



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé"

N° 197 2019-DG-HONADOMANI-SB



Resolución Directoral

Lima, 08 de Noviembre de 2019

Visto, el Expediente N° 08510-19; y

CONSIDERANDO:

Que, conforme a lo dispuesto en la Ley N° 26842 – Ley General de Salud, en su Disposiciones Complementarias, Transitorias y Finales del Título Preliminar, IV. La Salud Pública es responsabilidad primaria del Estado. La responsabilidad en materia de salud individual es compartida por el individuo, la sociedad y el Estado;

Que, la Ley N° 27604 en su artículo 3º, señala que; " Toda persona tiene derecho a recibir, en cualquier establecimiento de salud, atención médico quirúrgica de emergencia cuando lo necesite, estando los establecimientos de salud sin excepción obligados a prestar esta atención, mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida y salud. Después de atendida la emergencia, el reembolso de los gastos será efectuado de acuerdo a la evaluación del caso que realice el Servicio Social respectivo, en la forma que señale el Reglamento. Las personas indigentes debidamente calificadas están exoneradas de todo pago. El Reglamento establece los criterios para determinar la responsabilidad de los conductores y personal de los establecimientos de salud, sin perjuicio de la denuncia penal a que hubiere lugar contra los infractores";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA de fecha 28 de octubre del 2016, se resuelve aprobar el documento denominado "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los documentos normativos que expide el Ministerio de Salud, en el marco del proceso de descentralización; dentro de este contexto, el numeral 6.1.2. Directiva, Documento Normativo con el que se establece aspectos técnicos y operativos en materias específicas y cuya emisión puede obedecer a lo dispuesto en una norma legal de carácter general o de una NTS, tal es así que las Directivas pueden ser de aplicación, en todo el sector salud, si por la naturaleza de su contenido así se requiere, debiendo ser expresamente señalado en el ámbito de aplicación de las mismas; por la naturaleza de su contenido, las Directivas se denominan: Directivas Administrativas, cuando están dirigidas a temas del ámbito administrativo y Directivas Sanitarias, cuando están dirigidas a temas del ámbito sanitario;

Que, mediante Nota Informativa N° 161-2019-DPTO-EMERG. Y C.C. HONADOMANI-SB, de fecha 05 de junio de 2019, la Medico Jefe del Departamento Emergencia y Cuidados Críticos, hace llegara al Director General la Nota Informativa N° 183-SERVICIO DE EMERGENCIA-HONADOMANI-SB-2019, de fecha 04 de junio del 2019, del Jefe del Servicio de Emergencia donde adjunta el plan de respuesta frente al Parocardiorespiratorio (Código Rojo) elaborado en conjunto con el departamento, con la finalidad de tramitar su aprobación;

Que, mediante Nota Informativa N° 203-2019-OGC-HONADOMANI-SB, de fecha 29 de octubre de 2019, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad se dirige al Director Adjunto e informa que no habiendo observaciones pendientes de ser levantadas, la Oficina de Gestión de la Calidad da Opinión favorable a la "Directiva Sanitaria: Respuesta en la Atención de Personas Adultos y





Pediátricos con Paro Cardiorespiratorio en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé”;

Que, mediante Nota Informativa N° 223-2019-DA-HONADOMANI-SB, de fecha 30 de octubre de 2019, el Director Adjunto se dirige al Director General y pone de su conocimiento que ha evaluado los documentos y otorga opinión favorable para la aprobación de la “Directiva Sanitaria: Respuesta en la Atención de Personas Adultos y Pediátricos con Paro Cardiorespiratorio en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé”;

Que, mediante Memorando N° 450-2019-DG.HONADOMANI.SB, de fecha 04 de noviembre de 2019, el Director General, solicita al Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica proyectar la respectiva Resolución Directoral de Código Rojo; Directiva Sanitaria: “Respuesta en la Atención de Personas Adultos y Pediátricos con Paro Cardiorespiratorio en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé” – Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos;

Con la visación de la Dirección Adjunta y Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé;

En uso de las facultades y atribuciones conferidas al Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”, mediante Resolución Ministerial N° 949-2019/MINSA, y el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 884-2003 -SA/DM;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar la Directiva Sanitaria: “Respuesta en la Atención de Personas Adultos y Pediátricos con Paro Cardiorespiratorio (Código Rojo) en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé”, el cual consta de veinticuatro (24) folios, que debidamente visados forman parte integrante de la presente Resolución Directoral.

Artículo Segundo.- Disponer que el Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, implemente la difusión y cumplimiento de la citada Directiva Sanitaria en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”.

Artículo Tercero.- Disponer que la Oficina de Estadística e Informática, a través del responsable del Portal de Transparencia de la Institución, se encargue de la publicación de la presente Resolución Directoral, en la Dirección Electrónica www.sanbartolome.gob.pe.

Regístrese y Comuníquese

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME

M.C. CARLOS E. SANTILLAN RAMIREZ
Director General (e)
CMP 19186 RNE. 27489

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
SAN BARTOLOME
Documento Autenticado

SR. RODOLFO MELCHOR ANICAMA GÓMEZ
FEDATARIO
Reg. N° Fecha.....

08 NOV. 2019

CESR/CSA/ICCS

- CC.
- DA
- OAJ
- OGC
- D EyCC
- Archivo
- O. E.

“LOME” MINSA
y Cuidados Críticos

11 NOV. 2019

RECEPCIÓN

HORA: 11:40 FIRMA: M



CODIGO ROJO

DIRECTIVA SANITARIA: RESPUESTA EN LA ATENCION DE PERSONAS ADULTOS Y PEDIATRICOS CON PARO CARDIORESPIRATORIO EN EL HONADOMANI SAN BARTOLOME



**HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE
NIÑO SAN BARTOLOMÉ**

2019

Handwritten signature

INDICE

1. FINALIDAD.....	1
2. OBJETIVOS.....	2
3. AMBITO DE APLICACION.....	3
4. BASE LEGAL.....	4
5. DISPOSICIONES GENERALES.....	8
6. DISPOSICIONES ESPECIFICAS.....	10
7. RESPONSABILIDADES.....	11
8. EQUIPO DE SOPORTE VITAL.....	14
9. DISPOSICIONES FINALES.....	15
10. ANEXOS:	17
HOJA DE REGISTRO DE PAROCARDIORESPIRATORIO.....	
FORMATO DE EVALUACION DE REANIMACION CARDIOPULMONAR.....	
ALGORITMO DE PAROCARDIORESPIRATORIO PEDIATRICO.....	
ALGORITMO DE PAROCARDIORESPIRATORIO ADULTO.....	



