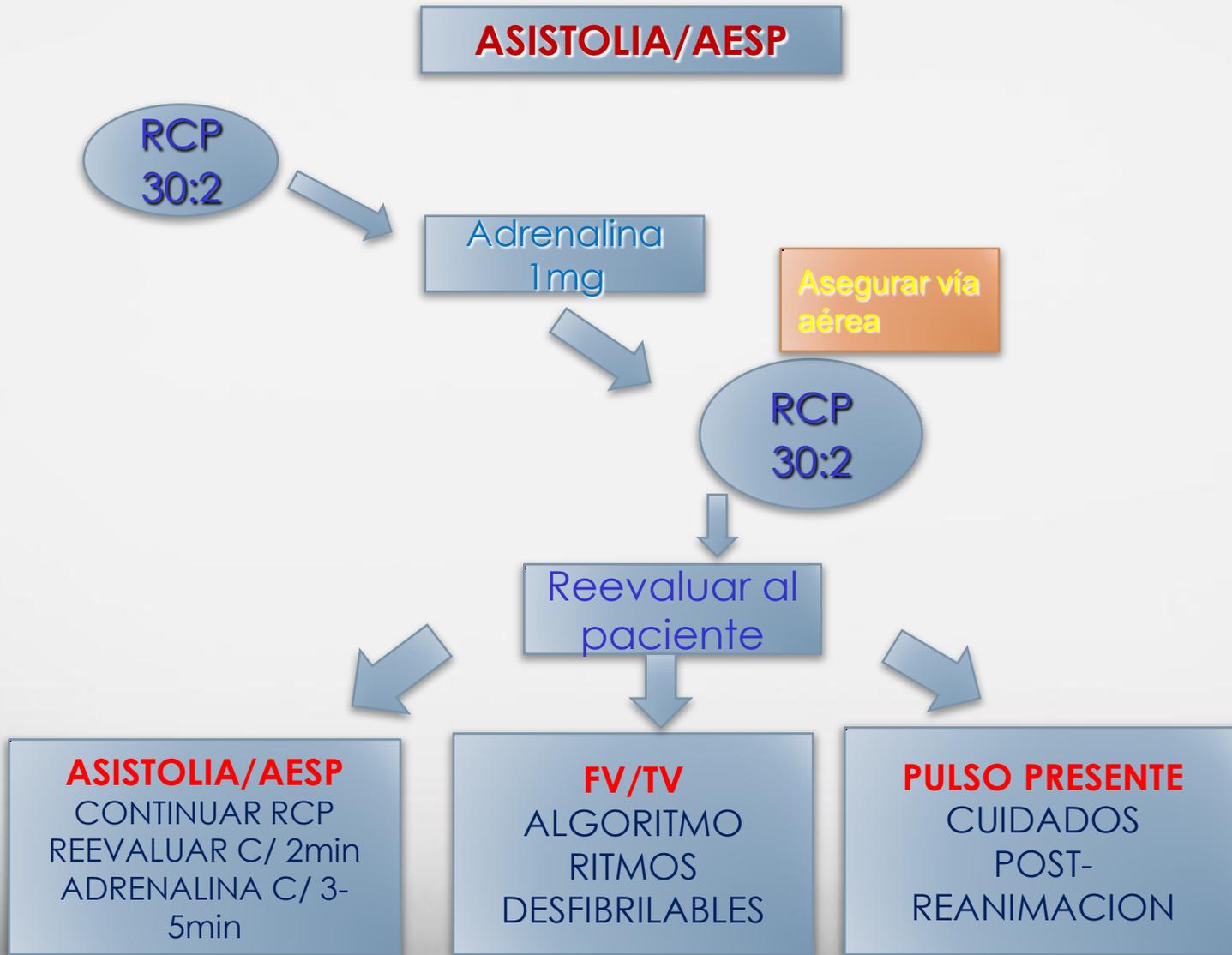
SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 10 de Julio de 2012



SVA: Ritmos desfibrilables



- ❖ Adrenalina 1mg IV
repetir cada 3' a 5'
- ❖ Amiodarona 300mg IV



CUIDADOS POST-REANIMACIÓN

Síndrome post-PCR:

- Daño neurológico
- Disfunción miocárdica
- Síndrome isquemia/ reperfusión
- Persistencia de la patología precipitante

RESPIRATORIO:

- **Hiperoxigenación:** Una vez establecida la CE, monitorizar la saturación arterial del O₂ (pulsioximetría/gasometría) y ajustar SaO₂ a 94-98%.
- **Hipercapnia:** No estudios concluyentes sobre cifras ideales de carbónico. Ajustar según situación respiratoria y gasométrica.



