



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

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

Valencia Mayo 2007- Mayo 2008



INDICE

1.-Introducción

2.-Programa de organizacion

- 2.1. Definición de Paciente Crítico
 - 2.1.1. pacientes que no deben reanimarse.
 - 2.1.2. pacientes que deben reanimarse.
- 2.2. Algoritmo de atención al paciente crítico
 - 2.2.1. Reanimación inicial
 - 2.2.2. Estabilización
 - 2.2.3. Traslado del enfermo recuperado
- 2.3. Equipo humano.
- 2.4. Sistema de comunicación.
- 2.5. Revisión/mantenimiento carro de RCP
 - 2.5.1. Mantenimiento del carro de RCP
 - 2.5.2. Mantenimiento del desfibrilador
 - 2.5.2.1. mantenimiento después de cada utilización
 - 2.5.2.2. revisión técnica por el servicio de bioingeniería
- 2.6. Recogida y el análisis de los datos

ANEXOS

1.-Localización de los carros de Reanimación Cardiopulmonar

2.-Localizacion de desfibriladores para Reanimación Cardiopulmonar

3.-Dotación de carro de Reanimacion Cardiopulmonar

4.-Hoja de registro de operaciones de mantenimiento del carro de RCP

5.- Planos Hospitalarios de ubicación de los carros de RCP y Desfibriladores



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

1.- INTRODUCCIÓN

Este manual describe el PROGRAMA PARA LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN SITUACIÓN CRÍTICA Y EL SISTEMA DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) INTRAHOSPITALARIA del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGU).

La existencia y funcionamiento del programa debe ser conocido por todo el personal médico y de enfermería, y en general por todas aquellas personas que trabajan en cualquiera de las áreas clínicas del hospital.

Son requisitos indispensables para conseguir la implementación del Programa:

- .- Proporcionar la información sobre el mismo en la documentación de bienvenida entregada a cualquier personal de nueva incorporación en el hospital
- .- Exponer en todas las salas de hospitalización y consultas externas del hospital carteles explicativos de las maniobras básicas de reanimación y procedimiento de llamada a los servicios especializados. Adherir a todos los teléfonos del CHGU una pegatina con el número de teléfono de llamada.
- .- Colocar en un sitio visible en cada unidad de enfermería el manual de procedimiento para facilitar la consulta

El programa de RCP es de todo el hospital y no de un servicio en particular. Su adecuado funcionamiento debe ser entendido como una medida prioritaria en la consecución de los objetivos de calidad asistencial.



2.-PROGRAMA DE ORGANIZACION

La asistencia al paciente en riesgo vital (antes Reanimación Cardiopulmonar) precisa una intervención sistematizada que ha probado su eficacia tanto en el medio extrahospitalario como en el hospitalario.

Existe uniformidad desde hace años en considerar la necesidad de organizar su administración para que este sea eficaz. Esta organización se justifica por la necesidad de aplicar una serie de actuaciones correctamente, establecer prioridades en situación de emergencia, disminuir el estrés para los profesionales y estandarizar su enseñanza.

La creación de un programa de Atención al paciente en situación crítica garantiza un mecanismo de provisión de soporte vital que no solo depende de las habilidades y conocimientos de los profesionales y que tiene como OBJETIVO básico reducir la mortalidad de esta grave situación clínica en los pacientes del hospital, mediante:

- 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.

Este sistema se ha de diseñar atendiendo a las actuaciones recomendadas y a su priorización, este conjunto de acciones ordenadas se conoce como cadena de supervivencia y consta de 4 eslabones:

- 1.Activación del sistema de emergencias. Identificación de la situación de Paro. La activación del sistema presupone el conocimiento del mismo.
- 2.Reanimación Cardiopulmonar (RCP) básica. Inicio inmediato de maniobras para mantener un flujo sanguíneo capaz de mantener la viabilidad de los principales órganos.
- 3.Desfibrilación precoz. Es la acción más eficaz para revertir FV/TV. El buen pronóstico de la desfibrilación precoz ha hecho que cada vez se facilite más su uso.
- 4.El soporte vital avanzado es el último eslabón y se basa en la necesidad de estabilizar primero y actuar sobre las causas que lo han desencadenado.