A handwritten signature or mark in blue ink located at the bottom left corner of the page.

1. FINALIDAD

Existe evidencias de que es posible reducir la mortalidad y las secuelas que puede originar un parocardiorespiratorio si se organiza un plan estructurado e integrado que con lleve una mejora de la asistencia a la misma, acortando los tiempos de respuesta y optimizando la cadena de supervivencia hospitalaria.

La presente Directiva tiene como finalidad establecer una estrategia estructurada que conlleve a disminuir la morbimortalidad secundaria a un parocardiorespiratorio en nuestro hospital es decir un Plan de respuesta frente a un parocardiorespiratorio.

Dicho Código es fruto de la necesidad de los profesionales médicos y no médicos de nuestra Institución y del estímulo y apoyo de la gestión Institucional, habiendo participado en el mismo todos los estamentos hospitalarios (cuadro directivo del hospital, personal asistencial y administrativo), quienes en varias reuniones sostenidas se ha conseguido consensuar los contenidos de este documento lo que nos permitirá lograr los objetivos fijados.

Por ultimo este plan nace de una necesidad y vocación de servicio tanto a la sociedad en general como a la comunidad sanitaria de nuestra institución en la idea de mejorar la atención prestada, y brindar seguridad dentro de nuestro servicio.



2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVOS GENERALES

Establecer un sistema de activación del equipo de reanimación cardiopulmonar rápido y efectivo para restablecer las funciones cardiovasculares y reducir la morbimortalidad a corto plazo. Y evitar secuelas orgánicas de largo plazo

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Reconocer y tratar precozmente las situaciones factibles de desencadenar parocardiorespiratorio.
- Aplicar las técnicas de soporte vital básico en forma adecuada.
- Iniciar rápidamente las técnicas de Soporte Vital Avanzado.
- Contar con personal competente en la realización del Soporte Vital Básico y Avanzado en las diversas poblaciones que demandan atención en esta Institución.
- Realizar el procedimiento de desfibrilación temprana; incluso fuera de las áreas críticas.
- Designar los Coordinadores del código Rojo y resto de integrantes del equipo de soporte vital avanzado y las funciones de cada uno de los intervinientes en una parocardiorespiratorio.
- Contar con un programa de formación continua y evaluación periódica con simulacros en parocardiorespiratorio para el personal asistencial y no asistencial en lo básico.
- Contar en toda la institución con Coches de Paro estandarizados y equipados en las áreas asistenciales y administrativas que el presente manual considera.
- Estandarizar los Cuidados post resucitación, incluyendo el traslado asistido e ingreso temprano a las Unidades de alta complejidad (Ucis / Trauma Shock) o referencia a otra institución de salud si no se dispone de cupo en estas áreas de atención.
- Disponer de un registro detallado de los eventos de parocardiorespiratorio intrahospitalario, en la historia clínica y en registros específicos.



3. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente documento es de aplicación y cumplimiento obligatorio por todo el personal asistencial y administrativo de las Áreas y Servicios del Hospital nacional Docente San Bartolomé.

4. BASE LEGAL

- Ley N 26842 Ley General de Salud.
- Ley N 27604 Ley que modifica la Ley general de Salud 26842, Respecto de la obligación de los establecimientos de Salud a dar atención Médica en caso de emergencias y partos.
- Ley N° 27658- Ley Marco de Modernización de la gestión del Estado
- Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización de Funciones del Ministerio de Salud.
- NTS 042/MINSA/DGSP/V0.1 Norma Técnica de los Servicios de Emergencia
- Resolución Ministerial N° 616-2003-SA/DM “Aprueba el Modelo del Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales”
- Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA que aprueba la Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional.
- Norma Técnica NTS N° 119 MINSA/DGEIM V. 01 “Infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud de Tercer Nivel”.
- Resolución Ministerial N° 769-2004/MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contra referencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial 386-2006. Norma Técnica de los Servicios de Emergencia.
- Resolución Ministerial 516-2005 Guía Practica en Emergencia en Adulto.



A handwritten signature in blue ink, located at the bottom left of the page.

5. DISPOSICIONES GENERALES

El paro cardiorespiratorio constituye la Emergencia de mayor riesgo vital, que se puede presentar en el paciente hospitalizado o no, incluso los propios trabajadores del Centro Asistencial.

Los Hospitales son centros de gran complejidad que concentran la población con mayor riesgo de sufrir paro cardiorespiratorio, sin olvidar que cualquier visitante o trabajador de los mismos estar sujeto a este riesgo.

Plantaremos algunas definiciones a tomar en cuenta sobre el reconocimiento manejo en el paciente en paro y post parocardiorespiratorio.

Parocardiorespiratorio

Es el cese de la actividad mecánica de la respiración de la función cardiaca que resulta en la ausencia de la circulación sanguínea

Coche de paro

El coche de paro es una unidad móvil compacta, que garantiza y contiene los equipos y medicamentos necesarios para atender en forma inmediata una emergencia con amenaza inminente de Parocardiorespiratorio en los diversos servicios del hospital. (Para mayor información puede revisar Directiva de Coche de Paro).

Reanimación Cardiopulmonar básica

Es el conjunto de acciones que comprenden la detección temprana de un paciente en paro o riesgo de sufrir parocardiorespiratorio, la activación de los sistemas de emergencia y las maniobras iniciales que se deben emprender hasta la llegada del equipo especializado.

Reanimación cardiopulmonar avanzada.

Son aquellas maniobras que se deben aplicar para el tratamiento de un paro cardiorespiratorio, está a diferencia de la básica requiere medios técnicos y personal altamente capacitado. Estas tendrán eficacia si las maniobras básicas han sido oportunas y adecuadas.



Cadena de Supervivencia

La reanimación cardiopulmonar y el soporte vital, constituyen por si mismos herramientas eficaces para salvar vidas, si se aplican adecuadamente. Sin embargo, para una asistencia idónea del paro cardiorespiratorio es fundamental que haya una organización con medidas de prevención de un conjunto de actuaciones adecuadas e integradas desde el lugar donde se produce el paro cardiorespiratorio hasta el ingreso de la víctima en una unidad de cuidados críticos donde se aplicara los cuidados post paro, lo que se denomina cadena de supervivencia hospitalaria.