CUIDADOS POST-REANIMACIÓN

CIRCULATORIO:

- **ACTP** precoz si se sospecha causa coronaria.
- **Disfunción miocárdica:** Soporte circulatorio con drogas, fluidos y balón de CP.



NEUROLÓGICO:

- **Convulsiones:** Tratamiento precoz con BZD, Fenitoina, Valproico, Propofol o barbitúricos.
- **Control glucémico:** Hiperglucemia asociada a depresión neurológica post- PCR. Deben tratarse valores $>180\text{mg/Dl}$ pero evitarse la hipoglucemia ($>$ mortalidad).



CUIDADOS POST-REANIMACIÓN

Temperatura:

- Hiperpirexia común en primeras 48hras post-PCR. Antipiréticos y enfriamiento activo.
- Hipotermia terapéutica:
 - Neuroprotectora tras proceso de hipoxia isquemia cerebral.
 - Suprime vías que conducen a apoptosis celular.
 - Disminuye metabolismo cerebral
 - Reduce respuesta inflamatoria
 - Utilización, incluso para supervivientes comatosos de PCR debida a ritmos desfibrilables y no desfibrilables (en estos menor nivel de evidencia)



Bioética de la RCP

La RCP debe iniciarse ante toda situación de PC, puesto que se trata de una emergencia extrema, donde se considera implícito el consentimiento de la víctima, y donde no hay tiempo ni datos para conocer con exactitud su conveniencia.

EXCEPCIONES.

1. En respeto al principio de autonomía.
2. En respeto a los principios de beneficencia y no maleficencia.
3. En respeto al principio de Justicia.



¿Existe diferencias éticas entre no iniciar y suspender una determinada acción terapéutica?

Ambas decisiones son ética y legalmente idénticas

¿Cuándo no se debe iniciar una RCP?

1. Muerte biológica/ exteriorización masiva de tejidos intracavitarios.
2. Se tenga constancia fehaciente de rechazo de RCP por parte del paciente.
3. Cuando la PC sea consecuencia de una enfermedad crónica, debilitante y terminal.
4. Cuando exista peligro para el equipo reanimador.
5. Cuando exista un retraso de mas de 10 minutos entre el inicio de la PC y el inicio de la RCP.
6. Cuando la víctima se halle en situación de daño cerebral permanente e irreversible o de deterioro intelectual progresivo, conocido y limitante y la RCP, aún efectiva , no puede revertir tal situación.



Finalización de la RCP.

1. Recuperación de la CE, efectiva y persistente. un latido eficaz.
2. Cuando se comprueba la no indicación.
3. Cuando se comprueba que la PC es consecuencia de una enfermedad o situación irreversible y sin alternativa terapéutica que a la larga va a terminar con la vida del paciente.
4. Fracaso de la RCP.
 - Inicio de SVB tras más de 10 min de PC
 - Constatación de 20min o mas de esfuerzo de resucitación sin RCE.
 - Constatación de 10 min o más de RCP sin pulso externo demostrable(RCP ineficaz)
5. Agotamiento o riesgo de peligro del equipo de reanimación.



