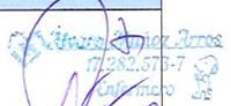


 <div>CESFAM DR. RAÚL MOYA Y POSTAS RURALES</div>	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	1 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA Y AVANZADA CESFAM DR. RAUL MOYA MUÑOZ Y POSTAS DE SALUD RURAL

	Nombre	Profesión/Cargo	Firma
Elaborado por:	Álvaro Arros Muñoz	Enfermero, Encargado IAAS – Encargado SUR (s), CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural.	 
	Margarita Pezoa Urbina	Enfermera, Encargada Calidad CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural.	
Revisado por:	María Paz Gómez M.	Químico Farmacéutico, Encargada Botiquín CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural.	 
	María Belén Pino Núñez	Enfermera, Asesora Calidad y Seguridad Comunal, Encargada Relación Asistencial Docente (RAD) Comunal	
Aprobado por: Fecha: 07 ABR 2025	Nicolás Retamales Carrillo	Médico Cirujano y Familiar, Director CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural.	 

 <div>CESFAM DR. RAÚL MOYA Y POSTAS RURALES</div>	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	2 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

I. TABLA DE CAMBIOS

Versión	Descripción de la Revisión	Elaboró	Revisó	Aprobó
1	Creación del Documento comunal	Mabel Riveros K Cristóbal Sandoval	Mabel Riveros K	Patricio Román
2	Cambio de carácter comunal a Institucional. Se agrega cadena de supervivencia diferenciada en paciente adulto pediátrico, se ordena el procedimiento en adulto, pediátrico/neonatal. Cambio en stock de medicamentos, se actualiza según última normativa.	Álvaro Muñoz A Margarita Pezoa U	Mª Paz Gómez M Mª Belén Pino N	Nicolás Retamales C

	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	3 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

II. ÍNDICE

I.	TABLA DE CAMBIOS	2
II.	ÍNDICE	3
III.	INTRODUCCIÓN	4
IV.	OBJETIVO GENERAL	4
V.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
VI.	ALCANCE	5
VII.	RESPONSABLES	5
VIII.	DEFINICIONES	6
IX.	MATERIAL Y EQUIPOS	8
X.	DESARROLLO	8
XI.	DISTRIBUCIÓN	31
XII.	ANEXOS	32
XIII.	DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA	51

 <div>CESFAM DR. RAÚL MOYA Y POSTAS RURALES</div>	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	4 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

III. INTRODUCCIÓN

El Paro Cardiorrespiratorio (PCR) constituye una situación de extrema gravedad que implica un riesgo vital inminente para la persona afectada y puede generar secuelas neurológicas irreversibles si no se actúa oportunamente.

Este evento representa una urgencia crítica en los servicios de salud, generando altos niveles de estrés y exigencia para el equipo que interviene. Por ello, resulta fundamental contar con un protocolo de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) que, mediante la aplicación de algoritmos estandarizados, facilite una respuesta rápida, coordinada y eficiente orientada al restablecimiento de la circulación espontánea del paciente.

El CESFAM Dr. Raúl Moya y sus dispositivos dependientes brindan atención integral a una población diversa que incluye pacientes neonatales, pediátricos y adultos. En este contexto, la estandarización de los procedimientos de reanimación cardiopulmonar (RCP) según la evidencia científica actual y las guías internacionales vigentes (AHA/ILCOR) es esencial para optimizar los resultados clínicos y garantizar una respuesta rápida y coordinada ante emergencias vitales.

La unificación de criterios y la capacitación basada en las guías AHA–ILCOR son la base para una atención segura y de calidad, permitiendo que tanto el personal clínico como técnico del CESFAM respondan eficazmente ante una urgencia vital, ya sea en un recién nacido, un niño o un adulto.

IV. OBJETIVO GENERAL

Asegurar una atención estandarizada y oportuna frente a un evento de paro cardiorrespiratorio (PCR) ocurrido en dependencias del CESFAM Dr. Raúl Moya, Servicio de Urgencia Rural (SUR) y Postas de Salud Rural (PSR).

 <div>CESFAM DR. RAÚL MOYA Y POSTAS RURALES</div>	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	5 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

V. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Estandarizar la realización de una reanimación cardiopulmonar básica y avanzada tanto en una persona adulta, pediátrica y/o neonatal.
2. Definir las funciones de los integrantes del equipo de salud para afrontar un PCR.
3. Definir insumos, equipamiento y medicamentos del carro de paro.

VI. ALCANCE

El presente protocolo será aplicado en toda persona (adulta, pediátrica y neonatal) que sufra una emergencia vital que sea identificada como paro cardiorrespiratorio y que se encuentre en dependencias del CESFAM Dr. Raúl Moya, PSR y SUR.

Será conocido y aplicado, según nivel de competencias, por el equipo de salud del CESFAM Dr. Raúl Moya, PSR y SUR, en particular profesionales y técnicos que se desempeñan en box de reanimación/tratamiento, SUR, Sala IRA, Sala ERA y Unidad de rehabilitación.

VII. RESPONSABLES

Dirección de CESFAM: Conocimiento y distribución de este protocolo, velar por su cumplimiento.

Encargado de calidad CESFAM: Gestión documental del procedimiento, difundir documento y supervisar la correcta ejecución de este protocolo.

Enfermera Transversal: Conocer, difundir y supervisar con sus equipos la correcta ejecución del protocolo.

Encargado de SUR: Conocer, manejar y actualizar protocolo según sea necesario, además de difundir con equipo a cargo.

	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	6 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

Enfermeras/os CESFAM, PSR, SUR: Conocimiento, manejo y ejecución de este protocolo.

Médicos de CESFAM, PSR, SUR: Conocimiento, manejo y ejecución de este protocolo.

TENS del CESFAM, PSR, SUR: Conocimiento, manejo y ejecución de este protocolo.

Químico farmacéutico CESFAM: Conocimiento del protocolo y distribución de medicamentos e insumos para la correcta ejecución de este protocolo.

Kinesiólogos: Conocimiento, manejo y ejecución de este protocolo.

Jefes de Sector: Conocer y manejar protocolo, identificar necesidades de capacitación de sus equipos a cargo respecto a actualización de curso de RCP. Difundir con equipos a cargo y enviar conformación de los equipos de reanimación de cada sector de manera periódica.

VIII. DEFINICIONES

Código azul: corresponde a la activación del procedimiento de actuación local frente a emergencias médicas con riesgo vital, que presente una persona que se encuentre en dependencias del CESFAM y PSR.

Cadena de supervivencia: secuencia de actuaciones encaminadas a disminuir la mortalidad en situaciones de compromiso vital establecidas por la AHA (American Heart Association) para el desarrollo general de la atención de una persona en paro cardio-respiratorio (PCR).

Carro de paro: unidad móvil y compacta, que asegura, garantiza e integra los equipos, medicamentos e insumos necesarios para atender en forma inmediata una emergencia o urgencia que amenace inminentemente la continuidad y conservación de la vida.

 CESFAM DR. RAÚL MOYA Y POSTAS RURALES	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	7 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

Electrocardiograma (ECG): representación gráfica de la actividad eléctrica del corazón en función del tiempo, que se obtiene, desde la superficie corporal torácica, con un electrocardiógrafo en forma de cinta continua.

Paro cardiorrespiratorio (PCR): cese de la actividad mecánica cardíaca. Se define por la ausencia de conciencia y pulso, con respiración jadeante o simplemente no respira.

Precintar el carro de paro: una vez realizado el proceso de revisión, se coloca sello con fecha en sitio del carro que garantice que no ha sido abierto y realizado cambios desde esa última revisión.

Reanimación cardiopulmonar básica (RCPB): es el conjunto de maniobras dirigidas a restablecer o sustituir transitoriamente las funciones respiratorias y circulatorias del individuo con el objeto de mantener la vida. Se caracteriza porque no necesita de instrumental médico y debe ser iniciada en el lugar donde acontece la emergencia.

Reanimación cardiopulmonar avanzada (RCPA): es el conjunto de maniobras de reanimación invasivas cuando se dispone de equipamiento médico y personal entrenado para optimizar la reanimación cardiopulmonar. Incluye ventilación con ambú, manejo avanzado de la vía aérea con tubo orotraqueal y/o máscara laríngea, uso de fármacos etc.

RCP en Neonato: o recién nacido, comprende desde el nacimiento hasta los 28 días de vida. En el neonato y lactante menor de 1 mes, el paro cardíaco casi siempre tiene origen respiratorio o por asfixia, no primariamente cardíaco.

RCP Pediátrico: desde los 29 días hasta inicio de pubertad, en esta categoría se encuentran los lactantes (29 días a 1 año) y niños desde el año a inicio de la pubertad (10 - 12 años aproximadamente). No se usa estrictamente la edad cronológica, sino el desarrollo físico. En esta población la causa más común de paro es la falla respiratoria o asfixia.

RCP Adulto: desde el inicio de la pubertad (signos sexuales secundarios) en adelante. Dentro de las causas principales de paro, se considera la fibrilación ventricular y la cardiopatía isquémica.

 <div>CESFAM DR. RAÚL MOYA Y POSTAS RURALES</div>	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	8 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

Desfibrilación: descarga eléctrica brusca o asincrónica de alto voltaje que causa una despolarización simultánea y momentánea de la mayoría de células cardíacas, permitiendo al nodo sinusal auricular asumir de nuevo la actividad normal como marcapasos cardíaco (recuperar el ritmo sinusal).

Desfibrilador automático externo (DEA): dispositivo médico portátil diseñado para salvar vidas en situaciones de emergencia cardíaca. Su función principal es administrar una descarga eléctrica controlada a través de los electrodos colocados en el pecho de un paciente que ha experimentado un paro cardíaco repentino. Tiene la ventaja que puede ser usado por personas no entrenadas en reanimación.

UEH: Unidad de Emergencia Hospitalaria.

IX. MATERIAL Y EQUIPOS

- Sala de Reanimación con red de oxígeno u oxígeno portátil.
- Carro de paro según lo estipulado en este documento.
- DEA.
- Desfibrilador manual.
- Pizarra para registro de episodios de reanimación.
- Computador con conexión a internet para registro de la atención y generación de recetas de fármacos usados.

X. DESARROLLO

PROCEDIMIENTO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP):

El procedimiento básico en la reanimación cardiopulmonar es conocer y facilitar el desarrollo de la “**Cadena de Supervivencia**” (Figura 1 y 2), la cual consta de las siguientes etapas:

	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	9 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

1. Reconocimiento inmediato del PCR y activación del sistema de respuesta de emergencias.
2. RCP precoz con énfasis en las compresiones torácicas.
3. Desfibrilación precoz.
4. Soporte vital avanzado efectivo.
5. Cuidados integrados post paro cardíaco.
6. Recuperación

▪ **Cadena supervivencia adulto (figura 1):**



▪ **Cadena de supervivencia pediatría y neonatal (figura 2):**



En la cadena de supervivencia neonatal postnatal (fuera de período de transición postparto), se considera en RCP de alta calidad, el manejo principal de la ventilación, en consideración que la mayor causa de paro en esta población es la falla respiratoria o asfixia, lo cual se tratará más adelante.

