



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

Plan Hospitalario de Resucitación Cardiopulmonar y Soporte Vital

CADENA DE SUPERVIVENCIA HOSPITALARIA



Hospital Universitario Virgen de la Victoria

1ª edición, octubre 2013

**PLAN HOSPITALARIO DE RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR Y SOPORTE VITAL
DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA**

EDITA: Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias, H U Virgen de la Victoria

ISBN: 978-84-695-8379-1

Diseño y maquetación: Mónica López



AUTORES

- María Victoria de la Torre Prados, Directora UGC de CC y U, HUW, Coordinadora del Comité de Atención a las PCIH, HUW
- Antonio González Gómez, Subdirección de Enfermería. Enfermero de Neonatología, HUW
- Ángel García Alcántara, FEA de Críticos, Responsable de Formación RCP, HUW
- Paloma Tejedor Valcárcel, Jefe de Bloque de Hospitalización Quirúrgica, HUW
- Manuel Jiménez Ruiz, Enfermero de la Unidad de Formación, Secretario del Comité PCIH, HUW
- Agustín Hernández Bayo, FEA de Críticos, responsable del Registro de PCIH, HUW
- Carmen Reina Artacho, FEA de Críticos, Tutora MIR de Medicina Intensiva, HUW
- María José Molero Pardo, Enfermera de Críticos, HUW
- Juan Antonio Guzmán Guzmán, Enfermero de Urgencias, HUW
- Carmen Ramos Rueda, Supervisora de Cuidados en Urgencias
- Rosario Mora Santiago, FEA de Farmacia Hospitalaria, HUW
- José Manuel Fernández Oviés, Director UGC de Farmacia Hospitalaria, HUW
- Carlos Yuste Jiménez, Maestro Industrial de Electromedicina, HUW
- María Morales Aguilar, Responsable de Mantenimiento, HUW
- Carmen Trujillano Fernández, MIR 5º año Medicina Intensiva, HUW
- Jonathan Pérez Vacas, MIR 4º año Medicina Intensiva, HUW

Este Plan Hospitalario de Resucitación Cardiopulmonar y Soporte Vital fue aprobado por el Comité de Atención a las Paradas Cardíacas Intrahospitalarias del Hospital Universitario Virgen de la Victoria en Mayo de 2013

- María Victoria de la Torre Prados, Directora UGC de CC y U, Coordinadora del Comité de Atención a las PCIH, HUW
- Manuel Jiménez Ruiz, Enfermero de la Unidad de Formación, Secretario del Comité de Atención a las PCIH, HUW
- Agustín Hernández Bayo, FEA de Críticos, responsable del Registro de PCIH, HUW
- Ángel García Alcántara, FEA de Críticos, responsable de Formación RCP HUW
- Deogracias González Orihuela, Coordinador Cuidados y Supervisor UCI de CC y U, HUW
- Andrés Buforn Galiana, SCCU, Responsable de PCIH en Urgencias, HUW
- Carmen Rueda Ramos, Supervisora de Cuidados de Urgencias, HUW
- Rosario Mora Santiago, FEA de Farmacia Hospitalaria, HUW
- José Manuel Fernández Oviés, Director UGC de Farmacia Hospitalaria, HUW
- Pedro Valdivielso Félices, Director UGC de Medicina Interna, HUW
- José Luis Escolar Castellón, Jefe de Sección de Medicina Interna, HUW

- Juan Campano Molina, Jefe de Bloque de Hospitalización Médica, HUW
- Resi de Luna Díaz, Directora UGC de Cirugía General y Digestiva, HUW
- Paloma Tejedor Valcárcel, Jefe de Bloque de Hospitalización Quirúrgica, HUW
- Mercedes Sánchez García, Supervisora Cuidados Consultas Externas, HUW
- Antonio González Gómez, Enfermero de Neonatología, HUW
- Francisca Díaz Pérez, Coordinadora de Cuidados de Salud Mental, HUW
- Luis Rodríguez García, Jefe de Sección Medicina Interna, H. Marítimo, HUW
- Francisco Rodríguez Martínez, FEA Medicina Interna, H. Marítimo, HUW
- Mari Paz Piña Fernández, Supervisora de Cuidados, H Marítimo, HUW
- Juan Robledo Carmona, FEA de Cardiología, C. Especialidades SJO, HUW
- Agustín Martos Pozo, Supervisor de Cuidados, C. Especialidades SJO, HUW
- Carlos Yuste Jiménez, Maestro Industrial de Electromedicina, HUW
- María Morales Aguilar, Responsable de Mantenimiento, HUW

ÍNDICE

1.1 Introducción.....	9
1.2 Epidemiología.	
1.3 Definición de Parada Cardíaca Intrahospitalaria.	
1.4 Etiología.	
María Victoria de la Torre Prados, Antonio González Gómez, Ángel García Alcántara	
2.1 Funciones del Comité de Atención a Paradas Cardíacas Intrahospitalarias.....	13
2.2 Objetivos del Plan de Resucitación Cardiopulmonar y Soporte Vital.	
María Victoria de la Torre Prados, Antonio González Gómez, Ángel García Alcántara	
3 La Cadena de supervivencia intrahospitalaria.....	16
Anexos 1, 2, 3 y 4.	
María Victoria de la Torre Prados, Ángel García Alcántara, Carmen Trujillano Fernández	
4.1 Activación del Soporte Vital Avanzado a través de centralita, Anexo 5.....	22
4.2 Circuito de llamadas en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Anexo 6 y 9.	
4.3 Hospital Marítimo de Torremolinos, Anexo 7 y 9. 4.4 Centro de Especialidades San José Obrero, Anexo 8 y 9.	
María Morales Aguilar, María Victoria de la Torre Prados, Carmen Reina Artacho	
5.1 Soporte Vital Instrumentalizado y Avanzado.....	26
5.2 Registro de Parada cardíaca, Anexo 10	
María Victoria de la Torre Prados, Agustín Hernández Bayo, Carmen Reina Artacho	
6 Adquisición de Equipamiento y normalización de los diferentes Carros de Parada Cardiorrespiratoria.....	29
Juan Antonio Guzmán Guzmán, María Victoria de la Torre Prados, Antonio González Gómez	

ÍNDICE

7.1 Normalización de la medicación y fluidoterapia para la PC en el Carro de RCP (Anexos 11, 12 y 13).....31

7.2 Normalización de la medicación y fluidoterapia de Urgencias en áreas de Hospitalización, Anexo 14.

Rosario Mora Santiago, José Manuel Fernández Oviés, María Victoria de la Torre Prados

8 Ubicación de los carros de parada y desfibriladores. Mapas de situación. Anexos 16, 17 y 18.....34

Antonio González Gómez, Paloma Tejedor Valcárcel, Carlos Yuste Jiménez

9 Contenidos y distribución del material en los Carros de Parada Cardíaca. Anexos 19, 20, 21, 22, 23 y 24.....39

Juan Antonio Guzmán Guzmán, María Victoria de la Torre Prados, Antonio González Gómez

10.1 Guía e instrucciones para el mantenimiento de los carros de Parada Cardíaca. Anexo 25.....42

10.2 Revisiones Periódicas. Anexo 25.

Juan Antonio Guzmán Guzmán, María Victoria de la Torre Prados, Carmen Ramos Rueda

11 Comprobación y actuaciones en desfibriladores semiautomáticos externos tras uso.....45

Carlos Yuste Jiménez, María Morales Aguilar, Paloma Tejedor Valcárcel

12 Componentes y Responsables de Respuesta ante Paro cardíaco en HU VV. Equipo de Emergencia Interna, Anexo 26.....47

María Victoria de la Torre Prados, Ángel García Alcántara, Agustín Hernández Bayo

13 Indicadores de Calidad en la respuesta de la Parada Cardíaca intrahospitalaria. Figura 3.....52

María Victoria de la Torre Prados, Ángel García Alcántara, Carmen Trujillano Fernández