Esta cadena de supervivencia se puede representar con 05 eslabones conectados entre sí y que incluyen:

1. **IDENTIFICACIÓN Y TRATAMIENTO** precoz de las situaciones de riesgo que pueden desencadenar un parocardiorespiratorio. Salvo en los casos de paro inesperado suele haber un deterioro progresivo del paciente que se manifiesta por la aparición de signos y síntomas premonitorios de un parocardiorespiratorio, para así poder llegar a prevenirla.}
2. **DETECCIÓN PRECOZ** del paro cardiorespiratorio y actuación inmediata con medidas de reanimación cardio pulmonar básica e instrumentalizada por parte de los primeros intervinientes.
3. **DEFIBRILACIÓN TEMPRANA**, en caso de ser necesaria, y **activación** de los profesionales designados para la atención avanzada de parocardiorespiratorio.
4. Aplicación de **medidas de soporte vital avanzado y traslado** a Unidad de Cuidados Intensivos para **cuidados post resucitación** (tras el paro puede acontecer alteraciones importantes a nivel cerebral miocardio y de otros órganos que requerirán un soporte general y específico).

CUIDADOS POST PARO



A handwritten signature in blue ink, located at the bottom left of the page.

6. DISPOSICIONES ESPECIFICAS

6.1 Clasificación de áreas asistenciales según el riesgo de parocardiorespiratorio.

La clasificación de las áreas asistenciales según el riesgo se detalla en la tabla N° 1 (Anexo 08). Donde se entiende por áreas autosuficientes las que reúnen personal y medios adecuados para una atención completa del parocardiorespiratorio y por áreas no autosuficientes las que teniendo capacidad para realizar maniobras y técnicas de parocardiorespiratorio requieren de los equipos de soporte vital avanzado para una atención completa del parocardiorespiratorio.

6.2 Estrategias Específicas

Se plantean las siguientes estrategias:

- Reconocer y tratar precozmente las situaciones factibles de desencadenar parocardiorespiratorio.
- Aplicar las técnicas de soporte vital básico en forma adecuada.
- Realizar el procedimiento de desfibrilación temprana; incluso fuera de las áreas críticas.
- Iniciar rápidamente las técnicas de Soporte Vital Avanzado

Estandarizar los Cuidados post resucitación, incluyendo el traslado asistido e ingreso temprano a las Unidades de alta complejidad (Unidades de Cuidados Intensivos/ Trauma Shock) o referencia a otra institución de salud si no se dispone de cupo en estas áreas de atención.

Como el pronóstico del parocardiorespiratorio está relacionado entre otros factores con la precocidad en su atención y la calidad de las maniobras realizadas; en el plan del parocardiorespiratorio, se deben habilitar los mecanismos y medios necesarios para que, suceda donde suceda el parocardiorespiratorio, ambas premisas se cumplan.

Aplica a todos los pacientes pediátricos y adultos, que presenten parocardiorespiratorio en los servicios de urgencias, hospitalización, servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, consulta externa y demás instalaciones donde no se cuente con equipos humano idóneo e insumos para el manejo de pacientes en parocardiorespiratorio.



El procedimiento inicia cuando se halla un paciente en parocardiorespiratorio y termina cuando éste ha recuperado sus funciones vitales, es trasladado y es entregado en la unidad de cuidados intensivos o es referido a otra institución; o cuando fallece.

La activación del código rojo ocasionará o generará una respuesta inmediata.

Siempre que se active el código rojo pediátrico deberá actuar el personal programado en Pediatría como Líder, siendo el responsable del equipo en su turno. Además deberá acudir en forma inmediata el resto del equipo designada por el líder en cada turno.

El Anestesiólogo acudirá al llamado del líder, en caso de vía aérea difícil.

Si el Código Rojo es adulto deberá actuar el personal programado en uci Mujer o Gineco Obstetricia como Líder, siendo responsable del equipo en su turno.

Además deberá acudir en forma inmediata el resto del equipo designado por el Líder en cada turno..

La atención inicial del paciente será brindada donde se dé la situación inminente del parocardiorespiratorio. En caso la condición se de en una zona que no existe el coche de paro, se desplazara inmediatamente el coche hacia la habitación o lugar donde está el paciente.

El personal asistencial que no participe en la reanimación deberá ambientar el lugar dando facilidades al equipo reanimador, de acuerdo a las indicaciones del líder del equipo

6.2 ACTIVIDADES CRITICAS DEL CODIGO ROJO

Para efectivizar este código de forma adecuada se requiere:

Identificar de manera inmediata, al paciente que:

- No responde al llamado
- No respira (paro respiratorio), o respira mal (jadeo o pausas)
- No respira no tiene pulso carotideo , braquial

Que los Jefes de Guardia establezcan lo siguiente:

- Identificar y verificar al inicio de la guardia los miembros del equipo del código, estableciendo un líder de equipo.



6.3 INICIO DE CADENA DE SUPERVIVENCIA

Declaración del Código Rojo.

I. Activación Inmediata.

- Sistema de activación: La activación permite la reunión de todos los miembros del equipo de reanimación mediante el uso de señal sonora o de comunicación, usando el código rojo, difundido a todo el personal.
- La activación del código rojo **se iniciará pulsando la alarma** colocada en cada área designada por el personal que identifica persona en riesgo de paro o Paro Cardio Respiratorio, y **usando simultáneamente el perifoneo** que indicará el evento y su ubicación.
- La activación la hará el primero que sospeche un inminente parocardiorespiratorio o el primero que lo presencie en cualquier lugar del hospital (paciente que no responde al llamado y estímulo táctil).

II. Actuación del Equipo de Soporte Básico Vital

- Llegada del equipo de Código rojo al sitio de llamado y toma inmediata de las posiciones de trabajo bajo la supervisión del líder dando roles al equipo de trabajo
- Seguimiento estricto de los protocolos de reanimación según sea el caso adulto o pediátrico.
- Ante la necesidad y al llamado del equipo de código rojo acudirán el tecnólogo médico o técnico laboratorio para la obtención de muestras necesarias. En la misma condición acudirá el tecnólogo de radiología con el equipo de Rx portátil u otros requeridos.
- En pacientes hospitalizados según necesidad, el médico responsable del paciente, donde se brinda la atención realizarán las interconsultas, traslados y otros que se requiera.
- En los casos de paro cardiorrespiratorio en áreas de atención ambulatoria y administrativas, el equipo de reanimación conducirá al paciente a emergencia – traumaschok para continuar la atención



[Handwritten signature]

- Los responsables de la atención del paciente, registrarán todos los eventos de la reanimación con control de tiempos en la Ficha Ulstein y en la Historia Clínica.
- La finalización del Código será determinada por el Líder.

Acciones Post - Paro

- Atención e información a los familiares y otros según sea el caso por el médico tratante
- Revisión de Registros del Evento. Por el líder del equipo y médico tratante.
- Evaluación de la adherencia al procedimiento (debriefing) con participación de todo el equipo.