 <div>CESFAM DR. RAÚL MOYA Y POSTAS RURALES</div>	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	10 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

1. Reconocimiento inmediato del PCR y activación del sistema de respuesta de emergencias

- El paro cardiorrespiratorio (PCR) se considera una emergencia médica con riesgo vital, por lo cual se debe proceder según protocolo local AOC 1.1 de Sistema de Alerta y organización frente a una emergencia vital, Código Azul.
- La importancia de reducir el tiempo de PCR es vital, por eso el primer eslabón de la Cadena de Supervivencia es activar el sistema de emergencia local para asegurar la pronta llegada del equipo de emergencia.
- Una vez sea activado el sistema de alerta local, el equipo de emergencia acudirá al sitio del suceso para realizar la valoración primaria de la persona afectada.
- Al confirmarse signos clínicos de PCR, la persona afectada debe recibir la atención en el lugar del suceso, o bien, ser trasladada a Box de reanimación según evaluación primaria.
- La persona que presencia el evento o la primera en encontrar al paciente comprometido es la encargada de identificar si el sujeto se encuentra en una emergencia vital de acuerdo a lo definido en protocolo de código azul.
- El reconocimiento de un usuario en PCR, se basará en:
 - Evaluar la respuesta del usuario: verificar si responde a estímulos verbales o dolorosos. La falta completa de respuesta indica que está inconsciente.
 - Evaluar la ventilación. Si hay ausencia de movimientos (apnea) o los movimientos son anormales, de tipo agónico, se debe asumir que el usuario está en paro o éste es inminente.
 - Verificar ausencia de pulso carotideo (no más de 10 segundos).

2. RCP precoz con énfasis en compresiones torácicas (RCP de alta calidad):

- El funcionario que presencia la situación de riesgo vital, debe iniciar las maniobras si se encuentra capacitado, partiendo con las compresiones torácicas mientras llega el equipo de emergencia.

 <div>CESFAM DR. RAÚL MOYA Y POSTAS RURALES</div>	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	11 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA (RCPB) EN PACIENTE ADULTO

Corresponden a las medidas básicas para preservar la vida, que incluye **compresiones torácicas precoces y de calidad, mantención de la vía aérea, ventilación y desfibrilación precoz y uso de desfibrilador externo automático (DEA):**

- La RCP debe ser iniciada precozmente en el mismo lugar de su identificación y posicionando al paciente en decúbito dorsal sobre una superficie dura.
- Se debe **privilegiar la circulación** por sobre la vía aérea segura, con la secuencia C – A – B (circulación – vía aérea – ventilación):
 - **C** = Compresiones torácicas
 - **A** = Vía aérea permeable
 - **B** = Respiración boca a boca sólo cuando sea seguro, utilizando algún tipo de interfase.

a) **Circulación (C): Iniciar compresiones torácicas.**

- Para realizar compresiones torácicas de calidad, el reanimador y la persona afectada deben estar en una posición óptima. Si no se puede usar una tabla, el paciente debe colocarse en el piso.
- Para lograr una buena y adecuada técnica de compresiones se deben cumplir las siguientes características (figura 3):
 - La frecuencia de las compresiones es fundamental, por lo que ésta debe fluctuar entre 100 – 120 compresiones por minuto, para simular un gasto cardiaco de entre 100 – 120 latidos por minuto.
 - La compresión torácica se debe realizar en una superficie plana.
 - En la región medio esternal se ubica el talón de la mano, se entrelazan los dedos y con los brazos extendidos se aplica todo el peso del cuerpo, haciendo una presión perpendicular al esternón, hasta conseguir deprimirlo 5 a 6 centímetros.
 - Se debe favorecer la re-expansión completa del tórax.

 <div>CESFAM DR. RAÚL MOYA Y POSTAS RURALES</div>	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	12 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

- Reducir al máximo el tiempo de interrupciones entre ciclos (máximo 10 segundos)



Figura 3

- Realizar compresiones torácicas durante dos (2) minutos y re-evaluación durante 10 segundos, enfocándose puntualmente en pulso carotídeo y patrón respiratorio.
- Las compresiones torácicas se deberán mantener hasta que llegue el DEA y éste sea aplicado en la pared torácica del paciente, listo para ser analizado el ritmo y la posterior descarga en caso de corresponder la descarga.
- Se recomienda el relevo del reanimador que realiza las compresiones cada 2 minutos aproximadamente para evitar la fatiga y el deterioro de la calidad de las compresiones torácicas.
- Si es necesario, el personal que esté aplicando las compresiones torácicas podrá ser relevado antes de cumplir el periodo previamente sugerido.

b) Vía aérea (A): Abrir y permeabilizar vía aérea.

- Realizar de la siguiente forma:
 - Extender la cabeza, elevar el mentón y traccionar la mandíbula.
 - Revisar cavidad oral, retirar prótesis y/o cuerpos extraños presentes.

 <div>CESFAM DR. RAÚL MOYA Y POSTAS RURALES</div>	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	13 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

Posición de olfateo:

- Lo que primero se debe realizar es la apertura de la vía aérea, lo cual se logra levantando el mentón para permitir sacar la lengua de las vías respiratorias, mientras se inclina la frente hacia atrás logrando un alineamiento de la vía aérea.

Tracción mandibular:

- La maniobra de tracción mandibular debe considerarse en los pacientes que han sufrido o se sospecha una lesión cervical. De esta manera se evitan lesiones de compromiso medular secundarias al trauma cervical a causa de la movilización de este segmento.

c) Ventilación (B): Iniciar apoyo ventilatorio.

- Se realiza una vez despejada y correctamente posicionada la vía aérea.
- Realizar 2 ventilaciones cada 30 compresiones. Si no se cuenta con un dispositivo de protección para poder realizar las ventilaciones, priorizar las compresiones.
- Cada ventilación debe durar como máximo 1 segundo, procurando observar elevación del tórax al ventilar, sin sobreventilar.

d) Desfibrilación precoz y uso de DEA.

- La mayor sobrevida de estos pacientes ocurre cuando son desfibrilados precozmente, dentro de los 3 a 5 minutos de ocurrido el colapso.
- Se recomienda mantener compresiones torácicas hasta la llegada del DEA.
- La instalación de DEA, indicará instrucciones a seguir acorde a la lectura del ritmo.
- Dependiendo de las características del paciente y el entorno, el profesional médico del equipo de atención determinará si las acciones serán realizadas in situ o si será trasladada a box de reanimación, donde se debe tomar como

 <div>CESFAM DR. RAÚL MOYA Y POSTAS RURALES</div>	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	14 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

medida inicial la monitorización para identificar ritmo, para así proceder según algoritmo de RCP de guías AHA (RCP avanzada)

- Cabe recordar la importancia de que mientras se procede a monitorizar el paciente no se debe detener, o detener en lo mínimo, las compresiones torácicas.

Uso del DEA:

- o El DEA deberá ser aplicado con sus parches en la pared torácica desnuda del paciente según las instrucciones de este, mientras se están realizando las compresiones.
- o Presenta 2 parches: uno va ubicado en la pared torácica derecha del paciente y otro que va ubicado hacia el ápice del corazón.
- o Es importante destacar que estos parches deben ser aplicados como corresponde según las instrucciones del DEA, dado que la descarga del dispositivo se orientará desde el parche torácico hacia el parche apical.
- o Una vez instalados los parches, se deberá realizar la descarga lo más precozmente posible si es que está indicado por el dispositivo.
- o En el momento de realizar el análisis del ritmo y la descarga, no se deberá tener contacto con el paciente.
- o Luego de realizar desfibrilación, se debe continuar con las maniobras de RCP hasta completar 5 ciclos de 30:2 ó 2 minutos de maniobras, reevaluando pulso y ritmo cardiaco al culminar. Se debe continuar hasta comprobar respuesta de la persona afectada o llegada de equipo de asistencia avanzada.

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA (RCPA) EN PACIENTE ADULTO

El soporte vital avanzado es el cuarto eslabón de la cadena de supervivencia. De esta manera, posterior a las acciones de soporte vital básico, se inician las maniobras de mayor complejidad, las cuales pueden ser complementarias o simultáneas a las básicas, dependiendo de cada caso y situación clínica.

 <div>CESFAM DR. RAÚL MOYA Y POSTAS RURALES</div>	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	15 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

- Una vez al paciente se le ha iniciado RCP básica, se debe tomar como medida inicial la monitorización para identificar ritmo, para así proceder a seguir la pauta de guías AHA.
- Cabe recordar la importancia de que mientras se procede a monitorizar el paciente no se debe detener, o detener al mínimo las compresiones torácicas.
- Propio de un evento de emergencia es fundamental mantener en todo momento la calma por parte del equipo de reanimación, equipo en el cual se deben definir roles claros para establecer las tareas precisas.
- Cada integrante del equipo debe conocer con exactitud su rol y actuar con conocimiento y prontitud ante un PCR (anexo 1):

❖ **Organización del equipo de emergencia ante PCR:**

La organización de los equipos de reanimación y sus integrantes se conformarán de acuerdo a la realidad de cada dispositivo de salud, en cuanto a recurso humano disponible para dar cumplimiento a los roles principales en la reanimación cardiopulmonar. De acuerdo a lo anterior, es importante mencionar, que dentro de los pasos a seguir frente a la identificación de un evento de PCR, se activará el aviso al nivel de mayor complejidad para derivación oportuna del usuario y continuar con la atención de emergencia.

El equipo de reanimación en el CESFAM estará conformado de la siguiente manera:

Profesional 1 (MÉDICO):

- Líder del equipo.
- Indicación de fármacos
- Indicación de desfibrilación
- Evalúa ritmos cardiacos
- Coordina traslado a nivel secundario.

Profesional 2: (MÉDICO):

- Vía aérea (intubación)
- Apoyo compresiones cardiacas

 <div>CESFAM DR. RAÚL MOYA Y POSTAS RURALES</div>	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	16 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

Profesional 3 (ENFERMERO/A):

- Manejo de carro de paro
- Instalar monitor hemodinámico
- Toma Electrocardiograma
- Desfibrila si médico así lo indica.
- Aspiración de secreciones, manejo de bolsa de ventilación manual (Ambú) a presión positiva alternándose con TENS 2.
- Compresión torácica alternándose con TENS 1

Profesional 4 (ENFERMERO/A):

- Instalación de vías venosas
- Administración de medicamentos

Profesional 5 (TENS 1):

- Registros en pizarra: Inicio RCP
 - o Signos vitales
 - o Hemoclugotest
 - o Administración de medicamentos de manera delegada y en caso de que no esté enfermero/ a.
 - o Desfibrilaciones
 - o Exámenes
 - o Traslado del paciente o cese de RCP.
- Apoyo en lo que solicite líder

TENS 2.

- Compresión torácica alternándose con profesional 1
- Asistencia a médico en intubación
- Fijar tubo endotraqueal.

	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	17 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

Los roles del equipo de reanimación en las PSR, se organizarán de la siguiente manera:

Profesional 1 (MÉDICO):

- Líder del equipo.
- Indicación de fármacos
- Indicación de desfibrilación
- Evalúa ritmos cardíacos
- Coordina traslado a nivel secundario.
- Intubación
- Registra

Profesional 2 (ENFERMERO/A):

- Manejo de carro de paro
- Desfibrila si médico así lo indica.
- Instalación de vías venosas
- Prepara y administra medicamentos

TENS 1:

- Compresión torácica alternándose con profesional 1
- Asistencia a médico en intubación
- Fijar tubo endotraqueal.