14 Prevención de las paradas cardíacas intrahospitalarias. Figuras 4 y 5.....55

María Victoria de la Torre Prados, Ángel García Alcántara, Paloma Tejedor Valcárcel

ÍNDICE

15 Mapa de Riesgo de las paradas Cardíaca Intrahospitalarias del Hospital Universitario Virgen de la Victoria.....	59
Agustín Hernández Bayo, María Victoria de la Torre Prados, Ángel García Alcántara	
16 Formación en Soporte Vital Instrumentalizado y Soporte Vital Avanzado.....	61
Manuel Jiménez Ruiz, Ángel García Alcántara, Paloma Tejedor Valcárcel	
17.1 Orden de no Resucitación Cardiopulmonar, Anexo 27	
17.2 Voluntad Vital Anticipada, Anexo 28.....	65
María Victoria de la Torre Prados, María José Molero Pardo, Jonathan Pérez Vacas, María Isabel González Florido	
18. Bibliografía.....	69
19. Abreviaturas.....	72

ANEXOS

1 Anexo: Poster de Resucitación Cardiorrespiratoria Hospitalaria	74
2 Anexo: Poster de Soporte Vital Básico y Desfibrilación Externa Automática.....	76
3 Anexo: Poster de Soporte Vital Avanzado. Algoritmo Universal.....	78
4 Anexo: Poster Soporte Vital Avanzado. Algoritmo de Bradicardia	80
5 Anexo: Registro de Llamadas en Centralita.....	82
6 Anexo: Cartel Activación Soporte Vital Avanzado en PCR en HU W....	84
7 Anexo: Cartel Activación Soporte Vital Avanzado en PCR en H Marítimo.....	86
8 Anexo: Cartel Activación Soporte Vital Avanzado en PCR en CESJO	88
9 Anexo: Circuito Llamadas en Parada CR en HU W.....	90
10 Anexo: Registro Parada cardíaca Intrahospitalaria.....	92

ANEXOS

11 Anexo: Medicación y Fluidoterapia Carro Parada Cardíaca Normalizado.....	94
12 Anexo: Reposición Medicación Carro de Parada Cardíaca Normalizado.....	96
13 Anexo: Reposición de Fluidoterapia del carro Parada cardíaca Normalizado.....	98
14 Anexo: Stock de Fármacos de Urgencias en Hospitalización..	100
15 Anexo: Señalización Disponibilidad de desfibrilación precoz del ILCOR.....	102
16 Anexo: Mapa Situación Carros de Parada y DESAs en Planta Baja, HUV.....	104
17 Anexo: Mapa de situación de los carros de parada y DESAs en planta Baja H Marítimo Torremolinos.....	106
18 Anexo: Mapa de situación de los carros de parada y DESAs en Semisótano de CESJO.....	108
19 Anexo: Carros de parada Modelo Lifeline, Urgencias.....	110
20 Anexo: Carros de parada Modelo Lifeline, Hospitalización....	115
21 Anexo: Carros de parada Modelo Modelo Inmoclinc, Hospitalización.....	120
22 Anexo: Carros de parada Modelo Modelo Inmoclinc, UCI...	125
23 Anexo: Carros de parada Modelo Modelo Inmoclinc, Recuperación postanestésica.....	130
24 Anexo: Carros de parada Modelo Modelo Aurión Compact, Hospitalización.....	134
25 Anexo: Guía e Instrucciones en el mantenimiento de los carros de Parada Cardíaca.....	140
26 Anexo: Equipo Emergencia móvil de la UCI.....	142
27 Anexo: Consulta Comité de Ética asistencial Málaga Noroeste ...	144
28 Anexo: Voluntad Vital Anticipada.....	146



1.1 INTRODUCCIÓN.

1.2 EPIDEMIOLOGÍA.

1.3 DEFINICIÓN DE PARADA CARDIACA INTRAHOSPITALARIA.

1.4 ETIOLOGÍA.

Maria Victoria de la Torre Prados, Antonio González Gómez, Ángel García Alcántara

1.1 INTRODUCCIÓN.

Entre un 0,4% y un 2% de los pacientes ingresados y hasta un 30% de los fallecidos, precisan de las técnicas de Resucitación Cardiopulmonar (RCP) a nivel del hospital. La mitad de estas paradas cardiacas se producen fuera de las Áreas de Críticos y en la actualidad 1 de cada 5 pacientes tratados sobrevivirá y podrá ser dado de alta.

Se estima que en España la cifra de pacientes que son tratados anualmente de una Parada Cardio-Respiratoria Intrahospitalaria (PCRI) es de unos 20.000. Al igual que sucede en otros países, la magnitud del problema desde el punto de vista de salud pública es relevante, ya que el número de muertos con el que se asocia supera ampliamente al generado por los accidentes.

Publicaciones de la última década mostraban cifras más favorables en la supervivencia de los casos registrados de Parada Cardíaca Extrahospitalaria (PCEH) que en los de intrahospitalaria. La supervivencia de la PCEH por Fibrilación Ventricular (FV) o Taquicardia Ventricular Sin Pulso (TVSP) en casinos o aeropuertos donde se disponía de Desfibriladores Semiautomáticos (DESAs) era aproximadamente del 50 %, mientras era del 34 % en la PCIH por FV o TVSP, si bien la población era diferente, con más edad y comorbilidad.

En nuestro ámbito en el año 2005, Perales y col. publicaron las **recomendaciones** para actuar ante este problema de las PCIH con implicación de los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias (SCC y U) al actuar como Equipos de Respuesta Rápida (ERR) ó Equipo de Emergencia Interno (EEI) ante las situaciones de emergencia intrahospitalarias:

- Fomentar la creación de Comités interdisciplinarios de Atención a la PCIH,
- Establecer un programa de formación continua periódica del personal sanitario y no sanitario en técnicas de resucitación cardiopulmonar,
- Establecer medidas para realizar una resucitación temprana con la implantación de programas de desfibrilación precoz en los centros sanitarios con la misma finalidad que en el ámbito extrahospitalario,
- Implicar al personal de enfermería y a los equipos médicos de guardia en una política activa de prevenir la parada cardiorrespiratoria,
- Minimizar los riesgos durante la hospitalización y los traslados intrahospitalarios de los pacientes hospitalizados mediante el establecimiento de unos adecuados sistemas de alarma,
- Establecer una política de indicaciones o no indicaciones de inicio de la resucitación cardiopulmonar,
- Normalizar los documentos para registrar los datos de las paradas cardíacas y
- Analizar de forma periódica los indicadores de calidad de este proceso asistencial, dentro del Plan de Integral de las Cardiopatías en Andalucía, con identificación de los aspectos de mejora en los **Comités de Atención a las Paradas Cardíacas Intrahospitalarias (PCIH)**.

Por otro lado, se han desarrollado en España experiencias de planes hospitalarios de resucitación cardiopulmonar, con reducción del número de paradas cardíacas, así como de la mortalidad al alta hospitalaria de los pacientes que hubieran sufrido un evento de estas características. También han sido publicadas recomendaciones sobre la aproximación ética a la resucitación y la adecuación de las “órdenes de no iniciar la resucitación” (ONIR).

Recientemente ha sido publicado por Morrison LJ et al, un documento de consenso sobre las estrategias para mejorar la supervivencia en la PCIH en los hospitales americanos, donde realiza un llamamiento a un **cambio en la cultura de las organizaciones sanitarias y a una unificación en la recogida de los datos de este proceso** para poder realizar iniciativas de mejora basadas en procesos de evaluación comparativa.

1.2 EPIDEMIOLOGÍA.

A diferencia de la Parada Cardíaca Extrahospitalaria (PCEH), la **mayoría de las paradas cardíacas en el hospital resultan de condiciones patológicas preexistentes** y no son debidas habitualmente a una arritmia cardíaca de aparición súbita. La insuficiencia respiratoria progresiva y el shock son los precipitantes más comunes, lo que debería ser tenido en cuenta para desarrollar los protocolos de respuesta hospitalarios.