6.4 UBICACIÓN DE PULSADOR DE ALARMA: Se ubicarán en:

- Triage de Emergencia Pediátrico y Obstétrico
- Hall principal del hospital
- Puerta principal de acceso a emergencia.
- Zonas de consultorio externo: Pediatría, Ginecología- Especialidades adultos- Radiología, Cirugía, Crecimiento y Desarrollo – Consultorio Externo Recién Nacidos, Consultorio Externo Terapia Física, Nefrología, Cuna, Consultorio Externo Gineco Obstetricia y Adolescente.
- Zonas de hospitalización: Pediatría, Cirugía, Gineco Obstetricia (2°, 3°, 4° piso)
- Áreas Administrativas: 4° piso, Laboratorio, Dirección, Servicio Social, Economía, Farmacia.



[Handwritten signature]

6.5. EQUIPAMIENTO DE LAS AREAS ASISTENCIALES

Además del Equipo de Código Rojo organizado y capacitado, es indispensable contar con un coche de paro debidamente implementado y disponible las 24 horas del día

Coche de paro (Definición ver disposiciones generales pag 4)

Ubicación de los Coches de Paro

- **En áreas asistenciales:**

Unidad de Control para el Tratamiento de Diarrea, Sala de Rayos X, Banco de Sangre, Hospitalización cirugía Pediátrica, Hospitalización Gineco Obstetricia segundo piso, Hospitalización Medicina Pediátrica, Hospitalización Gineco Obstetricia tercer piso, Hospitalización Gineco Obstetricia cuarto piso, Consultorio de Vacunación.

El coche de paro implementado incluirá un Desfibrilador (*) externo automático o semiautomático, un pulsoxímetro (opcional), el protocolo de parocardiorespiratorio, tablas de algoritmo de parocardiorespiratorio básico y una camilla básica preparada para el Transporte del paciente crítico.

(*) Desfibriladores: según el tipo de área asistencial; se proporcionara, automáticos para consultas externas y semiautomáticas para hospitalización.

En áreas administrativas:

Dirección y Oficina de Seguros

En estas áreas se contará con desfibriladores automáticos externos.

6.6 EQUIPO DE SOPORTE VITAL

1 INTEGRANTES Y FUNCIONES

I. Jefe de Equipo (Líder)

Médico de Trauma Shock o medico intensivista Uci Mujer o Gineco Obstetra, Neonatólogo, Pediatra o Intensivista Pediatra



Responsabilidades:

- Organiza el grupo
- Indica los pasos a seguir siguiendo el protocolo de RCP básico o avanzado según sea el caso.
- Supervisa las actuaciones individuales de los miembros del equipo.
- Define claramente sus funciones de los integrantes del equipo
- Constata que el masaje sea el correcto.
- Asegura que la vía aérea este correctamente manejada.
- Decide sobre interconsultas a otros especialistas y la necesidad de exámenes y procedimientos
- Informa a los miembros de equipo
- Vigila e interpreta monitoreo.
- Indica medicación
- Es quien decide continuar o terminar la reanimación
- Toma decisiones sobre el traslado, entrega el paciente a unidades de cuidados intensivos.
- En general da órdenes claras y sencillas.
- Informa a familiares.

II. Asistente de vía aérea

Responsabilidades:

- Abre la vía aérea
- Proporciona Ventilación Bolsa Máscara
- Introduce dispositivos complementarios para la vía aérea según corresponda (mascara laríngea y/o procede a intubar).
- En caso de vía aérea difícil manifiesta al líder la necesidad de solicitar apoyo al anestesiólogo de turno.

III. Asistente de Masaje – Circulación

Responsabilidades:

- Sera responsable de iniciar masaje cardiaco.
- Es responsable de la calidad de las compresiones.
- Sera relevado cada dos minutos. El relevo deberá ser de inmediato y sin interrupciones.



[Handwritten signature]

IV. Asistente de Desfibrilación/Monitor.

Responsabilidades:

- Al inicio de su turno verifique la función del Desfibrilador Externo Automático de su área.
- En caso de activación de código rojo, trae y utiliza el Desfibrilador Externo Automático.
- Se intercambia con encargado de compresiones cada 2 minutos o antes si presenta signos de fatiga.
- Si hay un monitor lo coloca en el lugar donde el líder del equipo y la mayoría del mismo.
- Verificar cada dos minutos/ o cinco ciclos la respuesta a la reanimación en forma coordinada con el líder de equipo y con el asistente de la vía aérea.
- Alista asimismo el monitor para el traslado interno o externo

V. Asistente de Medicamentos

Responsabilidades:

El personal designado como tal (enfermera u obstetra según sea el caso)

- Canaliza 2 venas periféricas gruesas con catéter, o en su defecto vía intraósea
- Prepara y administra los medicamentos, indicando la administración efectiva en voz alta.
- Se asegura de reponer los medicamentos y elementos utilizados hasta dejar completo el inventario del coche de paro.
- Registra tiempos en historia clínica.

VI. Asistente de Registro en Che Lista de paro Cardiorrespiratorio

Responsabilidades:

- Registra la hora de intervenciones y de la medicación
- Mide tiempos de las diversas acciones de parocardiorrespiratorio
- Avisa cuando se deben llevar a cabo las próximas intervenciones.
- Registra las frecuencias y duración de las interrupciones de las compresiones.

Trasmite estos datos al líder y resto del equipo



VII. Asistente de laboratorio

Responsabilidades:

- Acudir al llamado del líder del equipo del código rojo en cada turno
- Identifica al jefe de equipo, se presenta para luego recibir las indicaciones sobre los exámenes a realizar.
- Usa su maletín de toma de muestras para la obtención de las mismas, bioquímicas, hematológicas e inmunológicas, y los lleva inmediatamente para su procesamiento.
- Informará oportunamente sobre los resultados al equipo de trabajo ya sea en persona, impreso o por sistema interconectado.

VIII. Asistente de Radiología

Dicho personal realizara estudios de urgencia según solicitud del líder, dando prioridad a las mismas.