Actualización de
criterios para
atención en unidades
de cuidados críticos y
en unidades de
hospitalización

CHGUV



PROGRAMA PARA LA ORGANIZACIÓN DE LA
ATENCIÓN DE PACIENTES CRÍTICOS
Y
REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR INTRAHOSPITALARIA

Valencia Mayo 2007- Mayo 2008

P a
C a
resp

SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 10 de Julio de 2012





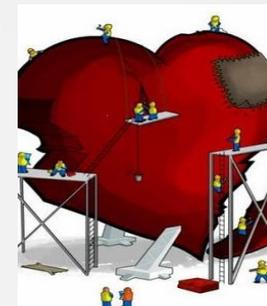
OBJETIVO básico reducir la mortalidad en los pacientes del hospital

- 1. La identificación de los pacientes en riesgo de sufrir un paro cardiorrespiratorio con el fin de extremar su vigilancia.*
- 2. La posibilidad de iniciar rápidamente las maniobras de reanimación adecuadas tan pronto como se produce el paro.*
- 3. La disponibilidad de un sistema con personal adiestrado y el material necesario para instaurar el tratamiento definitivo.*



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 10 de Julio de 2012**

Actualización de criterios para atención en unidades de cuidados críticos y en unidades de hospitalización

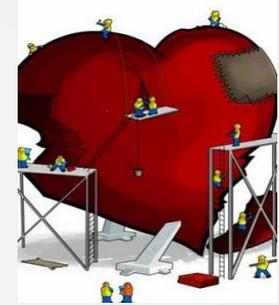


- ◆ Detección de pacientes en riesgo
- ◆ Algoritmo de atención al paciente crítico
- ◆ Equipo humano
- ◆ Material
- ◆ Recogida y análisis de los datos



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 10 de Julio de 2012

Actualización de criterios para atención en unidades de cuidados críticos y en unidades de hospitalización



- ◆ Detección de pacientes en riesgo
- ◆ Algoritmo de atención al paciente crítico
- ◆ Equipo humano
- ◆ Material
- ◆ Recogida y análisis de los datos



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 10 de Julio de 2012**

Detección de pacientes

- Imprescindible identificar pacientes en riesgo de desarrollar una situación crítica
- Aprox un 85 % de los pacientes que sufren una PCR en el hospital hay signos de deterioro en las 8 horas previas
- Síntomas signos premonitorios

Dolor torácico

Disnea, dificultad respiratoria

Alteración del estado mental

Molestias gastrointestinales



Taquipnea > 30 rpm

FC < 30 lpm ó > 130 lpm

PAS < 90 mmHg

SpO2 < 90%

Descenso GCS 2 puntos

T^a < 35°C ó > 38,5°C



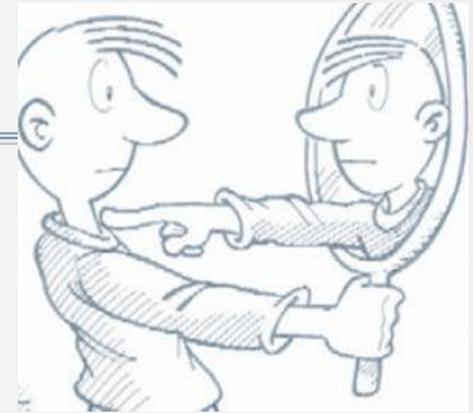
Detección de pacientes

- Paciente crítico

- Parada cardiorrespiratoria
- Parada respiratoria
- Arritmia cardíaca grave
- Inestabilidad hemodinámica, respiratoria o neurológica, de la que se espera un empeoramiento inmediato



Detección de pacientes



Pacientes no reanimables

- *Médico responsable del paciente*
- *Pacientes cuya enfermedad es irreversible, ha producido alteraciones irreparables y la muerte parece inminente*
- *Identificación E.I.N.R (enfermedad irreversible, no reanimable) en historia clínica y comunicación a personal de enfermería*
- *Mantenimiento de otros tratamientos y cuidados*



Deteccción de pacientes

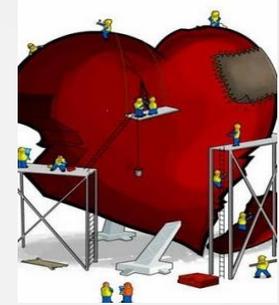
Pacientes si reanimables

- *Desconocimiento de situación de E.I.N.R.*
- *Pacientes en situación crítica que no...*

enfermedad es irreversible, ha producido alteraciones irreparables y la muerte parece inminente



Actualización de criterios para atención en unidades de cuidados críticos y en unidades de hospitalización



- ◆ Detección de pacientes en riesgo
- ◆ Algoritmo de atención al paciente crítico
- ◆ Equipo humano
- ◆ Material
- ◆ Recogida y análisis de los datos