A diferencia de la PCEH, en que la supervivencia está ligada al tiempo transcurrido entre el momento en que se desarrolló el evento y el inicio de la resucitación cardiopulmonar por testigos o la desfibrilación, **la supervivencia de la PCIH se relaciona fundamentalmente al ritmo cardíaco, siendo mayor cuando éste es un ritmo desfibrilable. La edad de los casos de PCIH es claramente superior a la de los pacientes con PCEH**, lo que explica que en algunas series la mortalidad de los casos de PCIH sea superior a la de las PCEH.

No existen estadísticas uniformes relativas a la supervivencia, pues oscilan entre el 15 y el 21% en el entorno norteamericano, pero que llegan al 35% en el entorno de los países nórdicos.

Clásicamente se ha considerado que la **incidencia de la PCIH oscilaría entre uno y cinco casos por 1.000 ingresos y año**. El estudio de Merchant y col. publicado en 2011, basado en el registro “Get with the Guidelines-Resuscitation Registry” (in hospital cardiac arrest), señaló que la media de PCIH tratadas en pacientes adultos era de 0,92 por cada 1.000 días

de estancia. Si extrapolamos esto a España, con los datos del 2011 de las altas hospitalarias del Ministerio de Sanidad, encontramos que se produjeron 3.640.064 altas, con una estancia media de 7,03 días. Aplicando los datos de este estudio se habrían producido en **España 23.542 PCIH tratadas**, lo que se aproximaría en cifras a lo estimado en el ámbito extrahospitalario.

1.3 DEFINICIÓN DE PARADA CARDIACA INTRAHOSPITALARIA.

La Parada Cardio-Respiratoria (PCR) se define como la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la circulación y respiración espontáneas. Es una situación de muerte clínica, susceptible de recuperación si se trata en los primeros minutos de su presentación, diferente de la muerte biológica o evento final que surge de forma esperada y previsible como evolución natural y terminal de una enfermedad.

Las maniobras y procedimientos de RCP evitan la aparición de procesos celulares irreversibles, especialmente en el cerebro, impidiendo que la muerte clínica se convierta inexorablemente en muerte biológica o en daño neurológico irreparable. Por ello el fin esencial de la RCP es la "resucitación cerebral".

1.4 ETIOLOGÍA.

A diferencia de la Parada Cardíaca Extrahospitalaria (PCEH), la **mayoría de las paradas cardíacas en el hospital resultan de condiciones patológicas preexistentes** y no son debidas habitualmente a una arritmia cardíaca de aparición súbita. La insuficiencia respiratoria progresiva y el shock son los precipitantes más comunes, lo que debería ser tenido en cuenta para desarrollar los protocolos de respuesta hospitalarios.

Los **ritmos más frecuentes en la PCIH, son la asistolia o la actividad eléctrica sin pulso en más del 70%** de los casos, a diferencia de los casos en el ámbito extrahospitalario, en los que con mayor frecuencia aparecen como ritmos iniciales los ritmos desfibrilables, Fibrilación Ventricular y Taquicardia Ventricular sin Pulso.



**2.1 FUNCIONES DEL COMITÉ DE ATENCIÓN A PARADAS
CARDIACAS INTRAHOSPITALARIAS.**

**2.2 OBJETIVOS DEL PLAN DE RESUCITACIÓN
CARDIOPULMONAR Y SOPORTE VITAL.**

Maria Victoria de la Torre Prados, Antonio González Gómez, Ángel García Alcántara

2.1 FUNCIONES DEL COMITÉ DE ATENCIÓN A PARADAS CARDIACAS INTRA-HOSPITALARIAS.

En las recomendaciones del Plan Nacional de RCP de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) sobre la reanimación cardiopulmonar en el hospital, se detallan aspectos organizativos y funcionales que deben establecerse, asignándole al **Comité de Atención a las PCIH las siguientes funciones:**

- Evaluar la problemática de las PCR en el hospital con la elaboración del mapa de riesgo en el centro asistencial,
- Definir el sistema de alerta de parada y de respuesta a las situaciones críticas a nivel intrahospitalario,
- Impulsar la prevención de las PCR con algoritmos de detección temprana de situaciones críticas y una respuesta asistencial adecuada a las urgencias internas,
- Normalizar el equipamiento de RCP y emergencias,
- Implementar un sistema adecuado para medir los intervalos de tiempo en la respuesta a la parada cardíaca y a la emergencia intrahospitalaria,
- Proponer una distribución y mantenimiento de los carros de parada y de los desfibriladores de acuerdo a las necesidades potenciales de los enfermos,
- Proponer un programa para entrenamiento y formación continuada de todo el personal sanitario y no sanitario del área, efectuando su seguimiento,
- Elaborar las Guías de RCP del hospital, de acuerdo con las recomendaciones del European Resuscitation Council (ERC) y del Consejo Español de RCP,
- Implementar el Programa de Desfibrilación Temprana en el Área de Salud,
- Promover la práctica de las "órdenes de no resucitación" y de las directivas previas en este campo,
- Normalizar la recogida de información sobre RCP, de acuerdo con el Estilo Utstein,
- Impulsar el registro de una base de datos central que permita la evaluación periódica de los resultados,
- Colaborar con el Programa de Trasplante del hospital y, especialmente, con el programa de donación a corazón parado, si existiera en el centro, o de donación de tejidos,
- Evaluar periódicamente los resultados, de acuerdo con unos estándares de calidad previamente definidos,
- Proporcionar periódicamente información de los resultados de los diferentes servicios, auditando estos resultados cuando se considere necesario.

2.2 OBJETIVOS DEL PLAN DE RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR Y SOPORTE VITAL.

Siguiendo las recomendaciones del Plan nacional de RCP, el Hospital creó en octubre del año 2008 el **Comité de Atención a la PCIH**, dependiente de la Dirección Médica, entre cuyos objetivos destacan los siguientes y, dando lugar a la elaboración de este documento en estos últimos cuatro años:

- 1.** Identificar las áreas hospitalarias de mayor riesgo de sufrir una PCR.
- 2.** Establecer un sistema de activación del equipo de soporte vital avanzado (SVA) rápido y efectivo.
- 3.** Estandarizar y actualizar el equipamiento (carros de parada, desfibriladores) y la medicación (botiquín de RCP) de las áreas asistenciales en función de la frecuencia de presentación y del entrenamiento del personal.
- 4.** Implantar el Protocolo de Resucitación Cardiopulmonar (RCP) común para todo el hospital, que dé respuesta asistencial a la Parada Cardiorrespiratoria (PCR) de acuerdo con las recomendaciones internacionales actuales.
- 5.** Establecer la composición del equipo de soporte vital avanzado y las funciones de cada uno de los intervinientes en una PCR.
- 6.** Promover un registro de paradas cardíacas intrahospitalarias según el estilo Utstein que permita conocer los resultados, compararnos con los estándares establecidos y corregir las deficiencias detectadas.
- 7.** Desarrollar anualmente un programa de formación, entrenamiento y reciclaje periódico en RCP para el personal sanitario y no sanitario del hospital.
- 8.** Impulsar la formación de soporte vital básico a los familiares de los pacientes ingresados con problemas cardiorrespiratorios y neurológicos.
- 9.** Impulsar la formación en soporte vital básico y mensajes de prevención en salud a la ciudadanía en general.



**LA CADENA DE SUPERVIVENCIA INTRAHOSPITALARIA
ANEXOS 1, 2, 3 Y 4**

Maria Victoria de la Torre Prados, Ángel García Alcántara, Carmen Trujillano Fernández

Existe evidencia de que se puede disminuir la mortalidad y las secuelas que originan las PCR si se mejora la respuesta asistencial, **acortando los retrasos** en la respuesta y optimizando **el funcionamiento de los seis eslabones de la "cadena de la supervivencia hospitalaria"** (CSH). Se considera **que la formación del personal sanitario** es el primer eslabón de la cadena de prevención de la PCIH.