En un programa de respuesta a las emergencias cardiorrespiratorias, los principales aspectos son:



- a) Política, procedimiento, proceso o protocolos apropiados
- b) Equipamiento adecuado estratégicamente situado
- c) Personal entrenado y competente en RCP
- d) Recogida sistematizada de datos y análisis de información y programación de mejora continua.

La concepción de cadena de supervivencia corresponde a la parada extrahospitalaria, pero su base conceptual es igualmente aplicable en el hospital.

El hospital debe crear y mantener un plan de respuesta coordinada y multidisciplinaria para la atención de las emergencias cardiopulmonares.

Los SEIS componentes básicos del plan son:

- 1.-Detección de pacientes en riesgo de desarrollar una situación crítica (emergencia cardiopulmonar).
- 2.-Equipo humano: los profesionales sanitarios encargados de la RCP
- 3.-Sistema de comunicación que garantiza la activación inmediata del sistema,
- 4.- Material, necesario para llevar a cabo la reanimación
- 5.- Traslado del enfermo recuperado
- 6.- Recogida y análisis de los datos

2.1.Detección de pacientes en riesgo de desarrollar situación crítica (emergencia cardiopulmonar)

El tratamiento más eficaz de una situación crítica es su prevención. Para ello, es imprescindible identificar los enfermos que por su situación clínica están en riesgo de padecerla y decidir con antelación la actitud a tomar, distinguiendo entre enfermos terminales y pacientes en los que debe intentarse la reanimación. Esta responsabilidad corresponde al personal médico de la sala en donde se encuentre ingresado el paciente.

Se entiende por PACIENTE CRITICO, independientemente de la causa clínica subyacente, aquel que presenta:

- .-Parada cardiorrespiratoria
- .-Parada respiratoria
- .-Arritmia cardíaca grave
- .-Inestabilidad hemodinámica, respiratoria ó neurológica, del que se espera un empeoramiento inmediato

2.1.1.Pacientes que no deben reanimarse.

La decisión de no aplicar las maniobras de RCP en un enfermo, debe tomarla el médico responsable del mismo tras consulta o discusión con los otros miembros del



equipo, con el propio paciente o con la familia del mismo. Se consideran pacientes terminales aquellos cuya enfermedad es irreversible, ha producido alteraciones irreparables y la muerte parece inminente.

El personal de enfermería de la unidad debe estar informado de esta decisión y la situación del paciente debe figurar con suficiente claridad en sitio claro y específico de todas las historias clínicas; para ello deben escribirse las siglas **E.I.N.R.** (enfermedad irreversible, no reanimable), en la página de problemas de la historia clínica y en el dossier de enfermería, acompañadas de la firma del médico. La inclusión de un paciente en esta categoría no indica la supresión de otros tratamientos o cuidados de enfermería.

En cualquier caso se debe iniciar RCP ante el desconocimiento de la posibilidad de la situación de EINR.

2.1.2. Pacientes que deben reanimarse.

En todos los pacientes en situación crítica y que no entran en el apartado anterior deben iniciarse las maniobras de reanimación inmediatamente. Cuando se considere que un enfermo tiene un elevado riesgo de padecer una PCR debe comunicarse a su médico responsable o al médico de guardia de la especialidad a la cual se encuentra asignado el paciente. En estas circunstancias se recomienda:

- a) Realizar un traslado estratégico para situar al paciente en una habitación cercana al área de enfermería y en una cama adecuada si es posible (sin cabezal).
- b) Canalizar una vena, y si es posible un catéter central.
- c) Controles de enfermería más frecuentes.
- d) Comunicarlo al médico de guardia de la especialidad responsable del proceso del paciente.
- e) Control por parte del médico de guardia del servicio o el médico de guardia que asume el cuidado por la tarde y la noche.