7. RESPONSABILIDADES: COORDINADORES DE CODIGO ROJO

Existen diversas responsabilidades designadas que empiezan desde la Dirección del Hospital, las Jefaturas Medicas y Personal en general Asistencial:

- El Director del Hospital que aprueba el presente manual mediante Resolución Directoral
- El Jefe de Servicio de Emergencia se encargara de la supervisión, sociabilización y uso del manual
- En cada Servicio ,el Jefe , la Jefatura de Enfermería del mismo y el Coordinador de farmacia del servicio respectivo , son los responsables de la implementación de los coches de paro tomando como referencia la Directiva de Coche de paro Institucional
- El médico jefe de guardia, es responsable de facilitar la labor del equipo del código rojo y brindar lo necesario para la adecuada atención.
- Coordinadores del Código Rojo



Los coordinadores deberán ser designados por la Dirección del Hospital

Coordinador General: Será el Director Medico

Coordinador por Áreas:

- Coordinador de Emergencia
- Coordinador de Dpto. Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento
- Coordinador de Consultorios Externos pediatría y cirugía
- Coordinador de consultorios externos Ginecología, Odontología y Especialidades Médicas Adultos.
- Coordinador de Consultorios área Cochera hospital

Los coordinadores deberán ser designados por la Dirección del Hospital

Coordinador General: Será el Director Medico

Coordinador por Áreas:

- Coordinador de Emergencia
- Coordinador de Dpto. Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento
- Coordinador de Consultorios Externos pediatría y cirugía
- Coordinador de consultorios externos Ginecología, Odontología y Especialidades Médicas Adultos.
- Coordinador de Consultorios área Cochera hospital
- Coordinador de Hospitalización Pediátrica
- Coordinador de Hospitalización ginecología y obstetricia
- Coordinador de hospitalización de Cirugía Pediátrica y Neonatología
- Coordinador de áreas administrativas y/o líder de admisiones

Funciones de los coordinadores

Coordinador General:

- Velar por el cumplimiento de la adecuada respuesta frente al parocardiorespiratorio.
- Asegurar la programación de los integrantes del equipo del Código Rojo.
- Publicar el rol mensual de los responsables del equipo del Código Rojo en cada turno (líder), debiendo programar un líder para pacientes pediátricos y otro para casos adultos; usando el medio audiovisual (tv Emergencia) y además en cada área donde se ubican los sistemas de alarma.



[Handwritten signature]

- Así mismo realizará coordinaciones con los entes respectivos para que todas las Áreas de Consulta, Hospitalización y Administrativas estén implementadas, equipadas y con el recurso humano encargado de la coordinación del Código Rojo.

Coordinadores por Áreas

- Los coordinadores de cada área serán los responsables de verificar que el Coche de su sector tenga la(s) supervisiones correspondientes, según la Directiva del Coche de Paro. (Ver Directiva de Coche de Paro institucional).
- Coordinar permanentemente con el coordinador general del Código Rojo.

9 DISPOSICIONES FINALES.

La activación del código rojo ocasionará o generará una respuesta inmediata.

Siempre que se active el código rojo pediátrico deberá actuar el personal programado en Pediatría como Líder, siendo el responsable del equipo en su turno. Además deberá acudir en forma inmediata el resto del equipo designada por el líder en cada turno.

El Anestesiólogo acudirá al llamado del líder, en caso de vía aérea difícil. Si el Código Rojo es adulto deberá actuar el personal programado en Unidad de Cuidados Intensivos Mujer o Gineco Obstetricia como Líder, siendo responsable del equipo en su turno. Además deberá acudir en forma inmediata el resto del equipo designado por el Líder en cada turno..

La atención inicial del paciente será brindada donde se dé la situación inminente del parocardiorespiratorio. En caso la condición se de en una zona que no existe el coche de paro, se desplazara inmediatamente el coche hacia la habitación o lugar donde está el paciente.

El personal asistencial que no participe en la reanimación deberá ambientar el lugar dando facilidades al equipo reanimador, de acuerdo a las indicaciones del líder del equipo



(Handwritten signature)

9.1 REGISTRO DEL PARO CARDIORESPIRATORIO EN LA HISTORIA CLINICA Y FORMATO DE ATENCION:

- El departamento de Emergencia y Cuidados Críticos promueve realizar el registro de los Parocardiorespiratorio Intrahospitalarios en formato especial con la finalidad de hacer retroalimentación para corregir las deficiencias detectadas y evaluar la eficacia de las medidas correctivas.
 - Se incluirán en el registro todos los parocardiorespiratorios acontecidos en el hospital, hasta el alta del paciente o fallecimiento.
- Velar por el registro de todos los eventos de parocardiorespiratorio en las historias clínicas de cada caso Ver anexo N° 01, página 19

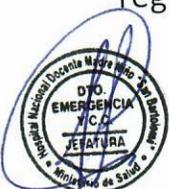
9.2 PROGRAMA DE CAPACITACION Y EVALUACION PERMANENTE

Capacitación:

- Todo el personal que lidere o coordine equipos de respuesta al parocardiorespiratorio (CODIGO ROJO) deberá estar acreditado como Proveedor de parocardiorespiratorio básico y Avanzado (Pediátrico o adulto)
- Los profesionales de la Salud: Médicos, Enfermeras que laboran en áreas críticas deberán estar acreditadas en parocardiorespiratorio básico y avanzado.
- El personal médico, enfermería y obstetras que laboran en emergencia deberán estar acreditados en parocardiorespiratorio básico y Avanzado.
- El Coordinador General del Código Rojo velara que el 100% de personal asistencial no profesional que labora en emergencia y en otras áreas, este capacitado continuamente en parocardiorespiratorio básica, la que debe ser a través de la réplica realizadas por el personal acreditado por la institución.
- El total del personal asistencial profesional que labora en la institución fuera de las áreas críticas debe recibir capacitación en Soporte Vital Básico.

10.3 Evaluación.

El Departamento y el servicio de emergencia realizará evaluaciones vía simulacros de parocardiorespiratorio y evaluara periódicamente hojas de registro. Ver anexo N° 02 página 18



A handwritten signature in blue ink, located below the official stamp.

Anexo N° 01

11.4. Regist

REGISTRO DE PARO CARDIORESPIRATORIO INTRAHOSPITALARIO

Fecha del Evento: ___/___/___ Nombre del Paciente: _____ HC: _____
Día Mes Año

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Edad: ___/___/___ Sexo: ___/___ Peso: ___/___ Talla: _____
Día Mes Año Años Meses Días Masculino Femenino kg g cm

1. UBICACIÓN DEL EVENTO:
 Emergencia Sala de Operaciones
 Traumashock Recuperación
 Apoyo al Diagnóstico Hospitalización Otro: _____

2. INTERVENCIONES DE SOPORTE VITAL AVANZADO EN LA ESCENA:
 Si Cardioversión/Desfibrilación Acceso IV/IO
 Intubación Endotraqueal Inotrópicos/Antiarrítmicos
 Ventilación Mecánica Otras
 No Otras: _____