La optimización puede lograrse con estrategias dirigidas a cada uno de los eslabones que componen la CSH, con uno nuevo ó primer eslabón al principio y, otro al final ó sexto eslabón, **Figura 1:**

Primer eslabón (-T24): Detección y tratamiento precoz de las situaciones susceptibles de desencadenar una parada cardíaca, como los cuadros de sepsis grave o shock séptico, las insuficiencias respiratorias agudas y los trastornos metabólicos.

Incluye las siguientes tareas: Considerar y valorar por enfermería los signos de Alerta estratificando la gravedad en pacientes hospitalizados recuperables ó sin ONIR, llamada al facultativo de la EM por enfermería, y a intensivista por EM, acorde al grado de severidad de los signos de alerta. Actuación inmediata diagnóstica y terapéutica por EM e intensivista con traslado a UCI si procede.

La formación de los profesionales que integran el centro hospitalario es la pieza clave para implementar este primer eslabón, el contenido docente está integrado en los cursos de RCP intrahospitalarios que se han desarrollado de forma progresiva en los últimos cuatro años.

Segundo Eslabón (T0): Reconocimiento precoz de la PCR por el personal sanitario con llamada inmediata de alerta al teléfono de parada cardíaca intrahospitalaria (tno: 932577) en el primer minuto.

Incluye las siguientes tareas: Comprobar la respuesta, sacudiendo suavemente al paciente crítico o deteriorado y preguntando "¿Se encuentra Bien?". Si no responde, grite pidiendo ayuda y evalúe la gravedad del caso; abra la vía aérea y compruebe si respira (Ver, Oír y Sentir) o signos de vida.

Si no respira ni tiene signos de vida y ante sospecha de PCR IH, marque el teléfono 932577 especificando la ubicación del paciente crítico (planta, control, cama, consulta y/o área hospitalaria) y solicite el desplazamiento del Carro de Parada más cercano.

Si hay signos de vida evalúe la conciencia, la vía respiratoria (Frecuencia respiratoria) y la situ-

ación hemodinámica (Tensión Arterial y Frecuencia Cardíaca), coloque una mascarilla facial con oxígeno, canalice una vía venosa (si no la tuviera) y solicite de igual forma el carro de parada cardíaca con el desfibrilador manual para monitorizar al paciente. Avise a través de centralita al Equipo de Emergencia Interno (UCI) y a su médico de referencia (Anexo 1 ó Actuación en la Resucitación Cardiorrespiratoria Hospitalaria).

Tercer Eslabón (T1): Aplicación precoz y adecuada de las técnicas de Soporte Vital Básico Instrumentalizado (SVBI) tras el primer minuto de la PCIH.

Incluye las siguientes tareas: La no respuesta al llamar al paciente y el no respirar tras abrir la vía aérea conlleva, tras la llamada al teléfono 932577, comenzar de forma inmediata el Masaje Cardíaco Externo en el centro del pecho con 30 compresiones de al menos 5 cms de profundidad y una frecuencia no inferior a 100 por minuto.

Las compresiones se alternarán con dos ventilaciones eficaces (comprobando que se eleva el pecho del paciente y dando la segunda ventilación tras la bajada del pecho de la primera ventilación); previamente se colocará una cánula orotraqueal y el balón-mascarilla con bolsa reservorio, conectado a un caudalímetro de oxígeno a 10-15 l/min.

Será necesario haber activado la disponibilidad del Carro de Parada más cercano a la cama del paciente que ha sufrido la PCIH.

Si el paciente respira normalmente, colóquelo en posición de recuperación o seguridad, llame a centralita (932577) y siga valorando las constantes vitales hasta la llegada del EEL y su médico de referencia (Anexo 1 ó Actuación en la Resucitación Cardiorrespiratoria Hospitalaria y Anexo 2 ó Soporte Vital Básico y Desfibrilación Externa Automática).

Cuarto Eslabón (T2-3): Realizar Desfibrilación temprana, por personal sanitario con el Desfibrilador Externo Semiautomática (DESA) fuera de las Áreas de Críticos en menos de tres minutos. En áreas monitorizadas se aplicará en los dos primeros minutos con el desfibrilador manual (DEM).

Se desarrollarán las siguientes tareas: Tras realizar dos minutos de 30 compresiones cardíacas alternando con dos ventilaciones instrumentalizadas, se aplicarán los parches o electrodos del Desfibrilador Externo Semiautomático (o Manual) y se seguirán las instrucciones. Pegue un parche bajo la axila izquierda, y el otro parche bajo la clavícula derecha, junto al esternón. Si hay más de un reanimador, no interrumpa la RCP. Mantenga el sitio despejado y administre la

descarga si está indicada. Nadie debe tocar a la víctima durante el análisis y la administración de la descarga eléctrica.

Se continuará de nuevo con las 30 compresiones y las dos ventilaciones con el balón-mascarilla con bolsa reservorio conectada a Oxígeno a 10-15 l/min hasta la llegada del SVA (UCI).

Figura 1: Cadena de Supervivencia Hospitalaria



Si la **víctima comienza a despertarse** (se mueve, abre los ojos y respira normalmente), detener la RCP; sin embargo, **si permanece inconsciente pero respira y tiene pulso**, colocar al paciente en posición de recuperación ó seguridad hasta el SVA (Anexo 2 ó Soporte Vital Básico y Desfibrilación Externa Automática).

Quinto Eslabón (T3-5): Inicio rápido y adecuado de las técnicas de soporte vital avanzado (SVA) con el soporte inmediato del equipo de emergencia interno (EEI) de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), el médico de referencia y el equipo de enfermería de hospitalización ó consulta en menos de 5 minutos.

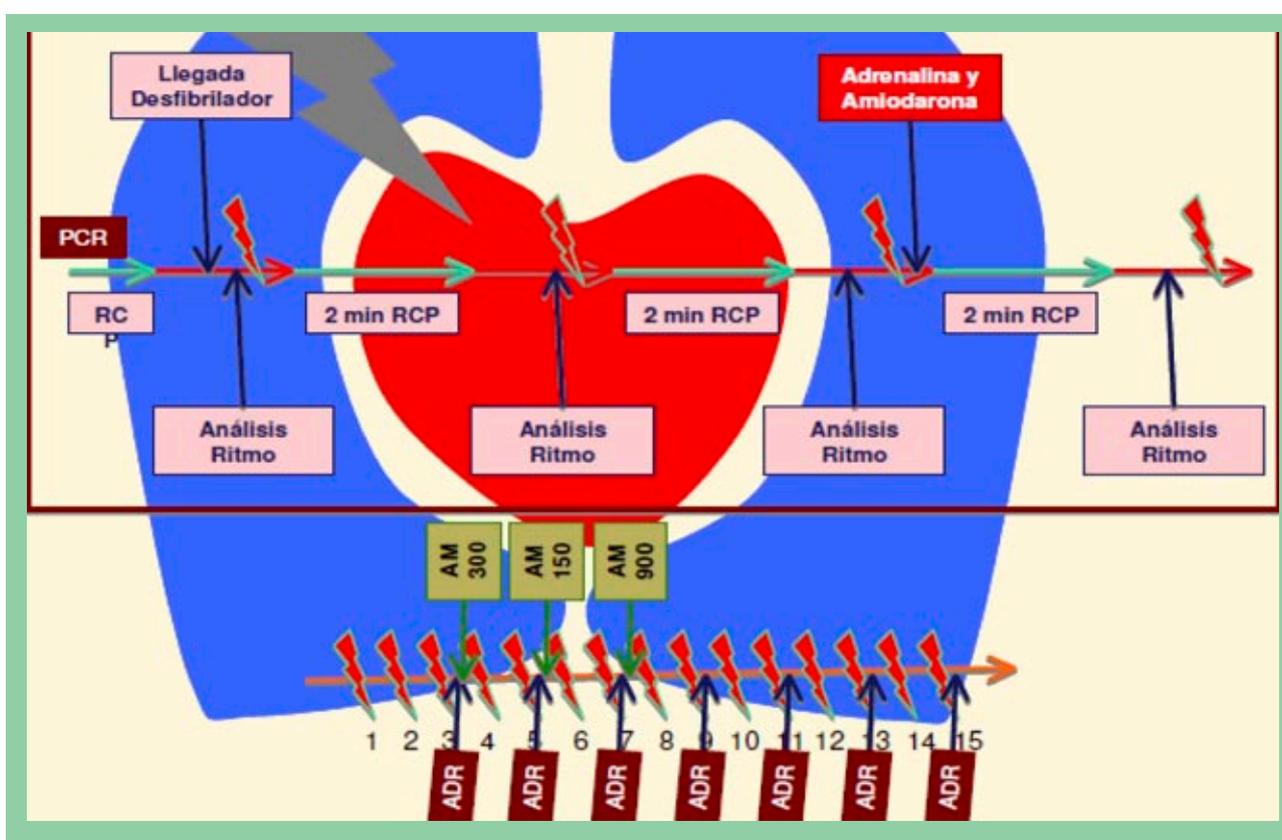
Conlleva una serie de actuaciones secuenciadas. Si no respira o sólo boqueadas ocasionales, se habrá activado el EEI e iniciado las 30 compresiones alternando con las dos ventilaciones de balón-mascarilla con bolsa reservorio conectada a Oxígeno a 15l/min durante dos minutos sin interrupciones y, se habrá conectado el monitor /desfibrilador.