2.2. Algoritmo de atención al paciente crítico

2.2.1. Reanimación inicial

- a). Detección del paciente en situación crítica y comprobación (HC o clínica) de paciente reanimable.
- b). Llamada por enfermería a
 - Equipo RCP
 - Médico Responsable del enfermo, de sala o de guardia de la especialidad
- c). La asistencia se realiza en el lugar donde se detecta la situación de paciente crítico: Urgencias, Quirófano o sala de Hospitalización, iniciándose la RCP por los profesionales más próximos.



- d). Ante una llamada al Equipo de RCP, los componentes del mismo acudirán lo más rápidamente posible al lugar de la urgencia.
- e). Se iniciará la RCP básica y/o desfibrilación (ver antes) por la enfermera y/o médico responsable (si lo hay); se monitorizará al paciente si es posible, mientras se espera la llegada del personal del equipo de RCP. Otra enfermera/auxiliar de enfermería de la sala llevará el carro de RCP que por su localización y disponibilidad corresponda (ver tabla de localizaciones y planos de salas); al punto donde se encuentra el paciente.
- f). El médico anestesiólogo (u otro del equipo de RCP si hubiera llegado) intubará y ventilará al paciente, si está indicado, asumiendo la coordinación del equipo de RCP. En caso de que no estuviera disponible, o al inicio de la RCP, el médico presente más experimentado tomará la responsabilidad e iniciativa del tratamiento inicial incluyendo la RCP básica y avanzada si procede.
- g). Una enfermera de la sala iniciará el masaje cardíaco. El Médico Responsable del enfermo, de sala o de guardia de la especialidad relevará, si es necesario, a la enfermera que realiza el masaje cardíaco.
- h). El médico responsable del enfermo, de sala o de guardia de la especialidad, de acuerdo con los antecedentes del enfermo, y la situación clínica previa al incidente colaborará en la decisión de continuar o interrumpir las maniobras.
- i). El médico anestesiólogo cuidará de la monitorización del paciente, el uso del desfibrilador y la administración de fármacos, en colaboración con el resto del equipo.
- j). La enfermera de la sala es la responsable del mantenimiento del carro de RCP, comprobando que esté preparado y en condiciones antes de su uso. Debe registrar todos los eventos relacionados con la reanimación realizada en la HOJA DE REGISTRO DE REALIZACION DE MANIOBRAS DE RCP, así como materiales y fármacos empleados, y profesionales implicados (ver hoja de registro, pags 20 y 21).

2.2.2. Estabilización

* Una vez estabilizada la situación clínica del paciente:

a).- *Paciente NO critico*

a.1. Permanece en la sala de hospitalización o se traslada a un área de hospitalización convencional.

a.2. Se registran todas las maniobras realizadas en la historia clínica, aportando TODOS los datos relevantes por el especialista responsable:

2.1. Situación del paciente que ha motivado la llamada



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

2.2. Maniobras realizadas

2.3. Situación clínica final

b).-Paciente CRITICO

Nota: Las funciones de gestión mensual de la coordinación de camas de cuidados críticos del CHGUV recaerán en el coordinador de cuidados críticos, de acuerdo a una normativa a desarrollar para esta función por parte del SARTD.

b.1. Llamada al coordinador de camas de cuidados críticos para valorar ubicación.

1.1. Periodo de 8-15 horas de Lu a Vi :

- Coordinador de CC del SARTD : **1º Llamada 446838 2ª Llamada 446876**

1.2. Periodo de 15 a 8 horas de Lu a Vi; Festivos y Fines de Semana:

- Coordinador de Camas de Cuidados Críticos del CHGUV.

- Se establecerá una rotación para esta función entre las diferentes Unidades de Cuidados Críticos de forma mensual.

- Días 1 a 10 (ambos inclusive) Unidad de Reanimación Cardíaca **446877**

- Días 11 a 20 (ambos inclusive): Unidad Coronaria **446878**

- Días 21 a 30/31(ambos inclusive): Unidad de Reanimación General **446876**

- Esta rotación se renovará en lo que respecta a los días del mes asignados de forma anual.

b.2. Existen recursos asistenciales en el CHGU:

2.1. Se traslada el enfermo a la ubicación asignada. El traslado debe hacerse con las máximas garantías para el enfermo, siempre acompañado por un miembro del equipo de RCP y monitorizado con un monitor estándar o desfibrilador (si precisa), aspirador eléctrico y monitor con ECG, SpO2 y capnógrafo.