TENS 2:

- Instalar monitor hemodinámico
- Toma Electrocardiograma
- Aspiración de secreciones, manejo de bolsa de ventilación manual (Ambú).

 <div>CESFAM DR. RAÚL MOYA Y POSTAS RURALES</div>	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	18 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

❖ CONTINUIDAD DE ACCIONES EN RCP AVANZADO:

a) Circulación (C): Continuar compresiones cardiacas de calidad.

- Velocidad de compresiones: 100 a 120 compresiones/minuto.
- Profundidad de las compresiones: 5 a 6 centímetros.
- Evitar permanecer apoyado sobre el tórax, permitiendo la descompresión completa tras cada compresión
- Minimizar las pausas entre compresiones.
- Realizar monitorización cardiaca; de acuerdo al ritmo electrocardiográfico continuar con guía de manejo AHA.
- La búsqueda de accesos vasculares se iniciará de manera paralela sin interrumpir las compresiones torácicas de alta calidad. La instalación de vías venosas serán en primera opción los accesos vasculares de las extremidades superiores.

b) Vía aérea (A): Manejo vía aérea avanzada y Ventilación (B).

- Durante la RCP, el foco no debe ser el manejo de la vía aérea o la intubación, sino las compresiones precoces y de calidad.
- Sin embargo, es importante mantener permeable la vía aérea del paciente inconsciente, mediante la maniobra de extensión de cabeza y elevación de mentón y/o uso de cánula orofaríngea ("cánula mayo").
- Como manejo inicial de una persona que se encuentra en PCR, se debe considerar el manejo de ventilaciones con bolsa de ventilación manual (ambú) conectada a la red de oxígeno con un flujo de 15l/min.
- En el caso de ser necesario y que el líder del equipo o médico a cargo lo considere, puede proceder a realizar un manejo avanzado de la vía aérea.
- Se debe considerar que la colocación de un dispositivo avanzado no interfiera con las compresiones torácicas, por lo que es importante que se elija la técnica para la cual se está mejor preparado.
- Cuando ya se dispone de vía aérea avanzada, es razonable realizar compresiones torácicas continuas con ventilación a presión positiva entregada

 <div>CESFAM DR. RAÚL MOYA Y POSTAS RURALES</div>	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	19 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

sin interrumpir compresiones. **Se debe ventilar cada 6 segundos (10 ventilaciones por minuto) mientras se hacen compresiones de manera continua.**

c) Monitorización y Desfibrilación.

- Al realizar la monitorización en contexto de PCR, utilice las palas o parches del desfibrilador sobre el pecho del usuario.
 - Se debe ubicar una pala en el segundo espacio intercostal, borde esternal derecho y la segunda en la punta del corazón, quinto espacio intercostal izquierdo.
 - Médico deberá interpretar ritmo e indicar desfibrilación en caso de confirmar la existencia de ritmo desfibrilable en el monitor manual.
 - **Los ritmos desfibrilables son la fibrilación ventricular (FV) y la taquicardia ventricular sin pulso (TVSP)**
 - Si se reconoce un ritmo eléctrico desfibrilable, se debe cargar la dosis adecuada de energía, manteniendo las compresiones torácicas y ventilaciones para obtener una mayor posibilidad de respuesta a la descarga.
 - La dosis máxima de energía para desfibrilar en desfibrilador monofásico en un paciente adulto es de 360 Joules y en monitores bifásicos entre 120 Joules y 200 Joules, según tipo de equipo; en monitor bifásico, la segunda descarga y las posteriores deberán ser equivalentes, y se puede considerar el uso de valores superiores.
 - La enfermera entrenada o el médico ejecutará la desfibrilación cuando así corresponda de acuerdo a los roles establecidos.
 - Las condiciones necesarias para desfibrilar son: tórax seco, quitar exceso de vello, uso de gel conductor, posicionar las palas, despejar la zona de ropa y verificar que nadie está tocando al momento de la descarga.
- **Ritmos electrocardiográficos en PCR:**
- Fibrilación ventricular (FV) / Taquicardia Ventricular sin pulso (TVSP): ritmos desfibrilables.
 - Asistolia/ Actividad eléctrica sin pulso (AESP): ritmos NO desfibrilables

	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	20 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

d) Tratamiento farmacológico.

▪ **Adrenalina:**

Droga más importante en la RCP.

Se administra en ritmos no desfibrilables lo antes posible y repetir cada 3 – 5 minutos.

En ritmos desfibrilables, luego de una descarga sin éxito, si en una monitorización posterior vuelve a aparecer un ritmo desfibrilable, se puede considerar la administración de adrenalina 1mg en bolo endovenoso, asociado al procedimiento de descarga eléctrica.

▪ **Amiodarona / lidocaína:**

También es posible considerar el uso de amiodarona o lidocaína para ritmos desfibrilables que no respondan a la desfibrilación asociada a adrenalina.

En el caso de la amiodarona la dosis es de 300mg EV en bolo.

De requerir una segunda dosis, esta será de 150mg EV.

Mientras que, en el caso de la lidocaína, la primera dosis es 1 – 1.5mg/kg y la segunda 0.5 – 0.75mg / kg.

e) Manejo causas de paro cardiorrespiratorio

- El equipo de reanimación avanzada debe, mientras se realizan maniobras de soporte vital, evaluar rápidamente la información disponible para orientarse a la búsqueda y manejo de la causa del PCR.
- Se han agrupado a modo de nemotecnia las causas potencialmente reversibles de RCP que deben ser planteadas por el líder del equipo, a estas causas se les conoce como las 5H y 5T según la siguiente tabla:

5H	5T
Hipovolemia	Neumotórax a tensión
Hipoxia	Taponamiento Cardíaco
Hidrogeniones o acidosis	Tóxicos
Hipotermia	Trombosis coronaria
Hiper o hipokalemia	Tromboembolismo pulmonar

	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	21 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

- Se debe realizar examen físico completo y usar otros dispositivos de ser necesario: sonda urinaria, sonda nasogástrica, ecografía, etc.
- Recopilar nuevos antecedentes con familiares o acompañantes

f) Cuidados Post Reanimación:

- Corresponde al 5to eslabón de la cadena de supervivencia.
- Se debe procurar identificar la causa del paro cardiorrespiratorio.
- Monitorización continua de los signos vitales.
- Controlar hemoglucotest, Escala de Glasgow y ECG.
- Mantener Saturación de oxígeno entre 94- 98%.
- Gestión de traslado a unidad de emergencia hospitalaria UEH para continuidad de los cuidados
- Manejo específico de la temperatura.

La reanimación cardiopulmonar básica y avanzada en el adulto queda resumida en el anexo 2 y 3 respectivamente.

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA (RCPB) EN PACIENTE PEDIÁTRICO Y NEONATAL

A modo de simplificar la terminología pediátrica – neonatal, y en contexto de reanimación cardiopulmonar, entenderemos paciente neonatal hasta los 28 días de vida, a lactante a aquel menor desde los 29 días a un año y niño a aquel que tiene sobre un año de edad hasta el inicio de la pubertad (signos sexuales secundarios presentes).

La identificación del paro cardiorrespiratorio se hace de igual manera que en el adulto.

	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	22 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

1. **Reconocimiento inmediato del PCR y activación del sistema de respuesta de emergencias**

- No responde a estímulos
- No respira o lo hace con dificultad (jadea o boquea)
- Ausencia de pulso

En el caso de los pacientes pediátricos, al detectar una respiración anormal, y encontrándose pulso, se debe proporcionar una ventilación de rescate cada 2 o 3 segundos (20 – 30 ventilaciones por minuto), siempre en paralelo evaluando la frecuencia del pulso durante un tiempo no superior a 10 segundos.

La búsqueda de pulso en lactantes (bajo 1 año de edad) debe buscarse en el tránsito de la arteria braquial, poniendo dedos índice y medio en el borde interno del brazo. En paciente mayor de un año puede buscarse pulso carotideo (Figura 4).

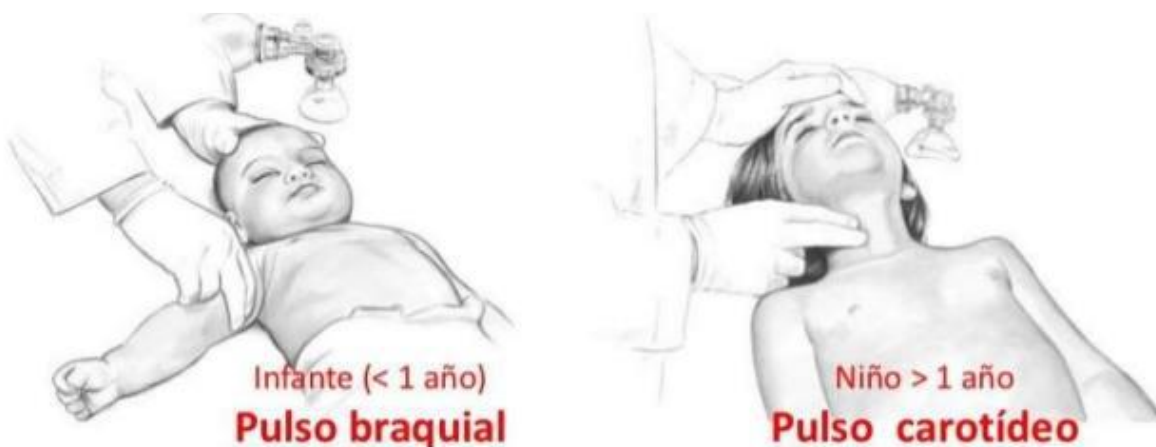


Figura 4

- Si se constata un ritmo cardíaco <60lpm y con evidentes signos de mala perfusión o si no se detecta pulso se debe iniciar la RCP.
- Tras la identificación de PCR, al igual que en el adulto, debe activarse protocolo local Código Azul e iniciar inmediatamente la RCP en la secuencia C-A-B

 <div>CESFAM DR. RAÚL MOYA Y POSTAS RURALES</div>	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	23 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

(circulación – vía aérea – ventilación) y activar el sistema de respuesta a emergencias junto a la solicitud de DEA.

a) Circulación (C): Inicio de compresiones torácicas.