El masaje cardíaco y las dos ventilaciones se realizaran durante dos minutos, se analizará el

ritmo cardiaco y se aplicará una descarga si existe Fibrilación Ventricular (FV) o Taquicardia Ventricular Sin Pulso (TVSP). De forma inmediata se reanuda de forma inmediata la RCP durante dos minutos, minimizando las interrupciones.

Si el ritmo no es desfibrilable por presentar Asistolia o Actividad Eléctrica Sin Pulso (AESP) se vuelve a realizar RCP durante 2 minutos minimizando las interrupciones.

Figura 2: Secuencia de tratamiento de Fibrilación Ventricular / Taquicardia Ventricular Sin Pulso



Durante el SVA se abordara el aislamiento de la vía aérea, si se está entrenado el profesional sanitario, para oxigenación y ventilación controlada, acceso vascular iv preferentemente periférica, fármacos como adrenalina (dosis de 1 mgr) y amiodarona en la secuencia correcta (figura 2), un ECG de 12 derivaciones y corrección de las causas precipitantes: Hipoxia, hipovolemia, hipokaliemia, hiperkaliemia, trombosis pulmonar o coronaria, taponamiento cardiaco, tóxicos y neumotórax a tensión (Anexo 3 ó Algoritmo Universal del SVA).

Valorar actuaciones de los ritmos postparadas (Anexo 4 o algoritmo de bradicardia).

Sexto Eslabón (T15-20): A los quince o veinte minutos tras la detección de la **PCR y tras aplicar SVBI y SVA con recuperación de rimo espontáneo, instaurar cuidados post-reanimación de calidad** con traslado asistido a UCI.

Incluye las siguientes tareas secuenciadas: Solicitud del respirador portátil con oxígeno a UCI a través del jefe de turno de celadores, traslado asistido del paciente desde el área de la PCR por el EEI a UCI para ingreso precoz en dicha área y contactar e informar a la familia de la incidencia sufrida por el paciente.

Los objetivos de esta fase serán prevenir y tratar la PCR recurrente, optimizar la oxigenación y la ventilación, mantener una adecuada presión de perfusión tisular y evitar y tratar todo lo que contribuya a incrementar la lesión cerebral.

Valorar actuaciones de los ritmos cardíacos postparada cardiorrespiratoria.

4

- 4.1 ACTIVACIÓN DEL SOPORTE VITAL AVANZADO A TRAVÉS DE CENTRALITA, ANEXO 5.**
- 4.2 CIRCUITO DE LLAMADAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA, ANEXOS 6 Y 9.**
- 4.3 HOSPITAL MARÍTIMO DE TORREMOLINOS, ANEXOS 7 Y 9.**
- 4.4 CENTRO DE ESPECIALIDADES SAN JOSÉ OBRERO, ANEXOS 8 Y 9.**

Maria Victoria de la Torre Prados, Antonio González Gómez, Ángel García Alcántara

4.1 ACTIVACIÓN DEL SOPORTE VITAL AVANZADO A TRAVÉS DE CENTRALITA, ANEXO 5.

A través de un **número de teléfono único, el 932577, se pone** en marcha la activación del SVA ante una PCR en el Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria.

Sin embargo, el protocolo de activación del SVA conlleva tres circuitos diferentes de llamadas, por parte de los profesionales que forman el equipo de la centralita del HUVV, ajustados al lugar donde haya ocurrido el evento de la PCR, Hospital Virgen de la Victoria, Hospital Marítimo de Torremolinos (HMT) o Centro de Especialidades San José Obrero (CESJO).

La telefonista apuntará en un registro específico los datos proporcionados por el profesional que realiza la llamada, además del mes, día y hora de la llamada, los buscas de los profesionales que se han activados (Anexo 5 ó Registro de Llamadas por PCR en Centralita del HUVV).

Por parte del profesional que da el aviso de PCR siempre comunicará, al ó a la telefonista receptor@ de la llamada, los datos relacionados con el lugar donde el paciente ha sufrido la PCR: edificio, planta o pabellón, control, número de cama, servicio donde está ingresado el paciente, o área de consulta o de pruebas diagnósticas, (Anexo 6 ó Activación de SVA ante PCR desde Hospital Virgen de la Victoria, Anexo 7 ó Activación de SVA ante PCR desde Hospital Marítimo de Torremolinos y Anexo 8 ó Activación de SVA ante PCR desde CSJO).

4.2 CIRCUITO DE LLAMADAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA, ANEXOS 6 Y 9.

Centralita tras recibir la llamada del profesional sanitario con los datos sobre el lugar de la PCR, **planta, control y cama** del paciente dará aviso de forma inmediata al busca de la UCI **(734168)**, seguido del busca al Médico Especialista (ME) de referencia del paciente o facultativo médico disponible para la atención del paciente con PCR en el horario del evento emergente, y a la supervisora de enfermería.

En las jornadas ordinarias de mañana de los días laborales (lunes a viernes) será la supervisión de enfermería de hospitalización o del área consultas ó áreas diagnósticas la que recibirá la llamada.

En los días laborales (lunes a viernes) a partir de las 15:00 horas y durante los festivos se acti-

vará el ó la supervisor@ de enfermería de continuidad asistencial **(734154)** para dar soporte a la RCP, dando aviso a los familiares del paciente que ha sufrido el PCR ó activando al jefe de turno de celadores **(734173)**, ya en situación de alerta previa desde centralita, para un posible traslado de respirador y bombona de oxígeno desde la UCI al lugar de la PCR, (Anexo 9 ó circuito de llamadas desde centralita ante PCR en el Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria).

En áreas de no hospitalización (entrada, salas de espera, consultas, radiología...) el busca del facultativo médico que se activara será siempre el de la UCI.

4.3 HOSPITAL MARÍTIMO DE TORREMOLINOS, ANEXOS 7 Y 9.

Centralita tras recibir la llamada con datos sobre el **pabellón y número de cama** del paciente que ha sufrido el PCR dará aviso inmediato al busca del **internista (734187)**.

El equipo de emergencia interno estará integrado por el internista, la enfermera y auxiliar del área asistencial y el soporte de la supervisora de enfermería en el turno de mañana **(757452)**.

Posteriormente, tras evaluación y resultados clínicos obtenidos, se dará aviso por parte del internista de guardia al 061 con traslado del paciente si procede a UCI o a Urgencias, según disponibilidad de camas en la primera área, y previo aviso al intensivista de guardia del HU VV (Anexo 9 ó circuito de llamadas desde centralita ante PCR en el Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria).