2.2. Enfermería de la unidad de Hospitalización donde se encontraba el paciente comunica a la UDCA el cambio de asignación.

b.3. NO existen recursos asistenciales de cuidados Críticos en el CHGUV.

Se establece un tiempo máximo de 4 horas para conseguir la ubicación definitiva del paciente.

Mientras se realiza ésta, el traslado debe realizarse al área del CHGUV donde MEDIANTE UN ANALISIS INDIVIDUALIZADO, se considere que existe la tecnología y los recursos humanos más adecuados en el momento y de acuerdo a la situación general del hospital.

El único responsable de la indicación será el coordinador de camas cuidados críticos del CHGUV según la definición del punto b1, del apartado 3.2.2. Estabilización



En ambos casos se comunicará el traslado al Jefe de Día para su conocimiento, y, si es necesario, para disponer de los recursos médicos y de enfermería adecuados para el control del paciente.

El médico de Urgencias y/o el especialista correspondiente responsable del paciente requerirá, cuando lo considere necesario, el concurso de otros especialistas (anestesiólogo, cardiólogo, neumólogo, cirujano, etc).

b.3.1. Análisis interno de recursos de cuidados críticos:

b.3.1.1. Se estima factible conseguir recurso en un periodo de 4 horas. El enfermo permanece en el destino provisional hasta su traslado interno.

b.3.1.2. Se estima NO factible conseguir recurso de cuidados críticos en 4 horas, se comunica al personal administrativo de Urgencias la solicitud de gestión de traslado externo a otro centro, búsqueda de recurso, y localización de SAMU medicalizado para traslado.

El médico responsable (o médicos responsables) permanecerán pendientes de cualquier solicitud de información que se requiera por parte del médico destinatario o del coordinador de SAMU, al que trasladarán los detalles médico-técnicos demandados.

El Jefe de Día será informado del traslado externo obteniendo su aprobación si así lo requiriera.

4. Informe de Traslado del Enfermo

Debe redactarlo el médico adjunto de la especialidad presente en el hospital o el facultativo localizado en su caso, e incluirá las anotaciones o informes pertinentes de los médicos especialistas cuya colaboración haya sido requerida o hayan participado en los cuidados del paciente.

El traslado debe incluir OBLIGATORIAMENTE:

1. Hospital, datos de contacto, teléfono, dirección
2. Ubicación del paciente, y servicio responsable asistencialmente
3. Nombre del paciente y datos de contacto de la familia
4. Fecha
5. Nombre de los médicos responsables.
6. Horario de asistencia
7. Antecedentes personales incluida la procedencia del paciente, anamnesis, resumen de la asistencia realizada, juicio diagnóstico, terapéutica planteada, listado de problemas planteados activos y resueltos.
8. Listado de actos terapéuticos realizados, documentación enviada, listado de medicación administrada, constantes vitales y tiempos de registros.