3. PARO CARDIORESPIRATORIO: Presenciado Si No Monitorizado Si No

4. HOSPITALIZACIÓN: Fecha: ___/___/___
Día Mes Año

5. CAUSA PRECIPITANTE DEL PARO: Indique solo una (Más Probable)
 CAUSA: Cardíaca Quirúrgico Arritmia Metabólica
 Tratamiento Médico No Cardíaco Hipotensión Toxica
 Trauma Quirúrgico Trauma No Quirúrgico Depresión Respiratoria Desconocido
 Procedimiento Diagnóstico Otras: _____

6. INTENTO DE RESUCITACIÓN:
 Si Vía Aérea Masaje Cardíaco Desfibrilación
 No Encontrado Muerto Considerado No Recuperable Código de No Reanimación

7. CONDICIÓN AL INICIAR RESUCITACIÓN
 Consciente: Si No
 Respirando: Si No
 Pulso: Si No

8. PRIMER RITMO OBSERVADO: Registrado: Si No
 FV/TV Bradicardia Asistolia
 Ritmo que perfunde Actividad eléctrica sin pulso

REGISTRO DE TIEMPO	Evento	Llamada de ayuda	Llegada de equipo RCP	PCR Confirmado	Inicio de RCP				1era desfibrilación	Vía Aérea Avanzada	1era Dosis de Adrenalina			Retorno a circulación espontánea (RCE)		Suspensión de RCP	
					E	M	T	O			IV	OT	IO	SI	NO	RCE	Muerto
HORA																	

9. TIEMPO DE CIRCULACIÓN ESPONTANEA POST RCP: Menos de 20' Menos de 24h Más de 24h

10. CAUSA DE MUERTE:
 Súbita Cardíaca Trauma ECV
 IMA Desconocido Otra
 ICC Daño Cerebral

11. CONFIRMADO POR:
 Historia Clínica Médico
 Certificado Defunción Otro: _____
 Autopsia

12. MUERTE INTRAHOSPITALARIA: Diligencia sólo si el tiempo de circulación espontánea es mayor a las 24 horas Post RCP
 Fecha: ___/___/___ Hora: ___/___ (00:00 a 24:00 horas)
Día Mes Año Hora Minutos

13. EGRESO VIVO: Fecha: ___/___/___ Referencia: Si No Destino: _____
Día Mes Año

14. ESTADO NCIONAL AL EGRESO: Normal No limitado Limitado Comatoso

Responsable del Llenado: _____ Firma: _____



Anexo N° 02

FORMATO DE EVALUACIÓN DE SIMULACROS DE RCP

FECHA: _____

HORA: _____

LUGAR: _____

A. ACTIVACIÓN DE ALARMA				
CÓDIGO ROJO	¿SE ACTIVO?		HORA DE ACTIVACIÓN	RESPONSABLE DE LA ACTIVACIÓN
	SI	NO		
Alarma				
Sirena				
Perifoneo				
B. PROCESOS DE RCP AVANZADO				
Procesos Generales a Evaluar	HORA DE INICIO	INDICADORES		
Compresiones Torácicas		Indicador: personal de salud masajeando constantemente		
Vía Aérea Avanzada		Indicador: profesional médico con el material y asistencia lista para colocar TET, luz de laringo		
Inicio de Ventilaciones		Indicador: Ambu con fuente de oxígeno		
Monitorización cardiaca		Indicador: Instalación de monitor cardiaco o paletas de desfibrilador con gel		
Vía venosa periférica permeable		Indicador: Instalación de venoclisis con soporte		
Uso de desfibrilador		Indicador: desfibrilador cargado y listo para usarse		
C. PROCESOS EN ENFERMERÍA				
Procesos en Enfermería a evaluar	HORA	INDICADORES		
Oxígeno (Ambu, 10 a 15 L/min)		Indicador: Ambu conectado a fuente de Oxígeno		
Bomba de infusión		Indicador: bomba de infusión en soporte		
Aspiración de secreciones		Indicador: Aspirador de secreciones con dos sondas, oral y TET		
Vía venosa periférica 1		Indicador: Equipo de venoclisis listo para ser instalado		
Vía venosa periférica 2		Indicador: Equipo de venoclisis listo para ser instalado		
Sonda Naso gástrica		Indicador: sonda nasogastrica del tamaño pertinente lista para ser instalada		
Sonda Vesical		Indicador: sonda vesical del tamaño pertinente lista para ser instalada		
Posición y presentación adecuada del paciente		Indicador: superficie firme, cabecera a 180° que permita manjibrar		
Registro de Procedimientos: Personal en Enfermería que inicia el registro del RCP		Indicador: historia clínica manejada por personal de salud o registro de RCP		
D. MEDICAMENTOS, INSUMOS Y EQUIPOS				
Coche de paro	SI	NO	OBSERVACIONES	
Equipo de Vía Aérea (Laringoscopio, TET, Guía, etc.)				
Resucitador Manual (Ambu)				
Desfibrilador externo (Electrodos/paletas de monitorización, gel, carga adecuada)				
Drogas para la reanimación (Jeringas, Ampollas dispuestas, Volutrol instalado)				
Bomba de infusión	SI	NO	OBSERVACIONES	
Instalación, Soporte, Goteo, Programación, etc.				
Aspirador de secreciones	SI	NO	OBSERVACIONES	
Instalación, Sondas de aspiración oral y por TET, funcionando				
E. BIOSEGURIDAD Y SEGURIDAD				
Bioseguridad	Personal de Salud usa guantes:		SI NO	



[Handwritten signature]