4.4 CENTRO DE ESPECIALIDADES SAN JOSÉ OBRERO, ANEXOS 8 Y 9.

Centralita tras recibir la llamada con datos sobre la **planta y número de consulta** del paciente que ha sufrido la crisis de salud ó el PCR dará aviso inmediato al busca de parada **690664 del CESJO**.

Un@ enfermer@ realizará el primer triaje, diferenciando una situación de urgencias de la de emergencias con PCR. En el primer caso se avisará al médico de la especialidad o consulta correspondiente y en el segundo, se activará al profesional de turno encargado de atender las PCR con SVA en este centro.

El equipo de emergencia interno estará integrado por el enfermero de turno (busca), el médico de

la consulta y/o médico de turno de atención de las paradas cardíacas internas del CESJO y el soporte del supervisor de enfermería.

Posteriormente tras evaluación y resultados clínicos obtenidos se avisará al 061 y traslado del paciente si procede, previo aviso al intensivista de guardia, desde este edificio al de Virgen de la Victoria, UCI o Urgencias, según el caso clínico y/o situación de la UCI en disponibilidad de camas, (Anexo 9 ó circuito de llamadas desde centralita ante PCR en el Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria).



5.1 SOPORTE VITAL INSTRUMENTALIZADO Y AVANZADO
5.2 REGISTRO DE PARADA CARDIACA, ANEXO 10

Maria Victoria de la Torre Prados, Agustín Hernández Bayo, Carmen Reina Artacho

5.1 SOPORTE VITAL INSTRUMENTALIZADO Y AVANZADO

Las características principales del Soporte Vital Instrumental (SVI) y el Soporte Vital Avanzado (SVA) se muestran resumidas en los anexos 1 al 4.

El resultado de cada paso depende del anterior, de tal manera que el éxito final exige que todas las medidas sean correctas en "tiempo y forma".

Así, las posibilidades de sobrevivir o recuperar las funciones cerebrales superiores son escasas si la RCP se retrasa más de 5 minutos, siendo prácticamente inexistentes si se instauran después de 10 min.

La DF es exitosa, llegando al 90% si se efectúa en los primeros 90 segundos del PCR; es más eficaz cuando se hace RCP inmediata, de tal manera que por cada minuto de retraso en el SV, la DF aumenta su fracaso, disminuyendo la probabilidad de supervivencia un 10%.

5.2 REGISTRO DE PARADA CARDIACA, ANEXO 10

Cada caso atendido como parada cardiaca conlleva un registro de los datos del paciente que ha sufrido la misma e incluye la siguiente información:

- Datos de **identificación** (pegatina de identificación del paciente en el impreso)
- **Lugar de la parada:** planta, servicio, cama, consulta, área diagnóstica
- **Signos de alerta en las 24 horas previas al paro cardiaco ó T-24 (primer eslabón de la CSH):**
 - Taquipnea mayor de 30 respiraciones por minuto (rpm)
 - Frecuencia cardiaca menor de 30 sístoles por minuto (spm) o mayor de 130 spm.
 - Presión arterial sistólica menor de 90 mm Hg (en pacientes normotensos) o menor de 120 en pacientes hipertensos previos
 - Saturación de oxígeno por pulsioximetría (SpO₂) menor del 90%
 - Caída en la Escala de Coma de Glasgow de 2 puntos
 - Agitación, somnolencia, no colaboración
 - Temperatura menor de 35°C o mayor de 38,5°
- **Registro de voluntades anticipadas**
- **Limitación de Soporte Vital Terapéutico**

- **Fecha de ingreso hospitalario**
- **Día y hora de la parada cardíaca ó T0 (segundo eslabón de la CSH)**
- **Hora de inicio de soporte vital básico instrumentalizado T1**
 - Tiempo de SVBI
 - Hora de llamada a SVA (centralita)
- **Primera Desfibrilación (hora y minuto) ó T2-3 (tercer eslabón de la CSH)**
- **Hora de inicio del SVA ó T3-5 (cuarto eslabón de la CSH)**
 - Tiempo de SVA
 - Ritmo de la parada: FV, TVSP, Asistolia, DEM
 - Etiología de la parada: cardíaca o respiratoria
 - Tipo de desfibrilación: DESA o Manual
 - Número de desfibrilaciones
 - Dosis en mgr de fármacos de la PCR: adrenalina, atropina, amiodarona y sulfato de magnesio
- **Tipo de recuperación** tras la PCR
- **Destino Cama de UCI (día, hora y minuto) ó T15-20 (sexto eslabón de la CSH)**
- **Función cerebral a las 72 horas**
- **Fecha y tipo de alta:** supervivencia ó éxitus en UCI, hospitalización ó domicilio
- **Nivel de dependencia** a los 3 y 6 meses
- Protocolo de donación tejidos
- Donación en asistolia
- Diagnósticos
- **Hipotermia** (día y hora de inicio)
- Cateterismo Cardíaco (día y hora)

El impreso del registro se encuentra en cada bandeja de medicación de RCP que prepara el Servicio de Farmacia Hospitalaria.

Si el paciente se traslada a la UCI por recuperación del ritmo cardíaco, ira con la historia del paciente el impreso de registro.

Si el paciente fallece irá con la bandeja de medicación de RCP, para ser repuesta, al Servicio de Farmacia, (Anexo 10 o Registro de Parada Cardíaca Intrahospitalaria).



**ADQUISICIÓN DE EQUIPAMIENTO Y NORMALIZACIÓN DE LOS DIFERENTES
CARROS DE PARADA CARDIORRESPIRATORIA**

Juan Antonio Guzmán Guzmán, Maria Victoria de la Torre Prados, Antonio González
Gómez

La puesta en marcha del Plan de RCP y SV en el Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria (CHVV) ha supuesto una inversión económica en la adquisición de nuevo equipamiento, a nivel de carros de parada y desfibriladores manuales o semiautomáticos.

La normalización de los carros de parada y mantenimiento de los mismos tiene como objetivo garantizar la calidad asistencial y la seguridad del paciente ante una PCR en todo el CHVV.

Para ello, se establecieron unos criterios basados en facilitar el mantenimiento y la homogeneización del procedimiento, en cuanto a la dotación o contenido, distribución o ubicación y en la metodología de la revisión del material integrante de los carros de parada.

El objetivo principal es facilitar a los profesionales implicados, a nivel médico, de enfermería y auxiliares de clínica, la respuesta ante las PCIH, independientemente del lugar donde presten su labor asistencial, con una adecuada disponibilidad y correcto estado de los fármacos y del material.

La identificación de los compartimentos con colores y/o letreros diferenciados y el establecimiento de un Check-List para la revisión fueron los elementos que se incorporaron para garantizar esta normalización desde el mes de octubre de 2010.



7.1 NORMALIZACIÓN DE LA MEDICACIÓN Y FLUIDOTERAPIA PARA LA PC EN EL CARRO DE RCP (ANEXOS 11, 12 Y 13).

7.2 NORMALIZACIÓN DE LA MEDICACIÓN Y FLUIDOTERAPIA DE URGENCIAS EN ÁREAS DE HOSPITALIZACIÓN, ANEXO 14.

Rosario Mora Santiago, José Manuel Fernández Oviés, María Victoria de la Torre Prados

7.1 NORMALIZACIÓN DE LA MEDICACIÓN Y FLUIDOTERAPIA PARA LA PC EN EL CARRO DE RCP (ANEXOS 11, 12 Y 13).

En el marco de este programa de atención a la parada cardíaca intrahospitalaria, se ha protocolizado el contenido y la ubicación de los carros de resucitación cardiopulmonar en cada planta ó pabellón para facilitar su utilización inmediata.

El Servicio de Farmacia Hospitalaria ha preparado bandejas específicas precintadas con los fármacos y fluidoterapia necesarios, se encarga asimismo de revisar la caducidad y reposición, (Anexo 11 ó Medicación y Sueros del Carro de Parada Cardíaca).