2.3. Equipo Humano

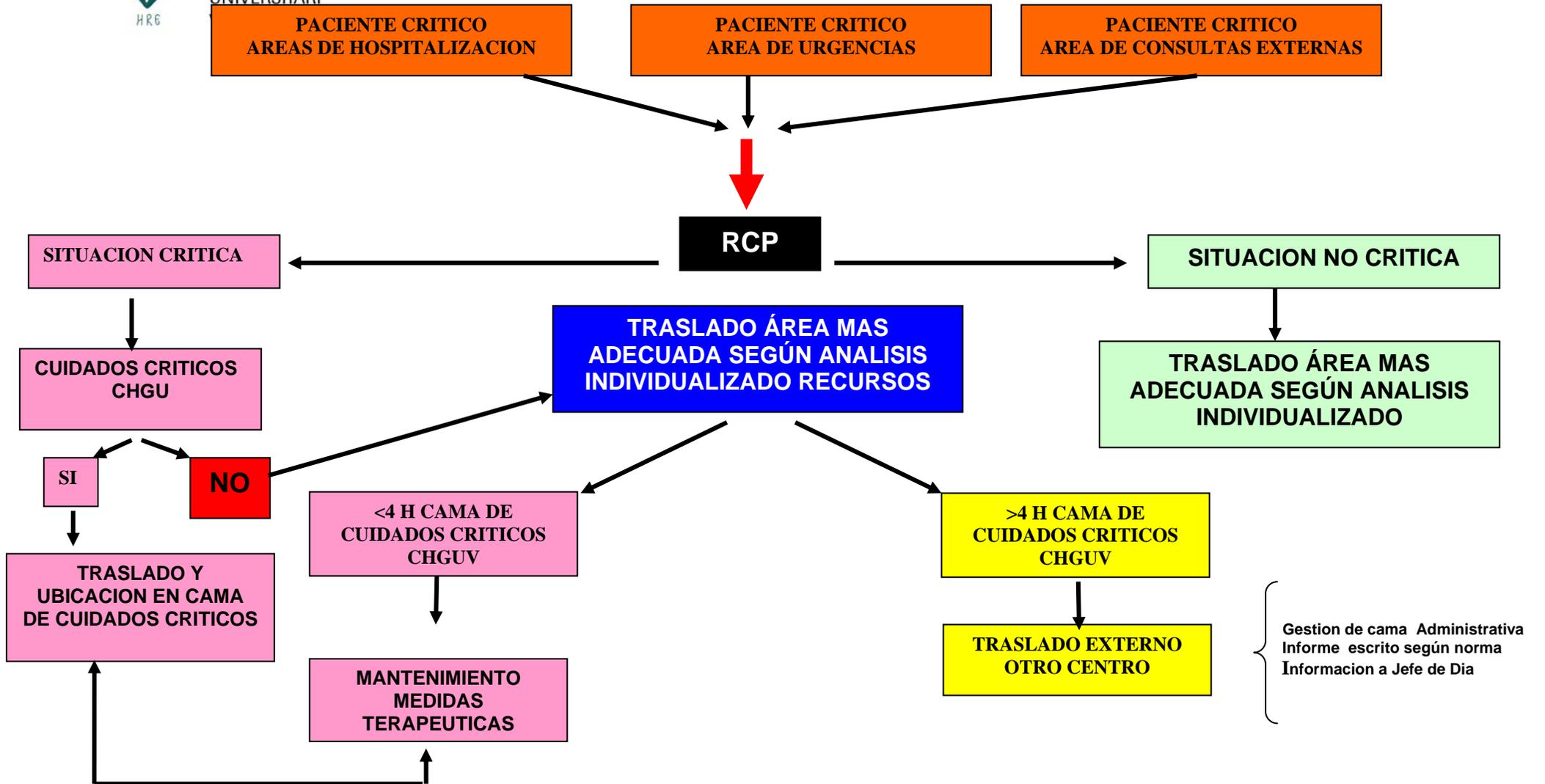
Es el conjunto de profesionales sanitarios encargados de atender las situaciones de emergencia cardiopulmonar.

El personal del área donde se produce la emergencia iniciará la reanimación (ver punto 3.2.1) y, una vez llegado el equipo de RCP auxiliará en lo posible y asesorará sobre datos previos, comorbilidad, existencia de órdenes de no RCP, etc. En las maniobras de RCP siempre debe existir un facultativo responsable que dirija y coordine toda la actuación.

Desde ese momento, el equipo de RCP estará compuesto –inicialmente, además del personal de enfermería- por:

- * Un médico especialista en anestesiología y reanimación
- * Uno de los médicos responsables del área donde se genere el evento

La ampliación posterior con otros médicos se hará según la enfermedad o sospecha diagnóstica o situación concreta.





2.4.Sistema de comunicación

La centralita de teléfonos comprobará todas las mañanas el funcionamiento del sistema de localización. Los miembros del equipo de paro deben comunicar inmediatamente cualquier anomalía en su funcionamiento a la Centralita.