- En usuarios pediátricos, existe modificación en la técnica asociada a compresiones torácicas anteriormente mencionada, debido a que los niños, por su tamaño requieren menor fuerza para que efectivamente, se pueda generar de forma externa, el bombeo del corazón.
- A continuación, se muestra la forma de aplicar compresión cardiaca, de acuerdo a la edad del niño. En el adolescente, se utiliza la misma técnica del adulto:

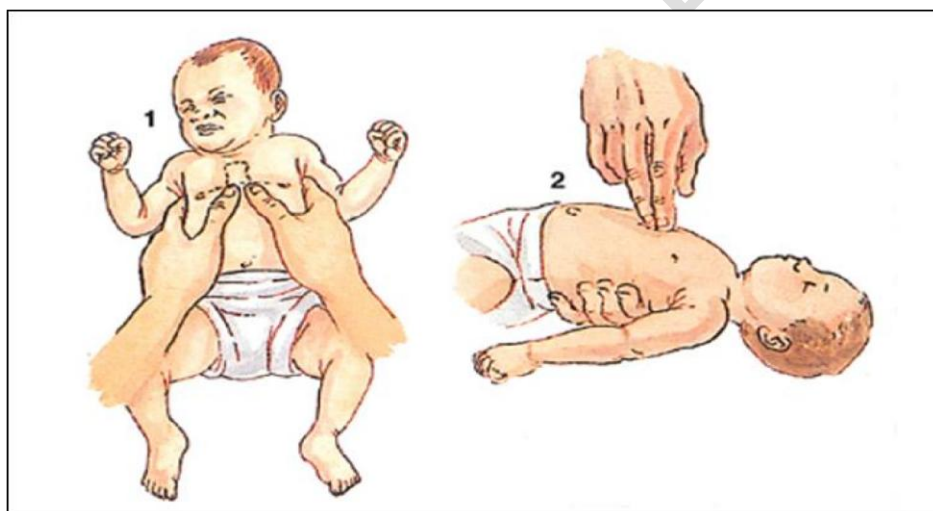


Figura 5

- La técnica de compresión torácica en lactantes y neonatos, es con dedo índice y medio, o con ambos pulgares a la altura de línea trazada en las mamilas (figura 5), a una frecuencia de 100 a 120 compresiones por minuto al igual que el adulto.
- La técnica de compresión torácica en niños (sobre un año) es con el talón de una mano (figura 6), y en adolescentes con ambas manos igual a un adulto.

	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	24 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

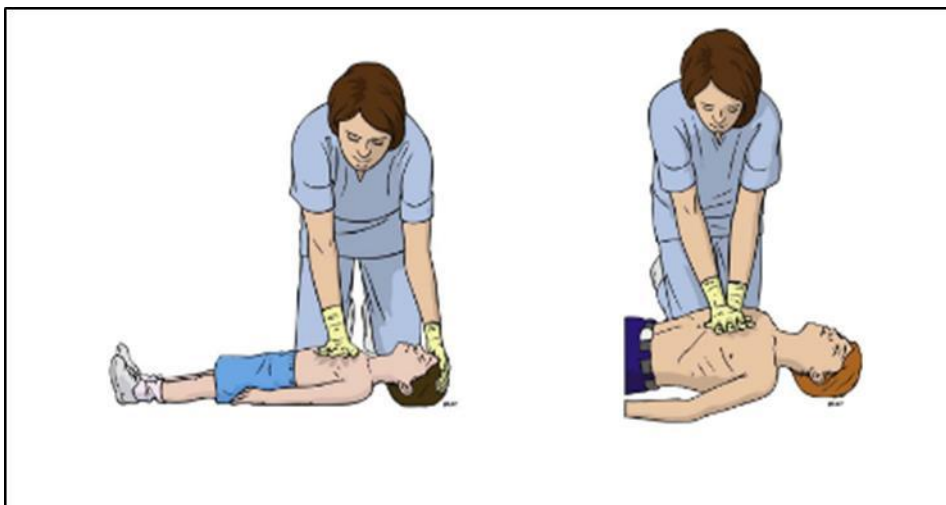


Figura 6

- Si hay un único reanimador se realizarán 30 compresiones alternado con 2 ventilaciones.
 - Si hay 2 reanimadores se realizarán 15 compresiones alternado con 2 ventilaciones.
- b) Vía aérea (A): Abrir y permeabilizar vía aérea y Ventilación (B) (en paralelo a las compresiones torácicas)**
- Abrir la vía aérea.
 - Permeabilizar vía aérea retirando o aspirando según corresponda.
 - Mantener vía aérea aplicando maniobra frente mentón o en caso de sospecha de lesión de columna cervical aplicar tracción mandibular.
 - De contar con mascarilla de ventilación o interfase se debe partir con 2 ventilaciones alternadas con 30 compresiones si frecuencia cardiaca es menor a 60 latidos por minuto y existe un solo reanimador, y cada 15 compresiones si existen 2 reanimadores.

 <div>CESFAM DR. RAÚL MOYA Y POSTAS RURALES</div>	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	25 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

c) **Desfibrilación precoz y uso de DEA.**

- Conectar lo antes posible DEA.
- En caso de DEA siga las instrucciones del equipo, y seleccione que se trata de paciente pediátrico.
- Si se detecta un ritmo desfibrilable, se administra una descarga y se reanuda la RCP de inmediato durante 2 minutos. Continuar hasta que sustituya el equipo de emergencia o el niño comience a moverse.
- Si no se detecta un ritmo desfibrilable, se reanuda la RCP durante dos minutos y continuar hasta que sustituya el equipo de emergencia o el niño comience a moverse.

El flujograma de RCP básica en pediatría se encuentra descritos en los anexos 4 y 5.

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA (RCPA) EN PACIENTE PEDIATRICO Y NEONATAL

El soporte vital avanzado (SVA) es el cuarto eslabón de la cadena de supervivencia. De esta manera, posterior a las acciones de soporte vital básico al igual que en el adulto, se inician las maniobras de mayor complejidad, las cuales pueden ser complementarias o simultáneas a las básicas, dependiendo de cada caso y situación clínica.

1. Circulación (C): Continuar compresiones cardiacas de calidad. **Ventilación (B): manejo de vía aérea avanzada.**

- Velocidad de compresiones: 100 a 120 compresiones/minuto.
- Profundidad de las compresiones: $\geq \frac{1}{3}$ del diámetro anteroposterior del tórax, permitiendo una expansión completa del tórax.
- Minimizar las pausas entre compresiones.

	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	26 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

- Si no se cuenta con una vía aérea avanzada la relación de compresión ventilación debe ser de 15:2; si se cuenta con una vía aérea avanzada, se realizan compresiones continuas y se suministra una ventilación cada 2 a 3 segundos.
- La selección de un dispositivo avanzado para la vía aérea depende del entrenamiento, del ámbito de la práctica y del equipamiento de los profesionales del equipo de reanimación.
- Inicialmente se debe considerar el manejo no invasivo de la vía aérea, iniciando la ventilación con bolsa mascarilla y suministrando oxígeno. En el caso de fibrilación o taquicardia ventricular sin pulso, se debe considerar el manejo avanzado tras la segunda desfibrilación.
- En el caso de asistolia, tras la administración de primera dosis de adrenalina y 2 minutos de RCP.
- La instalación de vía venosa se debe realizar en forma paralela al RCP, **no interrumpir compresión torácica, ni desfibrilación.**

2. Monitorización y Desfibrilación.

- Conectar lo antes posible monitor desfibrilador para identificación de ritmo y continuar con pasos según ritmo.
- Si se detecta un ritmo desfibrilable (FV o TVSP) la primera descarga corresponderá a 2 Joules (J) por Kg de peso, la segunda descarga de 4 J/Kg de peso y las descargas posteriores mayor o igual a 4 Joules/kg de peso con un máximo de 10 Joules/kg o la dosis para adultos.

3. Utilización de Fármacos en PCR pediátrico (vía endovenosa):

- **Adrenalina:** 0,01 mg/ kg de peso máximo 1 mg, repetir cada 3-5 minutos EV. Se debe llevar una ampolla de 1 mg a 10 ml de suero fisiológico, así cada ml queda con una concentración de 0,1 mg por ml. De ser dosis inferior a 1 ml, se debe extraer dosis a usar con jeringa de tuberculina, para obtener dosis necesaria.

 <div>CESFAM DR. RAÚL MOYA Y POSTAS RURALES</div>	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	27 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

- **Amiodarona:** dosis inicial de 5 mg/kg, se puede repetir hasta 3 veces cuando se trata de fibrilación ventricular refractaria o taquicardia ventricular sin pulso.
- **Lidocaína:** dosis inicial de carga de 1mg/kg en alternativa a amiodarona.

4. Manejo causas de paro cardiorrespiratorio.

- El equipo de reanimación avanzada debe, mientras se realizan maniobras de soporte vital, evaluar rápidamente la información disponible para orientarse a la búsqueda y manejo de la causa del PCR.
- Se han agrupado a modo de nemotecnia las causas potencialmente reversibles de RCP en paciente pediátrico-neonatal, que deben ser planteadas por el líder del equipo, a estas causas se les conoce como las 6H y 5T y se muestran en la siguiente tabla:

6H	5T
Hipovolemia	Neumotórax a tensión
Hipoxia	Taponamiento Cardíaco
Hidrogeniones o acidosis	Tóxicos
Hipotermia	Trombosis coronaria
Hiper o hipokalemia	Tromboembolismo pulmonar
Hipoglicemia	

- Realizar examen físico completo y usar otros dispositivos de ser necesario: sonda urinaria, sonda nasogástrica, ecografía, etc.
- Recopilar nuevos antecedentes con familiares o acompañantes

5. Cuidados Post Reanimación.

- Procurar identificar la causa del paro cardiorrespiratorio.
- Monitorización continua de los signos vitales.
- Tratamiento de la hipotensión.

 <div>CESFAM DR. RAÚL MOYA Y POSTAS RURALES</div>	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	28 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

- Manejo específico de la temperatura.
- Mantener Saturación de oxígeno entre 94- 98%.
- Gestión de traslado a unidad de emergencia hospitalaria UEH para continuidad de los cuidados

El procedimiento de RCP avanzado en pediatría queda resumido en anexo 6. Adicionalmente en anexo 7 queda disponible el manejo de taquicardia con pulso en pediatría y en el anexo 8 el manejo de bradicardia con pulso en pediatría.

CUANDO NO REALIZAR RCP:

- Cuando se tenga certeza de la muerte del paciente.
- Evolución terminal de paciente en cuidados paliativos, que ha expresado su voluntad de no reanimar.

CUANDO SUSPENDER RCP:

- Cuando se obtenga circulación y respiración espontánea.
- Enfermedad irreversible e incurable confirmada sin respuesta a RCP.
- Observar presencia de signos de muerte tardía: livideces, rigidez, pupilas dilatadas, falta de reflejo pupilar.
- Cuando el medico indique.

REGISTROS:

- Nombre del paciente y RUT
- Edad y patologías de base conocidas
- Fecha y hora de ingreso y término de la RCP.
- Nombre de los funcionarios del equipo de reanimación
- Registro de procedimiento de RCP
- Derivación a UEH (Hospital San Luis Buin-Paine), SML o domicilio (en caso de fallecimiento)

	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	29 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

- Hora y forma de traslado (Ambulancia, SAMU, Privada).
- Apertura de carro.

Estos datos deben quedar todos registrados en ficha electrónica RAYEN, ya sea en módulo urgencia o clínico.