Las bandejas se pueden reponer mediante el impreso de solicitud de fármacos que se anexiona a este documento, (Anexo 12 ó Solicitud de Reposición de la Medicación del Carro de Parada). La primera vez que se haga la solicitud habrá que indicar la fecha de pedido, la unidad clínica que lo solicita y la firma de la persona solicitante.

Se proporciona también el impreso de solicitud de fluidoterapia, (Anexo 13 ó Reposición de Fluidoterapia del Carro de Parada).

7.2 NORMALIZACIÓN DE LA MEDICACIÓN Y FLUIDOTERAPIA DE URGENCIAS EN ÁREAS DE HOSPITALIZACIÓN, ANEXO 14.

En la Comisión de Atención a la PCIH se ha definido y diferenciado la medicación urgente en las diferentes plantas de hospitalización, de la medicación y fluidos durante la PCIH.

A la vez que se solicita la bandeja de medicación del carro de RCP, el supervisor de la planta se responsabilizará de revisar el **stock de medicación de urgencia** de su unidad, en base a la relación de medicación de urgencia pactada desde la Comisión de Atención a la Parada Cardíaca con el servicio de Farmacia y las unidades asistenciales, principalmente médicas (Cardiología y Medicina Interna).

Las solicitudes a Farmacia serán vía informática mediante un pedido interno, indicando en las observaciones **“botiquín de urgencia”**, (Anexo 14 ó Stock de Medicación Urgente en Hospitalización).

Cuando la medicación del botiquín de urgencias llegue a la unidad correspondiente se proced-

erá a la devolución de toda medicación que hasta entonces se almacenase en el carro de RCP y que no forme parte del stock de medicación de urgencias pactado. Esta devolución se hará detallando en un "talón de encargo" los medicamentos devueltos con la cantidad y caducidad de cada uno de ellos.



UBICACIÓN DE LOS CARROS DE PARADA Y DESFIBRILADORES. MAPAS DE SITUACIÓN. ANEXOS 16, 17 Y 18.

Antonio González Gómez, Paloma Tejedor Valcárcel, Carlos Yuste Jiménez

En cada área asistencial existe un cartel con el **teléfono único de llamada** ante una **parada cardiaca** o **932577**, y el tipo de información a transmitir a centralita según el edificio del Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria.

Un letrero específico universal permitirá visualizar en cada planta, en áreas diagnósticas, de consultas o comunes, la ubicación del carro de parada con el desfibrilador, o bien el desfibrilador semiautomático en el soporte de pared, (Anexo 15 ó señalización de la disponibilidad de desfibrilación Precoz).

La **tabla 1** muestra la distribución de los DESAs y Desfibriladores Manuales de los tres edificios del CHW.

Un mapa indicará **en cada área asistencial del CHVV**, el lugar más cercano con disponibilidad de carro de RCP y desfibrilador, especificando si es manual o semiautomático, (Anexo 16 ó Mapa de situación de los carros de PCR y DESAs en planta baja del HUVV, Anexo 17 en la planta baja del Hospital Marítimo de Torremolinos y Anexo 18 en planta baja del CESJO).

Al lado de este mapa existirá asimismo, un cartel con el **algoritmo del Soporte Vital Instrumentalizado**, Anexo 2.

En el lugar **donde esté ubicado el carro de RCP** estará un cartel con el **algoritmo de Soporte Vital Avanzado y el de ritmos periparadas lentos o de bradicardia**, Anexos 3 y 4.

En el **Hospital Virgen de la Victoria** están distribuidos los carros de RCP en la planta baja, semisótano, primera planta y en las torres A y B.

En todas las plantas de HUVV existe al menos un desfibrilador manual: 3º A1 (Cardiología), 4º A1 (COT), 4º B1 (Neurología), 5º A2, 5º B1 y B2 (Medicina Interna), 6º B1 (Neumología), 6º B2 (Digestivo) y en todas las áreas con monitorización (Urgencias, UCI, Recuperación URPA, arritmias, hemodinámica, ecocardiografía, ergometría).

En el resto de los controles de las plantas, áreas de consultas, o pruebas diagnósticas o funcionales del HUVV están ubicados los Desfibriladores Semiautomáticos ó DESAs.

En el **hospital Marítimo** están distribuidos los desfibriladores manuales en el área de Quiró-

fano, Hospital de Día Quirúrgico y en el Pabellón 4. Los DESAs en los Pabellones 2 y 3, Comunidad Terapéutica y en las Consultas Externas.

Tabla 1: Inventario De Desfibriladores - Diciembre 2012 HU VV

UNIDAD/ESPACIO	DEFIBRILADOR SEMIAUTOMÁTICO	DEFIBRILADOR MANUAL
PLANTA 3ªA2 OBSTETRICIA	1	
PLANTA 3ªB1 ONCOHEMATOLOGIA	1	
PLANTA 3ªB2 CARDIOLOGIA		1
PLANTA 4ªA1 COT		1
PLANTA 4ªA2 COT	1	
PLANTA 4ªB1 NEUROLOGIA		1
PLANTA 4ªB2 ORL/ANGIOLOGIA	1	
PLANTA 5ªA1	1	
PLANTA 5ªA2 POLIVALENTE	1	1
PLANTA 5ªB1 MEDICINA INTERNA		1
PLANTA 5ªB2 MEDICINA INTERNA		1
PLANTA 6ªA1		
PLANTA 6ªA2 CIRUGIA	1	
PLANTA 6ªB1 NEUMOLOGIA		1
PLANTA 6ªB2 DIGESTIVO		1
SALUD MENTAL - HG		
URGENCIAS OBSTETRICAS		1
URGENCIAS GENERAL - CTO. CRITICOS		2
URGENCIAS GENERAL - OBSERVACION 1-2		1
URGENCIAS GENERAL - OBSERVACION 3-4		1
UCI MODULO GENERAL		1
UCI MODULO CORONARIO		1
UCI MODULO POLIVALENTE		1
UCI SALA DE MARCAPASOS		1
UCI EQUIPO MOVIL DE PARADAS		1 PORTÁTIL
URPA		1
RECUPERACION		1
HEMODINAMICA 1		1

UNIDAD/ESPACIO	DEFIBRILADOR SEMIAUTOMÁTICO	DEFIBRILADOR MANUAL
HEMODINAMICA 2		1
HOSPITAL DE DIA HEMODINAMICA		1
ARRITMIAS		1
REHABILITACION CARDIACA		1
ERGOMETRIA		1
ECO CARDIOGRAFIA		1
RADIOTERAPIA	1	
RAYOS AZUL	1	
RAYOS NARANJA	1	
P.F. RESPIRATORIAS	1	
P.F. DIGESTIVO	1	
HOSPITAL DE DIA QUIRURGICO	1	
BRONCOSCOPIA	1	
HOSPITAL DE DIA MEDICO	1	
DIALISIS / SALA ESPERA H. DIA	1	
MEDICINA PREVENTIVA	1	
ENTRADA PRINCIPAL	1	
PATIO CONSULTAS AZUL	1	
PATIO CONSULTAS NARANJA	1	
RELLANO SALON DE ACTOS	1	
ENTRADA AREA CTAS. OFTALMOLOGIA/DERMA	1	
CESJO PLANTA - 1	1	
CESJO PLANTA 0	1	
CESJO PLANTA +1		1
QUIROFANOS H. MARITIMO		1
HOSPITAL DE DIA QUIRURGICO		1
PABELLON 2 S.M.	1	
PABELLON 3 S.M.	1	
PABELLON 4		1
COMUNIDAD TERAPEUTICA	1	
AREA CONSULTAS H. MARITIMO	1	
Con soporte en pared	29	30

En el **Centro de Especialidades San Jose Obrero** los DESAs están ubicados en el sótano (consultas) y planta primera (Consulta). El Desfibrilador Manual está situado en la segunda planta (consulta 1).