Para lograr una respuesta eficaz es imprescindible un adecuado sistema de comunicaciones que permita:

- 1.- La activación del sistema de comunicaciones tras el paro cardiorrespiratorio (PCR) mediante un ÚNICO NÚMERO que genere una llamada conjunta al equipo de RCP, mediante un código común claramente identificable como parada cardíaca en planta de hospitalización.
- 2.-Tras la llamada, cada miembro del equipo responsable de la RCP confirmará en la misma llamada que ha recibido el aviso y que acude al lugar de la emergencia.
- 3.- El número de teléfono del área donde se ha producido la emergencia queda grabado en el sistema y a la hora en que se ha producido la llamada.

2.5.Revisión/Mantenimiento del Carro de RCP

El contenido del carro, ya sea material fungible o inventariable, medicación, fluidos, etc., debe estar sistematizado, de modo que su disposición y ubicación en las bandejas o cajones sea similar en todos los carros. Los contenidos del carro deben reservarse única y exclusivamente para su utilización en circunstancias recomendadas por el 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.

Es fundamental que todo el personal sanitario sepa dónde está situado el carro de RCP y desfibrilador más cercanos, así como la distribución y funcionamiento del material de que consta.

2.5.1.Mantenimiento del Carro de RCP

a.-Diariamente la supervisora o enfermeras de las unidades donde estén ubicados los carros, deberán:

- Comprobar que el desfibrilador esté conectado a la red eléctrica y que el indicador luminoso esté encendido.



- Comprobar que exista suficiente papel de registro ECG, electrodos y almohadillas para desfibrilación.
- Comprobar que los cajones del carro se hallen precintados.

b.-La Unidad donde se haya usado el carro para una RCP, será la responsable de:

-Una vez finalizada una RCP el personal de la planta designado por la supervisora responsable de ésta realizará las tareas de mantenimiento del carro (limpieza del propio carro, aspirador y pala de laringoscopia y reposición de material) que quedarán registradas en la HOJA DE REGISTRO DE OPERACIONES DE MANTENIMIENTO DEL CARRO DE RCP, que se cumplimentará con fecha y firma cada vez que se revise.

Es recomendable que la revisión se realice por un enfermero asignado de forma rotatoria para que todo el personal de la unidad esté familiarizado con él.

-Una vez finalizada la tarea de mantenimiento, la supervisora de la unidad será responsable de su revisión.

2.5.2.Mantenimiento del desfibrilador

Como en el caso de los carros de RCP, en el Programa para la atención al paciente crítico y la organización de la reanimación cardiopulmonar intrahospitalaria debe figurar claramente el protocolo de prueba de funcionamiento y mantenimiento de los desfibriladores de acuerdo a sus especificidades técnicas; así mismo debe recoger el personal en quien recae la responsabilidad de las tareas, que son de dos tipos:

Mantenimiento después de cada utilización

El desfibrilador deberá ser limpiado por el personal de enfermería de la unidad donde se ha utilizado.

Para la limpieza del desfibrilador después de su uso, se deberá tener en cuenta:

- que esté desenchufado de la red eléctrica.
- que no entre líquido en la caja.
- no usar limpiadores abrasivos como estropajos, polvos o disolventes fuertes.
- limpiar la pantalla del monitor con mucho cuidado ya que puede rayarse con facilidad.
- lavar las palas -previamente desmontadas de los cables-, con agua y detergente.
- desinfectarlas con alcohol de 70% y dejarlas bien secas posteriormente, antes de montarlas nuevamente.



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

2.6. Recogida y análisis de los datos

Dos motivos justifican la recogida sistemática de datos, el primero que se trata de un episodio clínico importante, el segundo la necesidad de evaluar el plan de Atención al paciente crítico y RCP intrahospitalaria para su mejora.

La cumplimentación de la hoja será responsabilidad del médico y enfermería que atienda la situación crítica, debiendo ser remitida a la finalización de la asistencia, a la Secretaría de la comisión de RCP para su análisis y registro. Se considera a la Secretaría del Servicio de Anestesiología y Reanimación encargada de recoger dicha información, trasladándola después a la Secretaría de esta Comisión.