MANEJO DE CARRO DE PARO

1. Aspectos generales:

- El material usado en el manejo avanzado del paro cardiorrespiratorio debe estar dispuesto de manera ordenada y en cantidades suficientes en el carro de paro.
- Este debe ser revisado al menos una vez al mes por enfermero designado para esta responsabilidad, evaluar completitud de este y revisar fechas de vigencia de los fármacos e insumos, además gestionar la reposición y cambio de aquellos insumos que vencen dentro del mes.
- En caso de utilización, el carro de paro deberá ser revisado inmediatamente después de finalizada la atención del paciente, dejando el registro correspondiente en la planilla de control de medicamentos. Asimismo, se deberá gestionar de forma inmediata la reposición de los insumos y medicamentos utilizados, coordinando con el Químico Farmacéutico cuando corresponda.
- Para tener la certeza de la completitud y revisión realizada, el carro de paro debe ser sellado con sello plástico con código numérico, y quedará en planilla de revisión el registro de datos del responsable de la revisión, y del número de sello.
- Químico farmacéutico debe actualizar lista de medicamentos acorde a demanda de éstos y realizar recambio de medicamentos si estos vencen.
- A diario enfermero o TENS de unidad debe verificar que se mantenga último sello registrado y registra en planilla (anexo 12), si este no coincide, debe revisar el carro completo, y dejar registro en hoja de revisión.

	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	30 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

- El carro de paro debe ser de material liso y lavable, el cual se debe realizar limpieza en revisión mensual, y a diario TENS de la unidad debe mantener supervise limpia.
- Debe ser fácil de desplazar (ruedas móviles limpias y lubricadas).
- Debe estar ubicado en un lugar fácilmente accesible y conocido por todo el personal. Debe tener carteles visibles del contenido de su cajonera.
- En unidad donde se encuentre carro de paro deberá tener registro de temperatura ambiental diaria según funcionamiento del CESFAM y PSR, para asegurar la conservación.
- Los medicamentos insulina cristalina, glucagón y epinefrina (2 unidades) deberán mantenerse refrigerados en un refrigerador que cuente con registro manual de temperatura.
- En las postas donde no se disponga de un refrigerador en la misma unidad en que se encuentra el carro de paro, estos medicamentos deberán almacenarse en el botiquín del centro.

2. Organización del carro de paro:

- **Superficie del Carro:** monitor desfibrilador, Porta suero, ambú adulto y pediátrico. Bomba aspiración, Fonendoscopio, laringoscopio, tijeras de extricación y guantes.
- **1° cajón:** medicamentos ordenados alfabéticamente, y en cantidad según se describe en anexo N° 11, con fechas de vigencia al día, excepción de insulina cristalina y glucagón.
- **2° cajón:** vía venosa, jeringas, tapas e insumos en cantidades según describa este protocolo con fechas vigentes, tela, alcohol pad, termómetro, saturómetro y hemoglucómetro.
- **3° cajón:** soluciones intravenosas, guantes estériles, electrodos monitorización.
- **4° cajón:** mascarilla Venturi, mascarilla con reservorio, sondas nasogástricas, sondas de aspiración, sonda yankahuer, cánulas mayo.

	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	31 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

- **5° cajón:** tubos oro traqueales dispuestos para llegar y utilizar por número y cantidad según se establece más adelante, venda gasa para fijación del tubo, y cualquier otro insumo relacionado con atención de urgencias que pueda incorporarse.

En caso de ser utilizado los insumos y medicamentos en una urgencia, el médico tratante debe extender la receta de los medicamentos prescritos, siendo responsabilidad de la Enfermera Clínica presente, el gestionar reposición de manera inmediata una vez finalizado el evento dejando registro en la “Hoja de novedades y reposición de insumos del Carro de Paro”, (anexo 9).

En anexo 10 se encuentra registro de insumos y equipos existentes en carro de paro y en anexo 11 stock y revisión de fármacos.

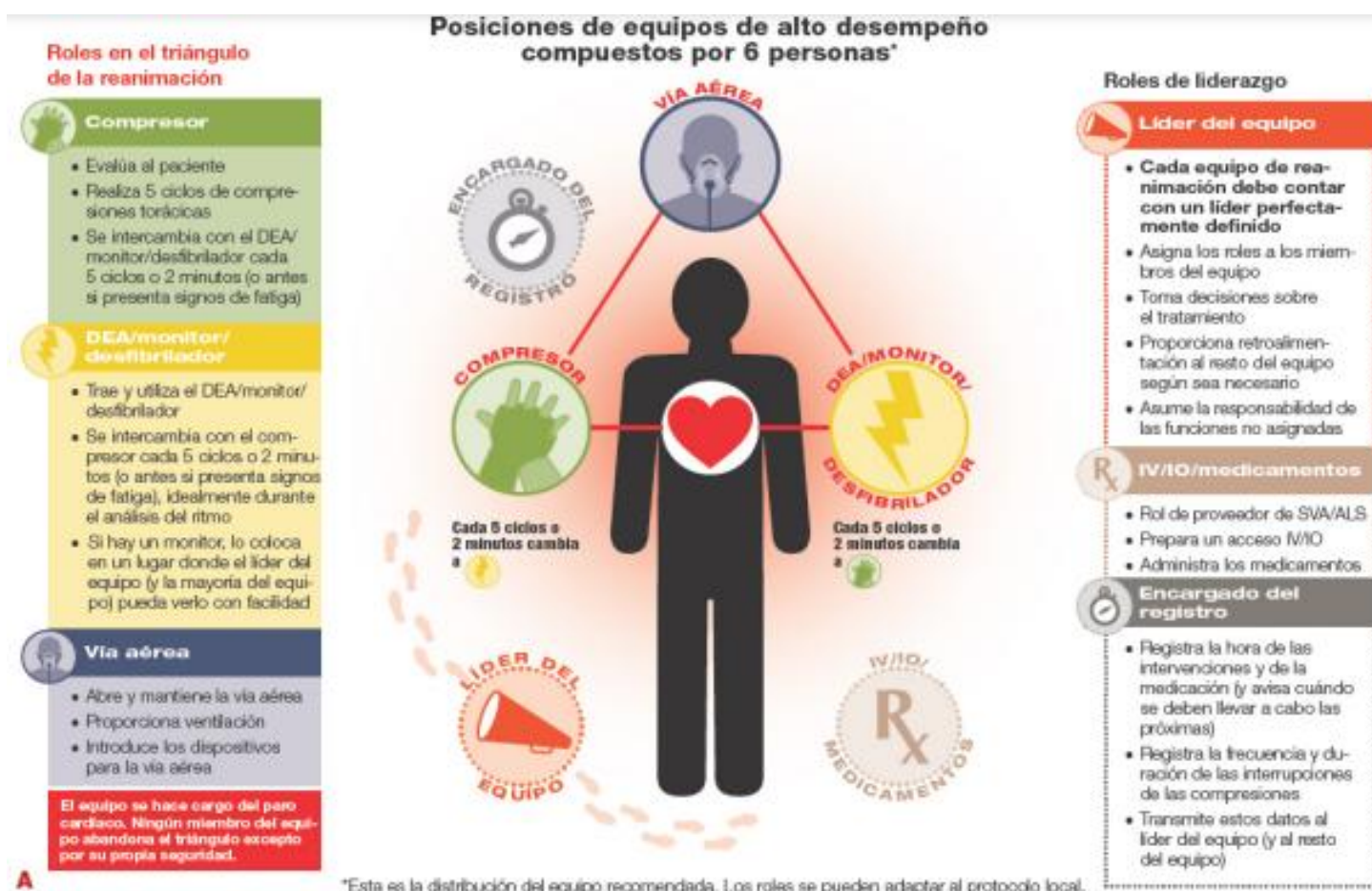
XI. DISTRIBUCIÓN

1. Dirección CESFAM
2. Encargado Calidad y Seguridad Asistencial
3. Equipo SUR
4. Kinesiología (Sala IRA/ Sala ERA, rehabilitación)
5. Botiquín
6. Jefas de sector
7. Box tratamiento/reanimación

	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	32 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

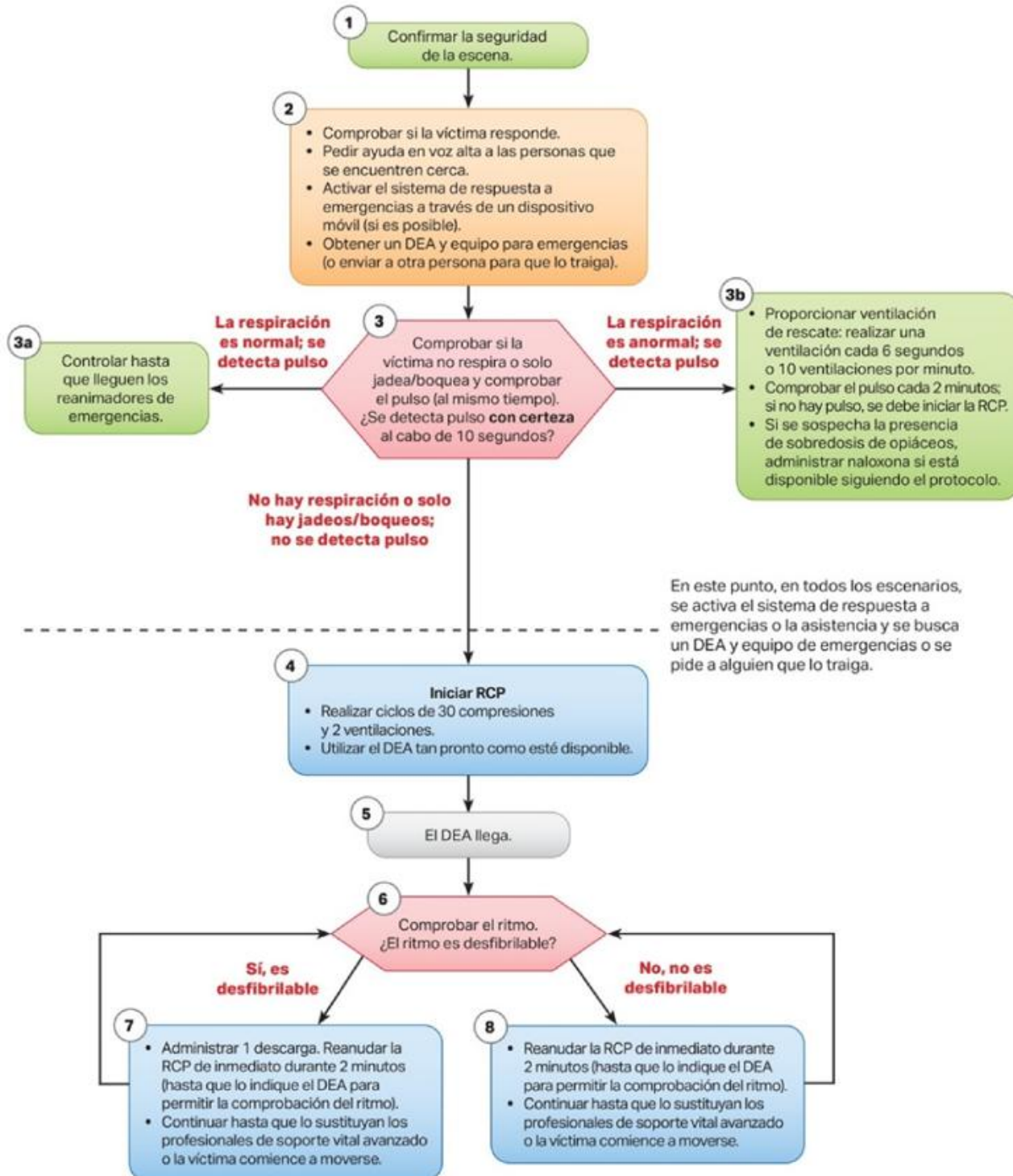
XII. ANEXOS

Anexo 1: Organización equipo de emergencia:



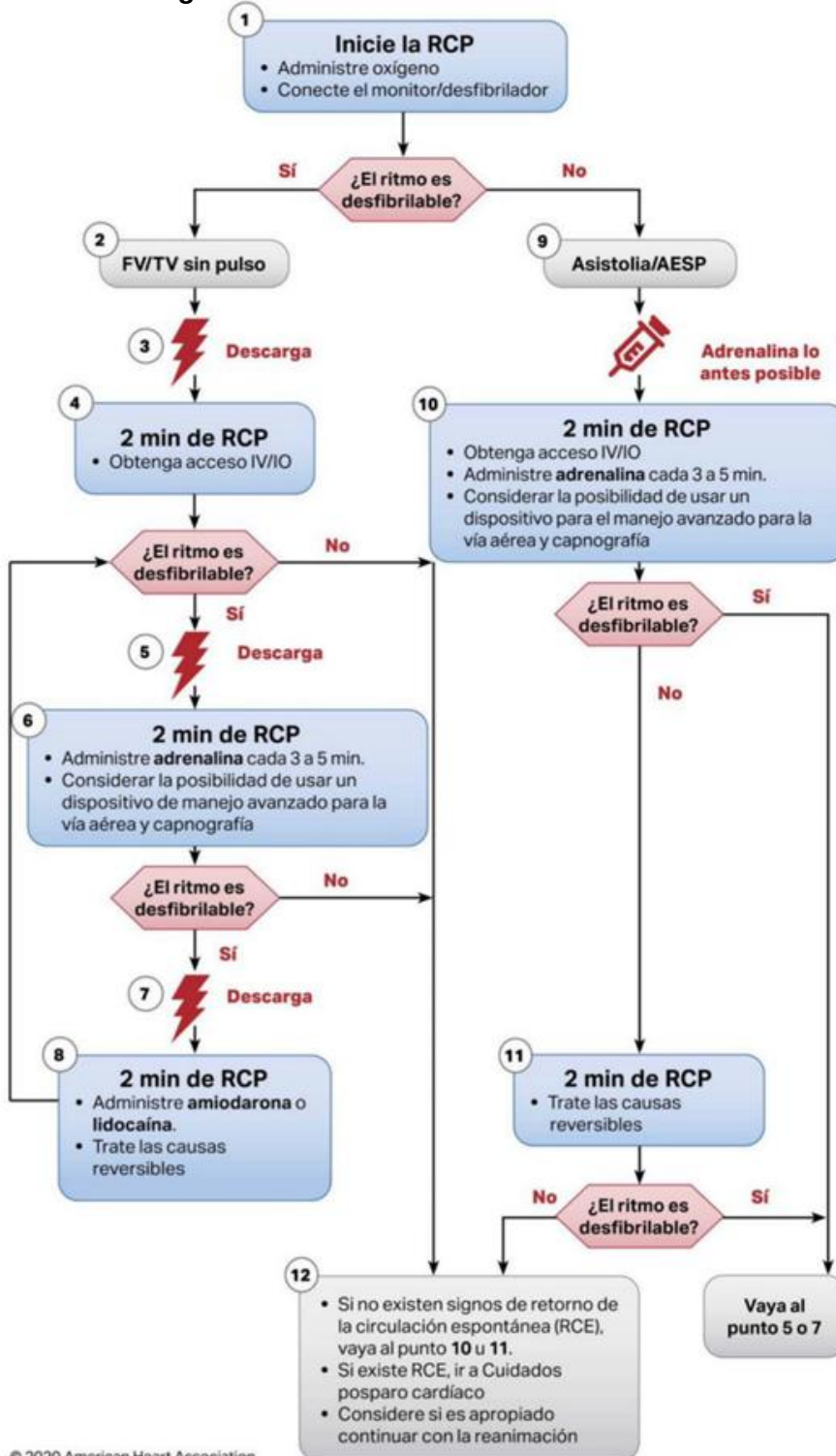
 <div>CESFAM DR. RAÚL MOYA Y POSTAS RURALES</div>	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	33 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

Anexo 2: Algoritmo de RCP básica en adulto



 <div>CESFAM DR. RAÚL MOYA Y POSTAS RURALES</div>	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	34 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

Anexo 3: Algoritmo de RCP avanzada en adulto

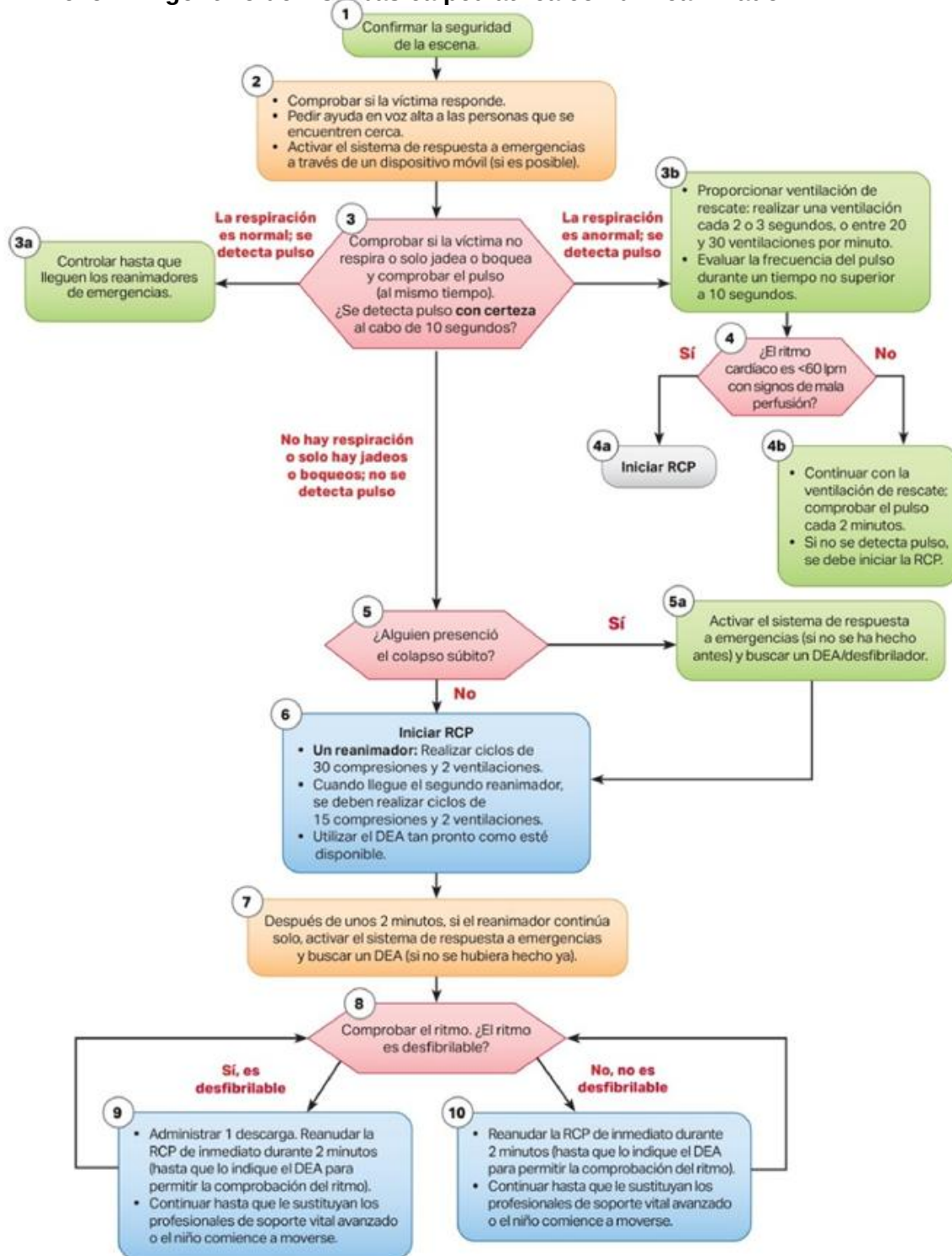


© 2020 American Heart Association

Calidad de la RCP
<ul style="list-style-type: none"> • Comprima fuerte (al menos 5 cm [2 pulgadas]) y rápido (a entre 100 y 120 c. p. m.), 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. • Capnografía cuantitativa <ul style="list-style-type: none"> – Si la PETCO₂ es baja o está en disminución, vuelva a evaluar la calidad de la RCP.
Energía de descarga para desfibrilación
<ul style="list-style-type: none"> • Bifásica: recomendación del fabricante (por ejemplo, dosis inicial de 120 a 200 J); si se desconoce, use el valor máximo disponible. La segunda descarga y las posteriores deben ser equivalentes, y puede considerarse la administración de valores superiores. • Monofásica: 360 J.
Farmacoterapia
<ul style="list-style-type: none"> • Dosis IV/IO de adrenalina: 1 mg cada 3 a 5 minutos • Dosis IV/IO de amiodarona: Primera dosis: bolo de 300 mg. Segunda dosis: 150 mg. • Dosis IV/IO de lidocaína: Primera dosis: De 1 a 1,5 mg/kg. Segunda dosis: De 0,5 a 0,75 mg/kg.
Manejo avanzado de la vía aérea
<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 circulación espontánea (RCE)
<ul style="list-style-type: none"> • Pulso y presión arterial • Aumento repentino y sostenido de la PETCO₂ (normalmente de ≥40 mm Hg). • Ondas espontáneas de presión arterial con monitoreo intraarterial
Causas reversibles
<ul style="list-style-type: none"> • Hipovolemia • Hipoxia • Hidrogenión (acidosis) • Hipo-/hipertansión • Hipotermia • Tensión, neumotórax • Taponamiento cardíaco • Toxinas • Trombosis pulmonar • Trombosis coronaria