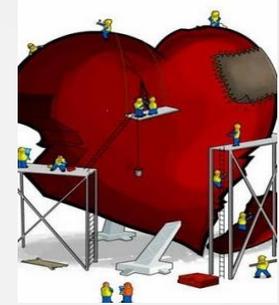
SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 10 de Julio de 2012



- Comprobación paciente reanimable
- Llamada por enfermería a:
 - Anestesiologo. Código PCR
 - Aviso a médico responsable



Actualización de criterios para atención en unidades de cuidados críticos y en unidades de hospitalización



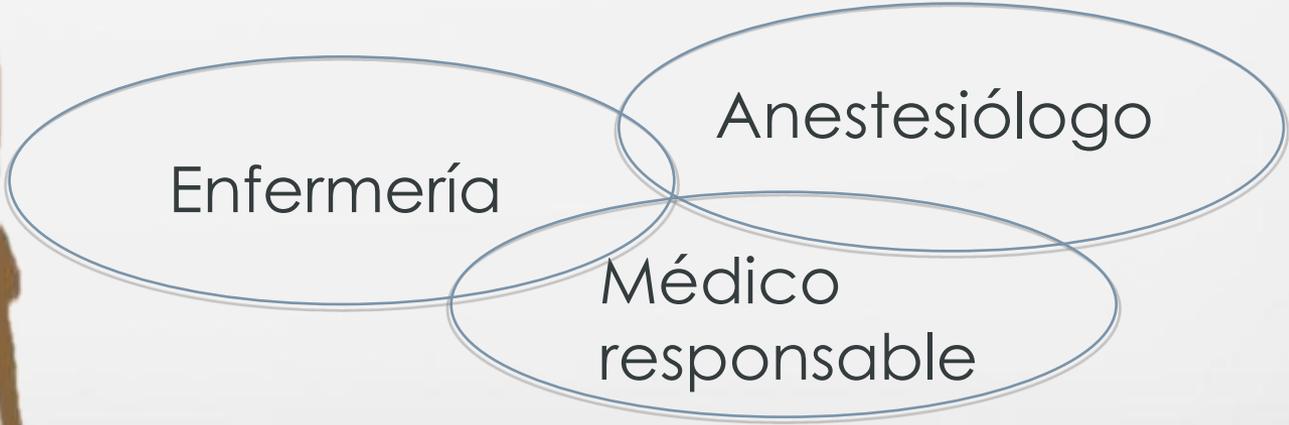
- ◆ Detección de pacientes en riesgo
- ◆ Algoritmo de atención al paciente crítico
- ◆ Equipo humano
- ◆ Material
- ◆ Recogida y análisis de los datos



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 10 de Julio de 2012

Equipo humano

- *Conjunto de profesionales encargado de atender las situaciones de emergencia cardiopulmonar*



Enfermería

The diagram consists of three overlapping blue ovals. The left oval is labeled 'Enfermería', the top-right oval is labeled 'Anestesiólogo', and the bottom oval is labeled 'Médico responsable'. The ovals overlap in the center, creating a central intersection area.

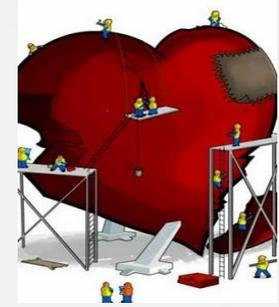
Anestesiólogo

Médico
responsable

- *Ampliación posterior según enfermedad o sospecha diagnóstica en cada situación*



Actualización de criterios para atención en unidades de cuidados críticos y en unidades de hospitalización



- ◆ Detección de pacientes en riesgo
- ◆ Algoritmo de atención al paciente crítico
- ◆ Equipo humano
- ◆ Material
- ◆ Recogida y análisis de los datos



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 10 de Julio de 2012

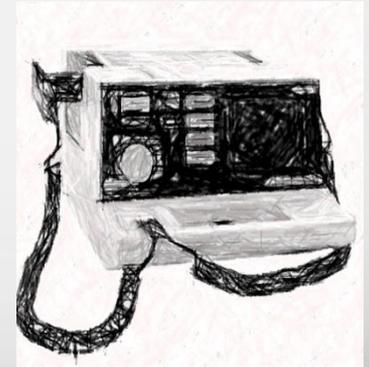
Material: Carro RCP y DF

- El contenido del carro, debe estar **sistematizado**
- Su utilización debe reservarse exclusivamente para su utilización en situaciones del plan de RCP.
- Deben de existir normas claras de uso, reposición y mantenimiento.
- Es función del supervisor/a de cada unidad de hospitalización asegurar que todo el material necesario de los carros de RCP está disponible en el momento y lugar necesario.