Anexo N° 03

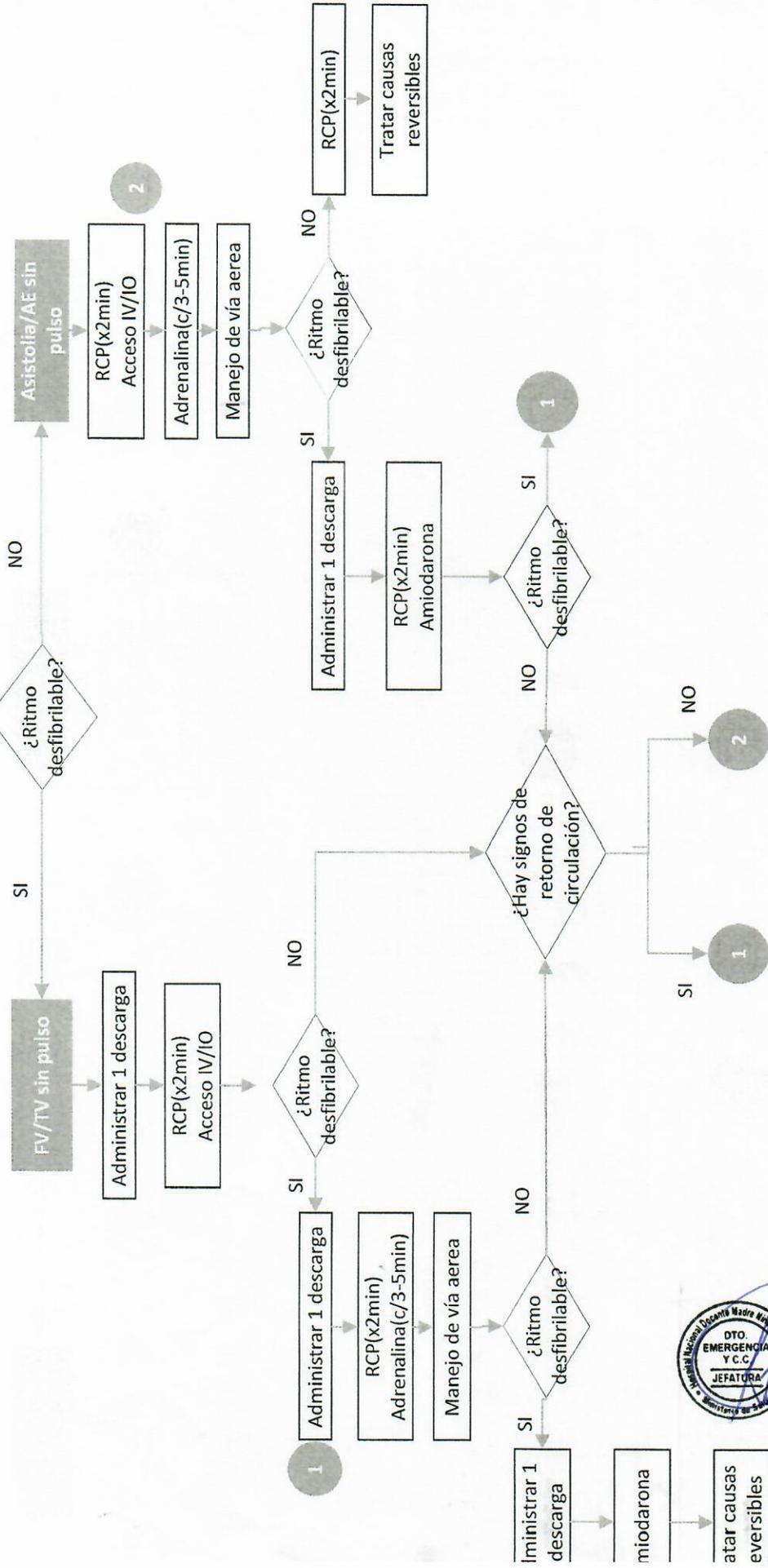
F. EQUIPO DE RCP HOSPITALARIO			
EQUIPO MEDICO	Servicio	Especialidad	Hora de Llegada
	TRAUMASHOCK/MEDICINA/ ANESTESIOLOGÍA/CIRUGÍA/OTROS		
Medico Jefe de Equipo			
Medico Coordinador			
Medico Asistente 1			
Medico Asistente 2			
EQUIPO EN ENFERMERAS (OS)	Servicio	Especialidad	Hora de Llegada
	TRAUMASHOCK/MEDICINA/ ANESTESIOLOGÍA/CIRUGÍA/OTROS		
Licenciada en Enfermería Asistente 1			
Licenciada en Enfermería Asistente 2			
Licenciada en Enfermería Asistente 3			
EQUIPO DE TÉCNICAS (OS) EN ENFERMERÍA	Servicio	Especialidad	Hora de Llegada
	TRAUMASHOCK/MEDICINA/ ANESTESIOLOGÍA/CIRUGÍA/OTROS		
Técnica en Enfermería 1			
Técnica en Enfermería 2			
Técnica en Enfermería 3			
EQUIPO ASISTENCIAL	Hora de Llegada		
Laboratorio			
Rayos X			
Referencia y Contrareferencias			
Farmacia			
EQUIPO DE APOYO	Hora de Llegada		
Mantenimiento			
Seguridad y vigilancia			
Limpieza			
Otros			
G. OBSERVACIONES			



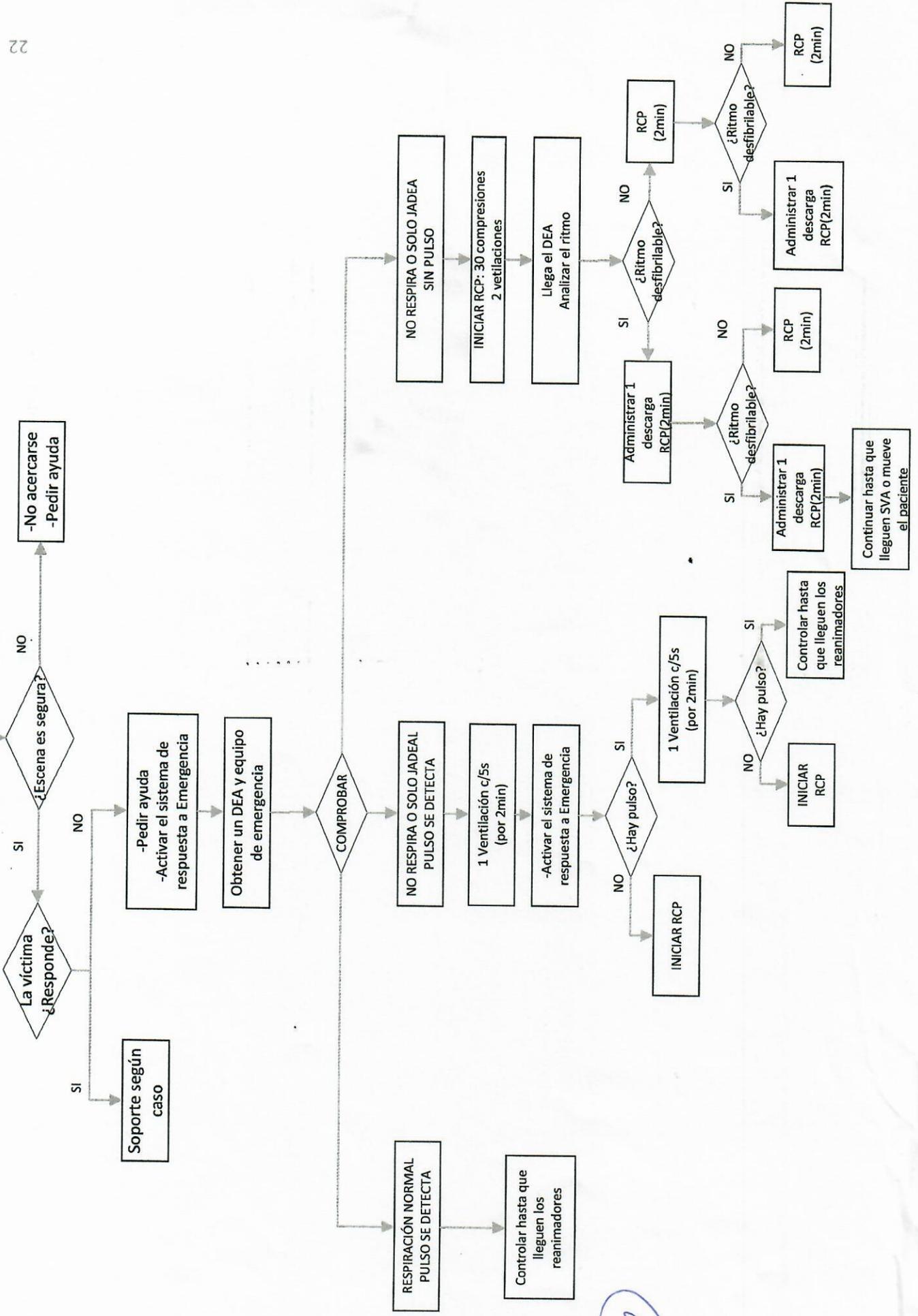
[Handwritten signature]