HOJA DE REGISTRO DE REALIZACION DE MANIOBRAS DE RCP.

(Anverso)

DATOS IDENTIFICACIÓN PACIENTE (ETIQUETA)

FECHA

PROFESIONALES:

<p>Suceso presenciado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Suceso monitorizado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Localización: <input type="checkbox"/> Reanimación-UCI-Críticos <input type="checkbox"/> Reanimación C. cardíaca <input type="checkbox"/> Quirófano _____ <input type="checkbox"/> Urgencias <input type="checkbox"/> Unidad hospitalización _____ <input type="checkbox"/> Unidad coronaria <input type="checkbox"/> Consultas externas _____ <input type="checkbox"/> Otras localizaciones _____</p> <p>Intervenciones antes de la PCR: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Fármacos iv <input type="checkbox"/> Intubación <input type="checkbox"/> Catéter arterial <input type="checkbox"/> Acceso iv central <input type="checkbox"/> Acceso iv periférico <input type="checkbox"/> Monitorización ECG <input type="checkbox"/> Ventilación mecánica <input type="checkbox"/> Desfibrilación-cardioversión</p> <p>Tiempos (hh:mm): Comienzo del suceso _____:_____ Confirmación PCR _____:_____ Comienzo RCP _____:_____ Llamada equipo RCP _____:_____ Llegada equipo RCP _____:_____ Vía aérea establecida _____:_____ 1ª adrenalina _____:_____ Terminación RCP _____:_____ Causa inmediata: <input type="checkbox"/> Arritmia letal <input type="checkbox"/> IAM-cardiopatía isquémica <input type="checkbox"/> Depresión respiratoria <input type="checkbox"/> Hipotensión <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Desconocida <input type="checkbox"/> Otras _____</p>	<p>Intento de RCP: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No : <input type="checkbox"/> Encontrado muerto <input type="checkbox"/> No indicada RCP <input type="checkbox"/> Orden de no reanimar</p> <p>Condición inicial: Conciencia si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Respiración si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Pulso central si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Ritmo inicial: <input type="checkbox"/> FV <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Asistolia <input type="checkbox"/> DEM <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Ritmo eficaz <input type="checkbox"/> Otras arritmias mal toleradas _____</p> <p>Motivo de terminación RCP: <input type="checkbox"/> Retorno circulación espontánea <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Orden de no RCP <input type="checkbox"/> No indicado</p> <p>Circulación espontánea: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Restablecida. Tiempo _____ <input type="checkbox"/> Restablecida no sostenida <input type="checkbox"/> > 20 min <input type="checkbox"/> < 20 min <input type="checkbox"/> < 24 h <input type="checkbox"/> > 24 h</p> <p>Destino: <input type="checkbox"/> Unidad hospitalización (sala) <input type="checkbox"/> Box-1 <input type="checkbox"/> U. críticos general <input type="checkbox"/> U. críticos C. cardíaca <input type="checkbox"/> U. coronaria <input type="checkbox"/> Extrahospitalaria _____ <input type="checkbox"/> Otros _____</p>
--	---



ANEXO1: LOCALIZACION DE LOS CARROS DE REANIMACION CARDIOPULMONAR

Debe existir un registro actualizado de la situación de los carros de RCP a nivel hospitalario, siendo la ubicación actual la siguiente:

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



ANEXO 2: LOCALIZACION DE DESFIBRILADORES PARA REANIMACION CARDIOPULMONAR

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



	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	Philips Heart Start XLT Marcapasos ext.	27028	
	Observacion	URGENCIAS	Nikon-Hoden 5531K Marcapasos ext.	27041	
	Quirofano	URGENCIAS	Cardiolife Nikon-Hoden	27019	



PABELLON	AREA	SERVICIO	MODELO	Nº BIOINGENIERIA	Nº INVENTARIO HGU
B	D-3-1	NEUMOLOGIA	HP-Codemaster	27176	
	D-3-2	QUIROFANO COT	Drager Cardiolife 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
C	PISO 3	QUIROFANO ASEPTICO	HP-Codemaster	27026	
	PISO 1	QUIROFANO ESPECIALIDADES . Pasillo posterior	HP-Codemaster	27030	



ANEXO 3: DOTACIÓN DE CARRO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

LISTA DE MATERIAL

1.- Monitor desfibrilador.