Material: Carro RCP y DF

- El personal sanitario debe saber dónde está situado el carro de RCP y desfibrilador más cercanos, así como la distribución y funcionamiento del material de que consta



Ubicación carros RCP



Pabellon A - ALA IZQUIERDA

- TAC, RNM
- Radiología
- I1-3 Oncología
- I2-2 Cardiología
- I2-3 Cirugía cardíaca
- I3-2 Neurología
- I3-3 Digestivo
- I3-4 Nefrología

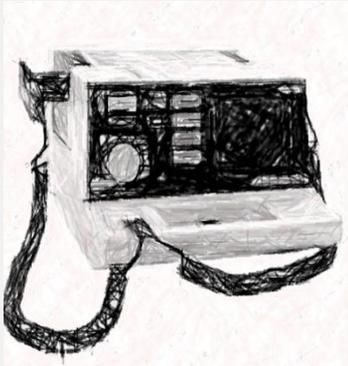
Pabellon B- ALA DERECHA

- D1-2 Urología
- D1-3 Infecciosos
- D1-4 Medicina interna
- D2-1 Respiratorio-judiciales
- D2-2 Cirugía general
- D2-3 Cirugía general
- D2-4 Cirugía vascular y torácica
- D3-1 Respiratorio
- D3-2 COT
- D3-3 NUC
- D3-4 Psiquiatría

Pabellon C - MATERNO INFANTIL

- MIN 2 Ginecología-ORL
- MIN 3 Obstetricia
- Escolares



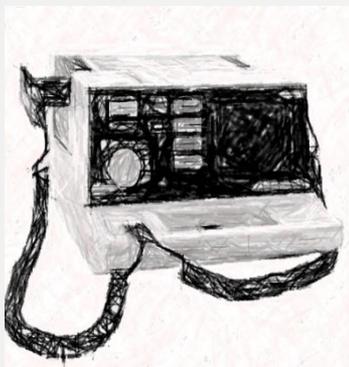


Ubicación Desfibriladores

| PABELLON | AREA | SERVICIO | MODELO | Nº BIOINGENIERIA | Nº INVENTARIO HGU |
|----------|-------|---|--|------------------|-------------------|
| A | I-3-2 | NEUROLOGIA | Cardiolife Nikon-Hoden | 27009 | |
| | UCMA | UCMA | HP-Codemaster | 27025 | |
| | I-3-4 | HEMODIALISIS | Cardiolife Nikon-Hoden | 27006 | |
| | I-2-1 | CARDIOLOGIA-Ergometria | Bosch Defi503 | 27030 | |
| | I-2-1 | CARDIOLOGIA-Hemodinamica Sala 1 | Cardiolife Nikon-Hoden Marcapasos ext. | 27040 | |
| | I-2-1 | CARDIOLOGIA-Hemodinamica Sala 2 | Cardiolife Nikon-Hoden | 27036 | |
| | I-2-2 | CARDIOLOGIA-Compartico Sala Y Ecos-dobuta | Cardiolife Nikon-Hoden | 27013 | |
| | I-2-2 | CARDIOLOGIA-Arritmias | Life Pak 12 Medtronic | | 28072 |
| | I-2-2 | CARDIOLOGIA-Arritmias | Cardiolife Nikon-Hoden Marcapasos ext. | | |
| | I-2-3 | QUIROFANO 1 c. cardiaca | HP-Codemaster XE | 27020 | |
| | I-2-3 | QUIROFANO 2 c. cardiaca | HP-Codemaster XE | 27021 | |
| | I-2-3 | REANIMACION cardiaca | HP-Codemaster XL | | 20132 |

SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 10 de Julio de 2012



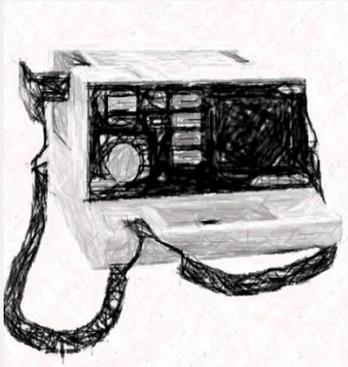


Ubicación Desfibriladores

| PABELLON | AREA | SERVICIO | MODELO | Nº BIOCINGENIERIA | Nº INVENTARIO HGU |
|----------|-------------|-----------------------------|--|-------------------|-------------------|
| | I-2-3 | Sala Hospitalizacion | Nikon-Hoden 5531K Marcapasos externo | 27043 | |
| | I-2-3 | UNIDAD CORONARIA | Nikon-Hoden 5531K Marcapasos externo | 27037 | |
| | I-2-3 | UNIDAD CORONARIA | Nikon-Hoden 7631K Marcapasos ext. | 27042 | |
| | I-2-4 | REANIMACION GENERAL | Nikon-Hoden 7631K Marcapasos ext. | 27034 | |
| | I-2-4 | UNIDAD DOLOR | Cardiolife Nikon-Hoden | 27007 | |
| | I-1-3 | ONCOLOGIA | Nikon-Hoden 76021K Marcapasos ext. | 27033 | |
| | Planta Baja | Radiologia intervencionista | Nikon-Hoden 7631K Marcapasos ext. | | |
| | Planta Baja | TAC-RNM ERESA | Marquette Helligue D-79111 | | |
| | Box 1 | URGENCIAS | Nikon-Hoden 5531K Marcapasos externo | 27046 | |
| | Box1 | URGENCIAS | Phillps Heart Start XLT Marcapasos ext. | 27028 | |
| | Observacion | URGENCIAS | Nikon-Hoden 5531K Marcapasos ext. | 27041 | |
| | Quirofano | URGENCIAS | Cardiolife Nikon-Hoden | 27019 | |



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 10 de Julio de 2012



Ubicación Desfibriladores

| PABELLON | AREA | SERVICIO | MODELO | Nº BIOINGENIERIA | Nº INVENTARIO HGU |
|----------|-------|--------------------------|------------------------------------|------------------|-------------------|
| B | D-3-1 | NEUMOLOGIA | HP-Codemaster | 27176 | |
| | D-3-2 | QUIROFANO COT | Drager Cardiolve 2000V | | 27032 |
| | D-2-2 | QUIROFANO ESPECIALIDADES | Nikon-Hoden 55311K Marcapasos ext. | 27038 | |
| | D-2-3 | URPQ | Nikon-Hoden 7631K Marcapasos ext. | 27035 | |
| | D-1-3 | Medicina Interna | HP-Codemaster | 27005 | |

| PABELLON | AREA | SERVICIO | MODELO | Nº BIOINGENIERIA | Nº INVENTARIO HGU |
|----------|--------|--|---------------|------------------|-------------------|
| C | PISO 3 | QUIROFANO ASEPTICO | HP-Codemaster | 27026 | |
| | PISO 1 | QUIROFANO ESPECIALIDADES - Pasillo posterior | HP-Codemaster | 27030 | |



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 10 de Julio de 2012

1.- Monitor desfibrilador.

- Paquete electrodos.
- Gel conductor.
- Batería si es necesario.

2.- Material para apertura de via aerea y ventilacion.