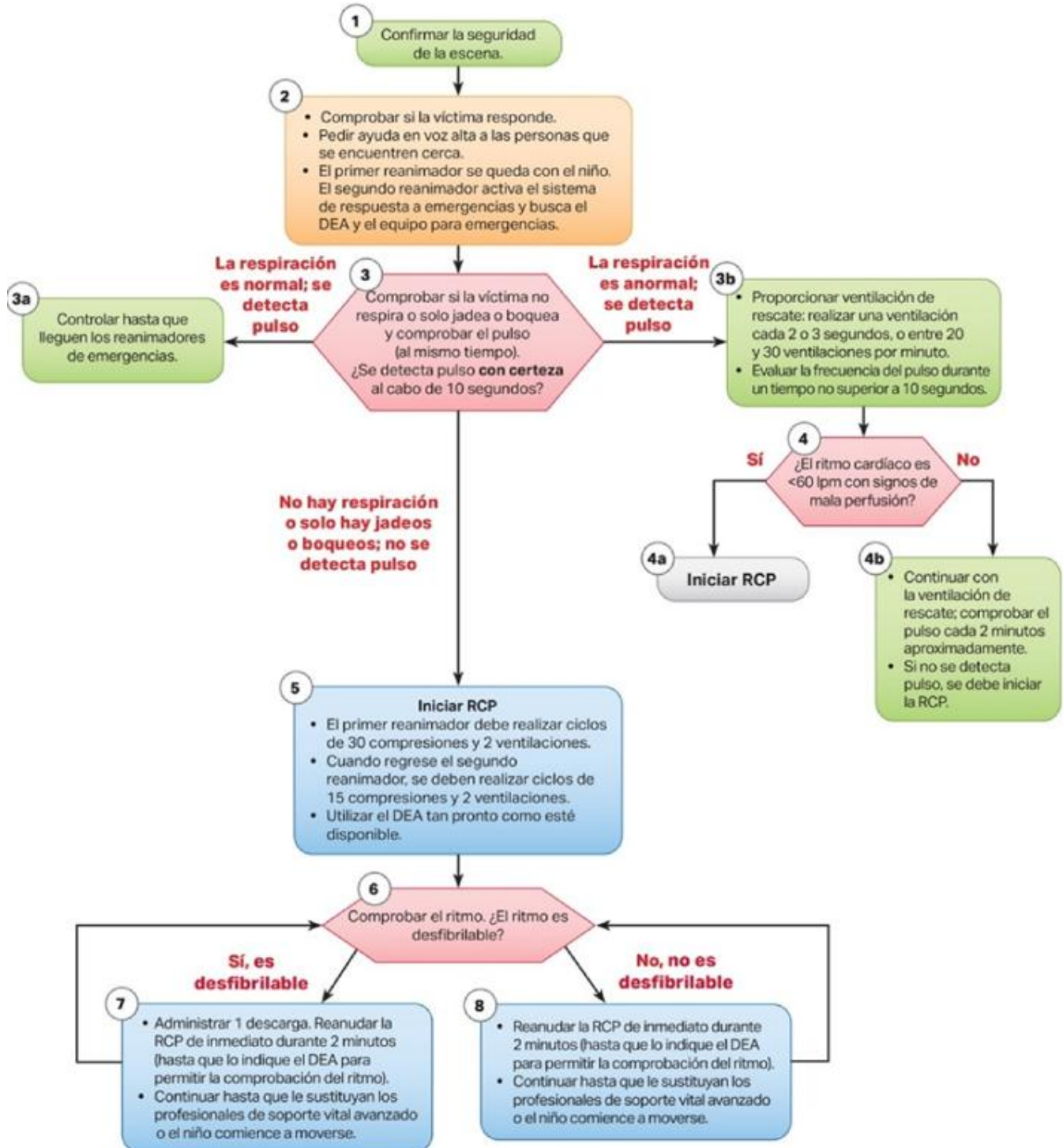
 <div>CESFAM DR. RAÚL MOYA Y POSTAS RURALES</div>	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	35 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

Anexo 4: Algoritmo de RCP básica pediátrica con un reanimador



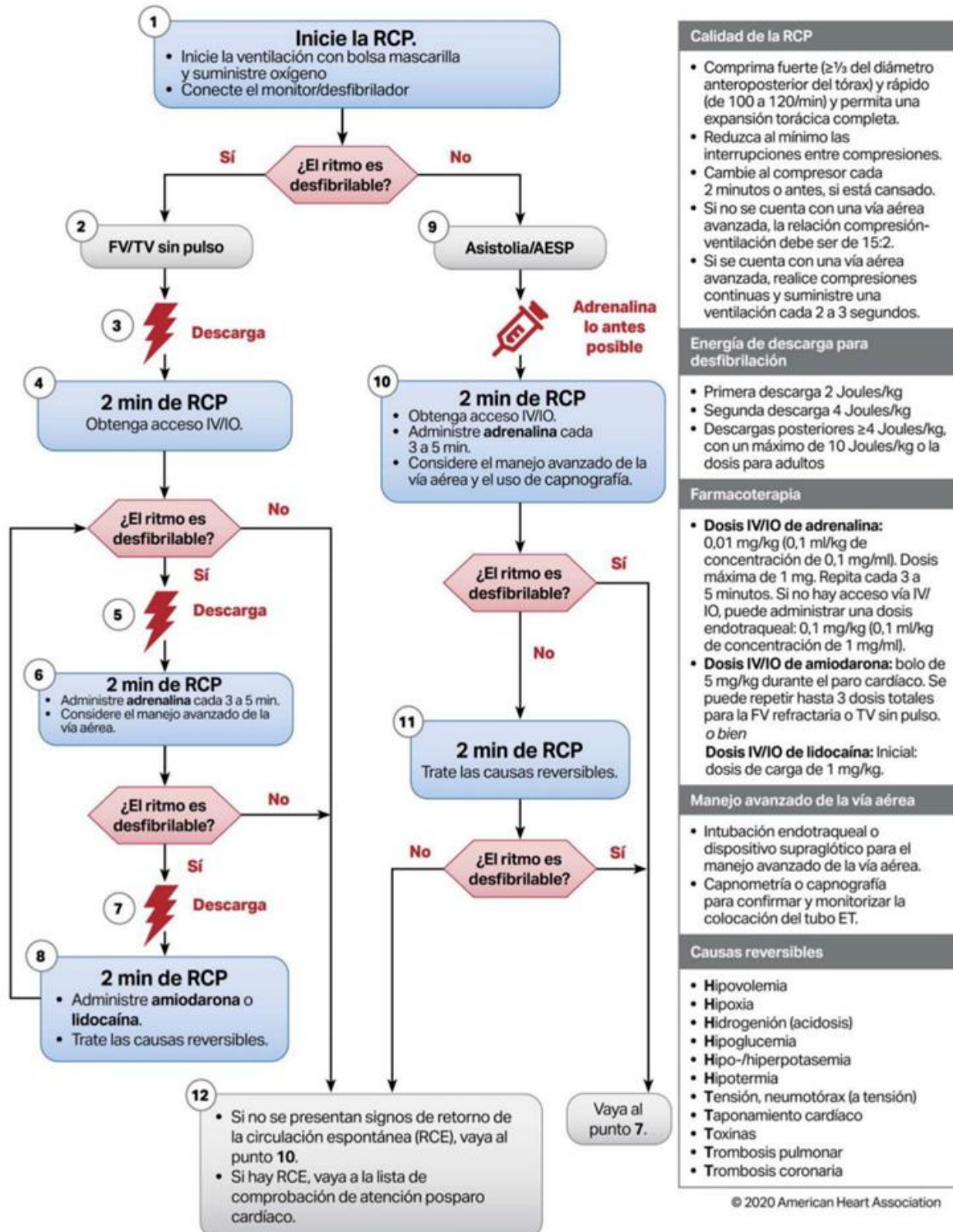
 <div>CESFAM DR. RAÚL MOYA Y POSTAS RURALES</div>	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	36 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

Anexo 5: Flujograma RCP básica pediatría con 2 reanimadores.



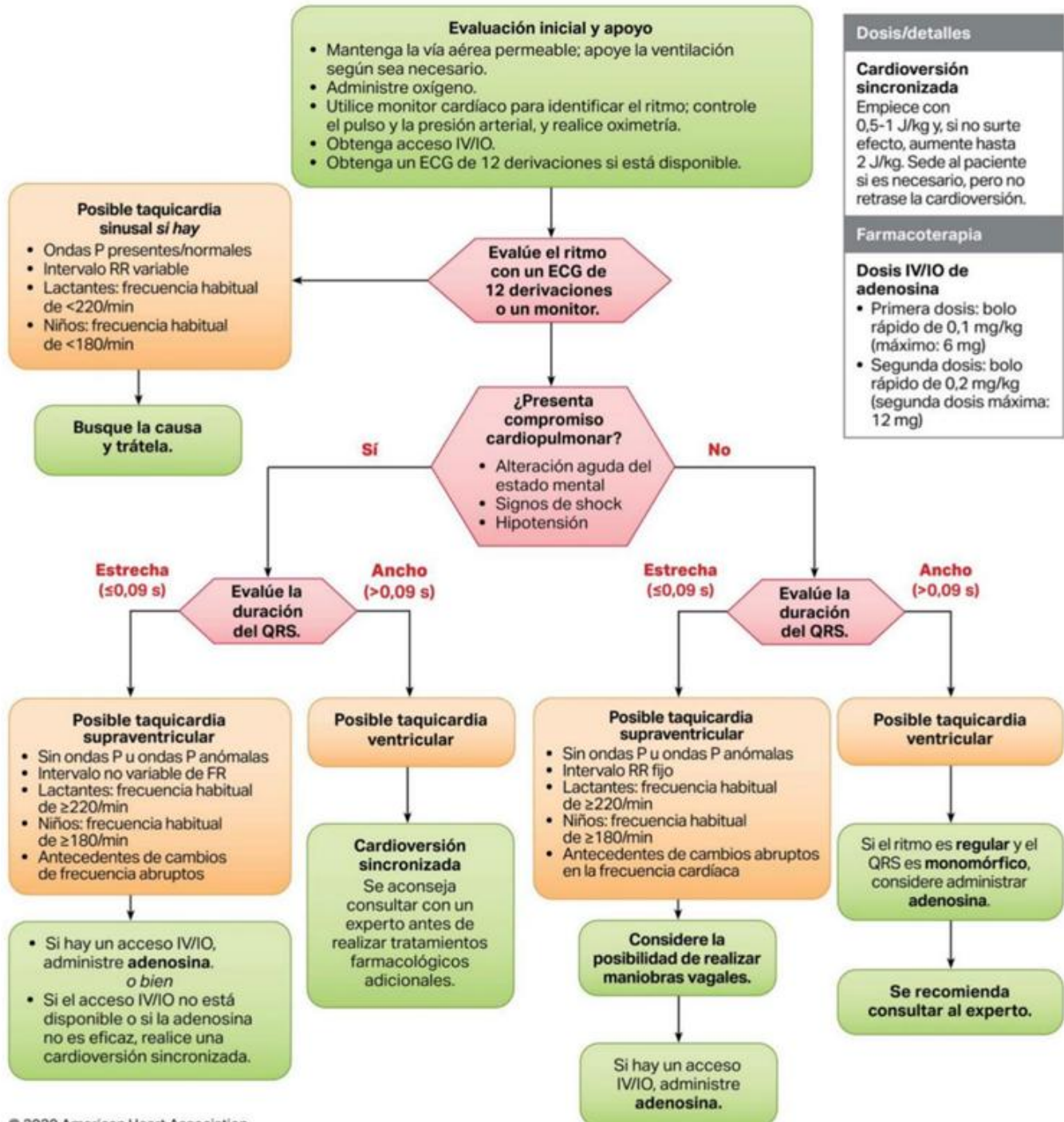
 CESFAM DR. RAÚL MOYA Y POSTAS RURALES	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años	
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030	
	Versión: 2	37 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente	