PROTOCOLO N° 5.- PARO CARDIACO
 a ayuda/Active el sistema
 respuesta de emergencias

INICIAR RCP
 -Administrar O2
 -Conectar monitor/desfibrilador



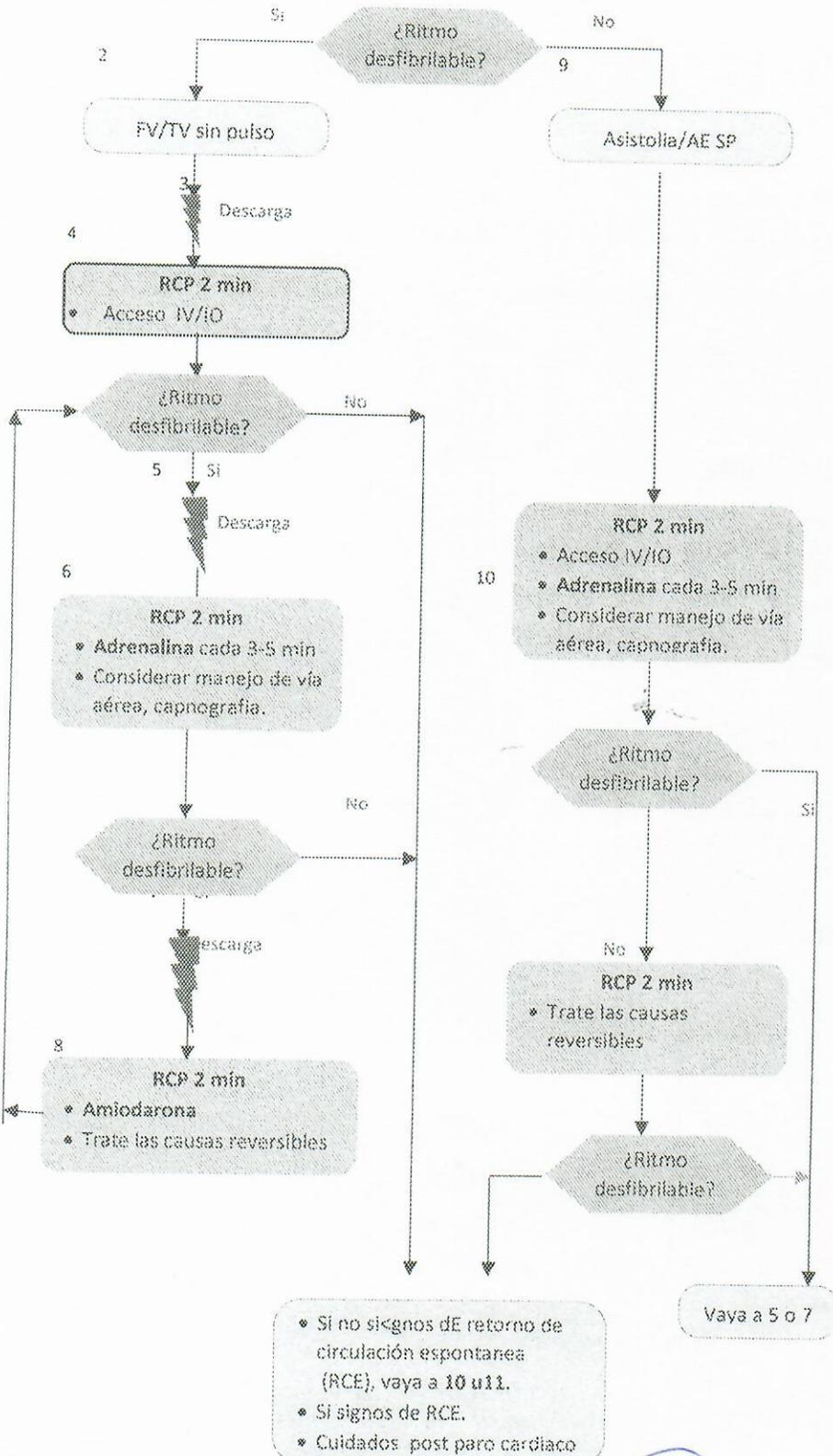
IDENTIFICAR VÍCTIMA



[Handwritten signature]



Anexo N° 07



Anexo N°8 Definición de áreas de riesgo

AREAS DE RIESGO ALTO	AREAS DE RIESGO MEDIO	AREAS DE RIESGO BAJO
<p>Autosuficientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. • Unidad de Cuidados Intensivos del Niño y Adolescente. • Unidad de Cuidados Intensivos de la Mujer • Trauma Shock Emergencia • Recuperación Post Quirúrgica • Sala de Operaciones 	<p>Autosuficientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sala de Procedimiento Endoscópica • Sala de Hospitalización de Medicina Pediátrica • Sala de Cirugía Pediátrica • Sala de Hospitalización de Ginecología y Obstetricia. • Tópicos de Emergencia Médicos y Quirúrgicos. • Sala de Partos. 	<p>No Autosuficientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Áreas de Consulta Externa. • Inmunizaciones. • Áreas administrativas.
<p>No Autosuficientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salas de Exámenes Especiales Radilógicos 		