- Ambú con entrada de O2 (1), con reservorio para alcanzar una FiO2 de 1, y conexión adecuada a tubos endotraqueales
- Laringoscopio con palas de cuatro tamaños. Pala pequeña (sólo sala escolares).
- Pilas de repuesto.
- Pinzas de Magill adultos.
- Tubos endotraqueales con balón de baja presión: 6, 6.5, 7, 7.5, 8, 8.5 (2 cada nº).
- Fiadores de tubos endotraqueales.
- Lubricante hidrosoluble en spray.
- Cinta para fijar tubos endotraqueales.
- Mascarillas faciales desechables con conexión (2)
- Nariz-humidificador flexible (2)
- Tubos de Guedel-Mayo (1 de cada): números 3/4/5
- Tubos de Guedel-Mayo (1 de cada): números 3/2/1**
- Alargadera de O2.
- Mascarilla de O2 tipo Venturi.
- Sondas de aspiración (1 de cada): números 14/16/18
- Sondas nasogástricas (1 de cada): números 14/16/18

3.- Aspirador electrico

- Autónomo si no se dispone de toma de vacío en todas las habitaciones.

4.-Equipo para soporte circulatorio complementario.

- Tabla para RCP.
- Cánulas iv : nº 14,16, 18 y 20
- Agujas desechables IM, IV y cargadoras.
- Jeringas desechables de 1 ml, 5 ml , 10.
- Sistemas de goteo normal y de bomba.
- Llaves de tres pasos.
- Compresores venosos elásticos.
- Esparadrapo de tela.
- Paquete de gases estériles.

Fármacos carros de RCP

- Actocortina-hidro cortisona (2)
- Adrenalina (5)
- Agua destilada (5)
- Aleudrina-isoproterenol (2)
- Amiodarona-Trangorex (6 amp)
- Anectine / Mioflex-succinilcolina (2)*
- Anexate-flumazenil (4)
- Atropina (5)
- Cloruro cálcico (2)
- Diazepam-Valium (5 amp de 5 mgr)
- Dobutrex-dobutamina (2)
- Dopamina (2)
- Efedrina (2)
- Elgatil-urapidil (2)
- Esmolol-Brevibloc (2)
- Etomidato-Hypnomidate (2)
- S. Fisiológico (5)
- Gluconato cálcico (2 amp)
- Glucosmón 50% (2)
- Lidocaína 5% (5)
- Midazolam-Dormicum (2 amp de 15 mgr o 6 amp de 5 mg)
- Naloxona (4)
- Norcurón-vecuronio (4)
- Polaramine (2)
- Propofol-Diprivan (4)
- Solinitrina Forte (50 mg)-nitroglicerina (2)
- Solinitrina 5 mg (2)
- Sumial (2)
- Ventolín-salbutamol inyect (2)
- Ventolín inhal (1)

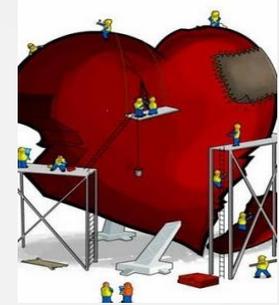
FLUIDOTERAPIA

- Bicarbonato 1 molar-8,4% (1)
- Bicarbonato 1/6 molar (1)
 - Suero fisiológico.(2)
 - Ringer lactado(2)
 - Glucosalino (2)
 - Gelafundina (2)

SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 10 de Julio de 2012



Actualización de criterios para atención en unidades de cuidados críticos y en unidades de hospitalización



- ◆ Detección de pacientes en riesgo
- ◆ Algoritmo de atención al paciente crítico
- ◆ Equipo humano
- ◆ Material
- ◆ Recogida y análisis de los datos



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 10 de Julio de 2012

Recogida y análisis de los datos



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA



ACTIVIDAD ASISTENCIAL ASISTENCIA PACIENTE CRITICO

ETIQUETA

(En su defecto, indique nombre y ubicación del paciente)

NOMBRE:

CAMA: NHC:

Anestesiólogos: _____ / _____

Servicio: _____

Diagnóstico que motivó el evento crítico: _____

Diagnóstico de ingreso en el hospital: _____

Se ha realizado RCP: Si ; No

Otro soporte vital (no RCP): Respiratorio ; Hemodinámico

Ubicación temporal (lugar, si lo hubiere): _____

Destino final:

1. Exitus
2. Rea General / Rea Cardíaca / U. Coronaria
3. Sala _____
4. Otros destinos
5. Traslado otro hospital

- Conocer epidemiología
- Evaluación del plan de atención al paciente crítico y RCP
- Detección de deficiencias
- Evaluación de medidas correctoras aplicadas



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 10 de Julio de 2012



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 10 de Julio de 2012