Anexo 6: Flujograma RCP avanzado pediatría



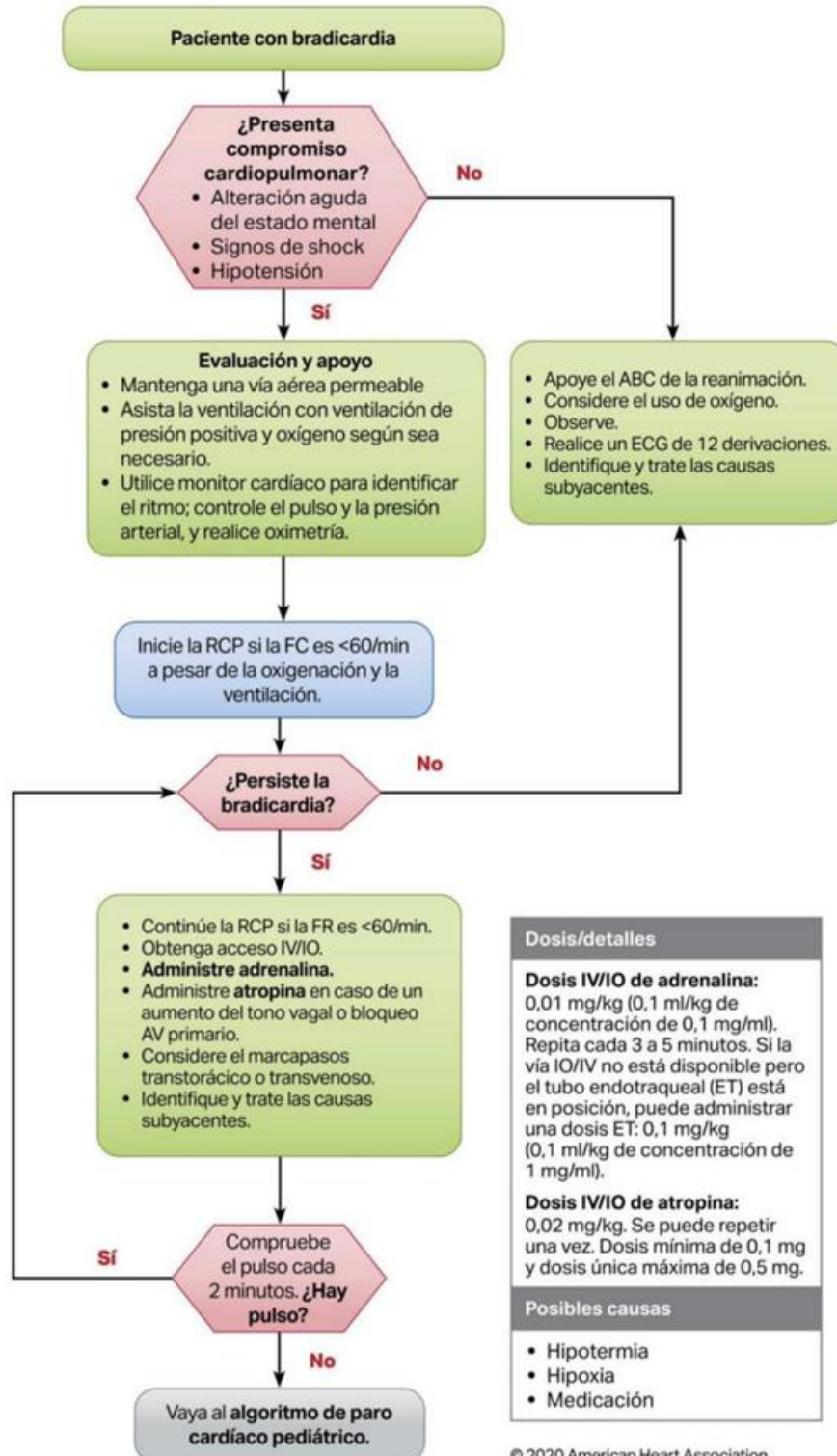
 <div>CESFAM DR. RAÚL MOYA Y POSTAS RURALES</div>	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	38 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

Anexo 7: Flujograma manejo taquicardia con pulso en pediatría



 <div>CESFAM DR. RAÚL MOYA Y POSTAS RURALES</div>	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	39 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

Anexo 8: Flujograma manejo bradicardia con pulso en pediatría.



 <div>CESFAM DR. RAÚL MOYA Y POSTAS RURALES</div>	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	40 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

Anexo 9: Registro de novedades y reposición de insumos del carro de paro (utilizar en caso de uso por urgencia o revisión de carro).

Fecha uso de Carro de Paro	Medicamentos e insumos utilizados	Cantidad	Responsable	Observaciones

	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	41 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

Anexo 10: Insumos y Equipos existentes en carro de paro

		Fecha revisión:		Fecha revisión:		Fecha revisión:		Fecha revisión:		Observaciones
Insumo/Equipo	Stock	Stock	Fecha de vencimiento	Stock	Fecha de vencimiento	Stock	Fecha de vencimiento	Stock	Fecha de vencimiento	
Tabla reanimación larga o corta	1									
Collar cervical adulto	1									
Collar cervical pediátrico/lactante	1									
Bolsa de reanimación adulto con reservorio	1									
Bolsa de reanimación pediátrica con reservorio	1									
Mango laringoscopio (revisar pilas y ampolletas)	1									
Tijera extricación	1									
Cánula endovenosa teflón #24	3									
Cánula endovenosa teflón #22	3									
Cánula endovenosa teflón #20	3									
Cánula endovenosa teflón #18	3									
Cánula endovenosa teflón #16	3									

 CESFAM DR. RAÚL MOYA Y POSTAS RURALES	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años	
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030	
	Versión: 2	42 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente	

Mariposa #21	3									
Mariposa#23	3									
Jeringa tuberculina	3									
Jeringa 3 m	3									
Jeringa 5 ml	3									
Jeringa 10 ml	3									
Llave 3 pasos	3									
Jeringa 20 ml	3									
Tapas amarillas	3									
Alcohol Pad	5									
Hemoglucotest (revisar pilas y fecha cintas)	1									

 CESFAM DR. RAÚL MOYA Y POSTAS RURALES	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años	
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030	
	Versión: 2	43 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente	

Termómetro digital	1									
Guantes estériles n°6	2									
Guantes estériles n°6,5	2									
Guantes estériles n°7	2									
Guantes estériles n°7,5	2									
Guantes estériles n°8	2									
Sonda Yankauer	2									
Sonda aspiración n°8	2									
Sonda aspiración n°10	2									
Sonda aspiración n°12	2									
Sonda nasogástrica n°8	2									

	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	44 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

Sonda nasogástrica n°10	2									
Sonda nasogástrica n°12	2									
Sonda nasogástrica n°14	2									
Sonda nasogástrica n°16	2									
Sonda nasogástrica n°18	2									
Mascarilla Venturi pediátrica	2									
Mascarilla Venturi adulto	2									
Mascarilla con reservorio pediátrica	2									
Mascarilla con reservorio adulto	2									
Cánula mayo#00	2									
Cánula mayo#0	2									

	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	45 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

Cánula mayo#1	2									
Cánula mayo#2	2									
Cánula mayo#3	2									
Cánula mayo#4	2									
Cánula mayo#5	2									
Tubo endotraqueal n°2	2									
Tubo endotraqueal n° 2,5	2									
Tubo endotraqueal n°3	2									
Tubo endotraqueal n° 3,5	2									
Tubo endotraqueal n°4	2									
Tubo endotraqueal n°4,5	2									
Tubo endotraqueal n°5	2									

	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años	
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030	
	Versión: 2	46 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente	

Tubo endotraqueal n°5,5	2									
Tubo endotraqueal n°6	2									
Tubo endotraqueal n°6,5	2									
Tubo endotraqueal n°7	2									
Tubo endotraqueal n°7,5	2									
Tubo endotraqueal n°8	2									
Tubo endotraqueal n°8,5	2									
Tubo endotraqueal n°9	2									
Venda gasa	2									
Conductor tubo orotraqueal	1									
Mascarilla laríngea #1,5	2									
Mascarilla laríngea #2	2									
Mascarilla laríngea #2,5	2									
Mascarilla laríngea #3	2									
Mascarilla laríngea #3,5	2									

 <div>CESFAM DR. RAÚL MOYA Y POSTAS RURALES</div>	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	47 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

Mascarilla laríngea #4	2									
Monitor parches vigentes FV										
DEA Parches vigentes FV										
DEA Pilas o baterías con carga % (revisar FV baterías)										
Monitor con carga										
Bomba aspiración operativa										
Aseo carro										
Código del sello										
Iniciales del Revisor										

 CESFAM DR. RAÚL MOYA Y POSTAS RURALES	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años	
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030	
	Versión: 2	48 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente	

Anexo 11: Medicamentos existentes en carro de paro

Medicamento	Stock	Fecha de revisión		Fecha de revisión		Fecha de revisión		Fecha de revisión		Observaciones
		stock	Fecha vencimiento	stock	Fecha vencimiento	stock	Fecha vencimiento	stock	Fecha vencimiento	
Ácido acetilsalicílico 100 mg	20									
Adenosina sulfato 6mg/2ml	5									
Adrenalina 1 mg/ml ampolla	7									
Agua estéril para inyectables 10 ml	3									
Amiodarona 150 mg/3 ml ampolla	3									
Atropina 1 mg/ml ampolla	5									
Betametasona 4 mg/ml ampolla	5									
Captopril 25 mg comprimido	5									
Clopidogrel 75 mg comprimidos	8									
Clorpromazina 25mg/2ml ampolla	5									
Diazepam 10 mg/2 ml ampolla	5									
Furosemida 20 mg/ml ampolla	3									
Glucosa 30% ampolla 30 ml	5									

	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años	
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030	
	Versión: 2	49 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente	

Glucosa 10% matraz 500 ml	2									
Glucosa 5% matraz 250 ml	1									
Glucagón	2									
Haloperidol 5mg/mL ampolla	3									
Hidrocortisona 100 polvo lío filizado	5									
Insulina cristalina 100UI/mL, frasco ampolla	1									
Isosorbide 10 mg comprimidos	5									
Lanatosido C 0.4 mg/2 ml ampolla	2									
Lidocaína 2 % ampolla	5									
Midazolam 15mg/mL ampolla	5									
Morfina 10mg/ml ampolla	2									
Propanolol 1 mg/ml ampolla	4									
Suxametonio 100mg/5mL polvo lío filizado	5									
Verapamilo 5mg/2mL ampolla	5									
Suero fisiológico ampolla 10cc o 20cc	5									

 CESFAM DR. RAÚL MOYA Y POSTAS RURALES	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años	
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030	
	Versión: 2	50 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente	

Suero fisiológico matraz 250ml	4									
Suero ringer lactato 500 ml	2									
Código del sello										
Iniciales del revisor										

Anexo 12: Supervisión diaria del carro de paro

SUPERVISION DIARIA DE CARRO DE PARO

FECHA	Máquina de aspiración operativa y enchufada	Oxigeno cargado	Monitor enchufado (si corresponde)	Humidificador visible	Sello de carro puesto (Numero)	Maquina CSV Enchufada (si corresponde)	Responsable

 <div>CESFAM DR. RAÚL MOYA Y POSTAS RURALES</div>	CODIGO: GCL 1.5		Vigencia: 5 años
	Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas de Salud Rural		Fecha de Emisión: Abril 2025 Fecha De Revisión: Abril 2030
	Versión: 2	51 de 51	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

XIII. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

1. Algoritmos RCP AHA 2020. Versión 5, 03-06-2023. Disponible en: https://www.urgenciasyemergen.com/sdm_downloads/algoritmos-rcp-aha-2020-adultos-y-pediatria/.
2. Norma de Manejo de Carro de Paro del Servicio de Salud Metropolitano Sur.
3. Protocolo de normativa para Carro de Paro Unidad de Paciente Crítico Adulto. Hospital Base de Linares. 201