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

2.- Material para apertura de vía aérea y ventilación.

- 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 eléctrico

- 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 gasas estériles.



MEDICACIÓN

FÁRMACOS CARRO DE PARADA SALAS DE HOSPITALIZACIÓN (número unidades).

- Actocortina-hidro cortisona (2)
- Adrenalina (5)
- Agua destilada (5)
- Aleudrina-isoproterenol (2)
- Amiodarona-Trangorex (6 amp)
- Anectine-succinilcolina (2)*
- Anexate-flumazenil (4)
- Atropina (5)
- Cloruro cálcico (2)
- Diazepam-Valium (5 amp de 5 mgr)
- Dobutrex-dobutamina (2)
- Dopamina (2)
- Efedrina (2)
- Elgadil-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)

*Conservación en nevera



ANEXO4: HOJA DE REGISTRO DE OPERACIONES DE MANTENIMIENTO DEL CARRO DE RCP

FECHA		NOMBRE	OBSERVACIONES	FIRMA
	<input type="checkbox"/> Reposición <input type="checkbox"/> Caducidades <input type="checkbox"/> Desfibrilador			
	<input type="checkbox"/> Reposición <input type="checkbox"/> Caducidades <input type="checkbox"/> Desfibrilador			
	<input type="checkbox"/> Reposición <input type="checkbox"/> Caducidades <input type="checkbox"/> Desfibrilador			
	<input type="checkbox"/> Reposición <input type="checkbox"/> Caducidades <input type="checkbox"/> Desfibrilador			
	<input type="checkbox"/> Reposición <input type="checkbox"/> Caducidades <input type="checkbox"/> Desfibrilador			
	<input type="checkbox"/> Reposición <input type="checkbox"/> Caducidades <input type="checkbox"/> Desfibrilador			
	<input type="checkbox"/> Reposición <input type="checkbox"/> Caducidades <input type="checkbox"/> Desfibrilador			
	<input type="checkbox"/> Reposición <input type="checkbox"/> Caducidades <input type="checkbox"/> Desfibrilador			
	<input type="checkbox"/> Reposición <input type="checkbox"/> Caducidades <input type="checkbox"/> Desfibrilador			
	<input type="checkbox"/> Reposición <input type="checkbox"/> Caducidades <input type="checkbox"/> Desfibrilador			
	<input type="checkbox"/> Reposición <input type="checkbox"/> Caducidades <input type="checkbox"/> Desfibrilador			
	<input type="checkbox"/> Reposición <input type="checkbox"/> Caducidades <input type="checkbox"/> Desfibrilador			
	<input type="checkbox"/> Reposición <input type="checkbox"/> Caducidades <input type="checkbox"/> Desfibrilador			
	<input type="checkbox"/> Reposición <input type="checkbox"/> Caducidades <input type="checkbox"/> Desfibrilador			
	<input type="checkbox"/> Reposición <input type="checkbox"/> Caducidades <input type="checkbox"/> Desfibrilador			
	<input type="checkbox"/> Reposición <input type="checkbox"/> Caducidades <input type="checkbox"/> Desfibrilador			
	<input type="checkbox"/> Reposición <input type="checkbox"/> Caducidades <input type="checkbox"/> Desfibrilador			
	<input type="checkbox"/> Reposición <input type="checkbox"/> Caducidades <input type="checkbox"/> Desfibrilador			
	<input type="checkbox"/> Reposición <input type="checkbox"/> Caducidades <input type="checkbox"/> Desfibrilador			
	<input type="checkbox"/> Reposición <input type="checkbox"/> Caducidades <input type="checkbox"/> Desfibrilador			