**CONTENIDOS Y DISTRIBUCIÓN DEL MATERIAL EN LOS CARROS DE
PARADA CARDIACA. ANEXOS 19, 20, 21, 22, 23 Y 24.**

Juan Antonio Guzmán Guzmán, Maria Victoria de la Torre Prados, Antonio
González Gómez

Existen tres modelos de carro de RCP en el HUWV con un diseño a nivel de contenido en seis modalidades diferentes: LifeLine modelo Urgencias (anexo 19) y Hospitalización (anexo 20), Inmoclinc modelo Hospitalización (anexo 21), UCI (anexo 22) y Recuperación (anexo 23) y Aurion Compact modelo Hospitalización (anexo 24).

Todos los carros portan una tabla rígida para RCP situada en la parte posterior.

El **carro de parada LifeLine** es un carro amplio con tres cajones centrales, tres compartimentos laterales, una bandeja superior que contiene a su vez un hueco para medicación y/o documentación según la casa comercial y una bandeja inferior lateral derecha. También tienen un hueco abierto en la parte inferior. Estos carros se encuentran en el área de urgencias y en el bloque B de hospitalización, Anexos 19 y 20.

El **carro de parada Inmoclinc** es el carro recomendado ya que posee las características idóneas: son compactos, tienen una altura mayor a los otros carros por lo que son más cómodos para visualizar los compartimentos, poseen 5 cajones, cierre de seguridad de un solo uso y bandeja para desfibrilador giratoria, Anexos 21, 22 y 23.

El **carro de parada Aurion Compact** tiene cinco cajones estrechos y demasiado compacto (sólo existen dos), no se recomienda por ser menos funcional, Anexo 24.

En los tres carros de parada se ha normalizado el contenido de cada uno de ellos.

La **bandeja superior** contiene el **material para la MONITORIZACIÓN**: un monitor-desfibrilador manual o un semiautomático, electrodos (20), 1 gel conductor eléctrico, 1 Presurizador, 1 Lubricante, 1 Contenedor de objetos punzantes, Solución antiséptica de Clorexhidina, Mascarilla facial y un resucitador manual con bolsa reservorio y cable para oxigenoterapia. En UCI y Recuperación tiene además el Intercambiador de TOT y la Guía de Hitmann.

El primer cajón o de TRATAMIENTO contiene: la bandeja de medicación precintada de Farmacia y el material necesario para la carga y administración de los fármacos al paciente: agujas IV, agujas IM, agujas de carga de medicación, para punción arterial, jeringas de 2, 5, 10 y 20 ml, llaves de tres pasos, regulador de flujo, sistemas de infusión IV, sueros salinos de 500 ml y 5 Sueros salinos de 100 ml.

El segundo cajón o de la VÍA RESPIRATORIA contiene: material para la intubación como los tubos orotraqueales (TOT) del 6.5, 7, 7.5, 8, 8.5 y 9; fiadores para los TOT; cintas para

sujeción de TOT, pinzas de magill, kocher y tijeras, cánulas orofaríngeas del 3, 4 y 5, sondas de aspiración del número 10, 14 y 18; pilas y bombilla de recambio para laringoscopio, mascarilla naso-oral o para traqueotomía con diferentes concentraciones de oxígeno, mascarilla facial de alta concentración de oxígeno. Cánulas de traqueostomía del número 6 y 8. Set de aspiración con medena.

El tercer cajón ó de apoyo CIRCULATORIO contiene: cables y parches para marcapasos transcutáneos, fonendoscopio y esfigomanómetro, catéteres IV de 20 G, 18G, 16G y 14 G; drum, compresores, catéter vía central, paños fenestrados y no fenestrados, guantes estériles de 6.5, 7, 7.5 y 8, gasas estériles, compresas estériles, esparadrapos (1 transpore y 1 mefix); 1 set de vía central, set de sondaje nasogástrico, set de sondaje vesical, sueros salinos de 250 y 500 ml, sueros expansores (voluven), bicarbonato 1 molar.

Bandeja inferior-derecha: ventilador de traslado, tubuladura VM, válvula unidireccional, filtros antibacterianos, codos y narices artificiales.

Cajones laterales: gasas, compresas y vendas de red 10x10.

El resto de cajones estaría destinado a material de características especiales: Set de Vía aérea difícil y caja de apertura torácica en Recuperación y UCI.

10

**10.1 GUÍA E INSTRUCCIONES PARA EL MANTENIMIENTO DE LOS
CARROS DE PARADA CARDIACA. ANEXO 25.**

10.2 REVISIONES PERIÓDICAS. ANEXO 25.

Juan Antonio Guzmán Guzmán, Maria Victoria de la Torre Prados, Carmen
Ramos Rueda

10.1 GUÍA E INSTRUCCIONES PARA EL MANTENIMIENTO DE LOS CARROS DE PARADA CARDIACA. ANEXO 25.

La medicación del carro de parada es preparada y revisada por el servicio de farmacia de nuestro hospital. Tras hacer uso de la bandeja de medicación se avisará al celador para que traiga una nueva. Una vez recibida, se le entregará la bandeja de medicación usada para que farmacia la prepare y/o reponga.

Para un correcto chequeo o revisión del carro de parada es necesario aclarar algunos matices. Debemos comprobar por un lado la existencia del producto y por otro su buen funcionamiento.

El monitor desfibrilador debe estar en el lugar previsto, pero también debe funcionar. Esta forma de chequeo fue ideada para pilotos de aviación y se aplica hoy día a numerosos campos.

A continuación describimos las etiquetas con las que nos encontraremos:

H **C** ~~**X**~~ ~~**X**~~

La **“H”** indica hecho, **existencia y posición correcta**, trazamos una X encima. Posteriormente **comprobamos**, si procede **su funcionamiento**, trazamos otra **X sobre la “C”**. En nuestro ejemplo, hemos comprobado la existencia del monitor desfibrilador, sus cables, su posición, su encendido y con la calibración hemos asegurado su perfecto uso.

En algunos casos sólo nos será necesario comprobar la cantidad suficiente de los distintos elementos, por ejemplo:

5

En este caso, revisamos la cantidad, su funcionamiento o buen estado según precise y rellenamos al lado la cantidad a reponer para completar lo indicado en la caja de la izquierda, en caso de no reponer se trazara un “hecho” o:

2

De este modo dejamos claro que lo hemos revisado.

La cantidad mínima será de al menos dos.

El número indicado suele tener una cantidad a la baja, pero necesaria. Este hecho de que no existan grandes cantidades de elementos refuerza el orden y mejora la reposición, así como la importancia de reponerlo cada vez que se use. Por otro lado hará más fácil el chequeo rutinario.

10.2 REVISIONES PERIÓDICAS. ANEXO 25.

Establecido un Check List para cada tipo de carro de parada cardiaca, será fácil un chequeo rápido y más aún cuando se tome como medida fundamental para atender a la vida de un paciente, nada debe fallar, todo debe estar a punto. Se realizarán dos tipos de revisiones:

 PROGRAMADA → 1 vez C/ 7 días y hacer posible los fines de semana, normalmente más calmados y más silenciosos.

TRAS CADA USO → Se deberá completar el Check List de la manera más inmediata posible. La palabra uso debe llevar a reposición o arreglo.

Es necesaria la participación de la Auxiliar de Enfermería en estas tareas. El aprendizaje del material y el orden de los mismos pueden ser de gran utilidad en una situación de parada. Por lo general, es necesario que lo realicen dos personas, una controla y la otra ejecuta o revisa, similar al piloto y copiloto.



**COMPROBACIÓN Y ACTUACIONES EN DESFIBRILADORES
SEMIAUTOMÁTICOS EXTERNOS TRAS USO.**

Carlos Yuste Jiménez, María Morales Aguilar, Paloma Tejedor Valcárcel

El equipo dispone en la esquina inferior izquierda un indicador bajo el indicador Rescue Ready:

Si el indicador está en verde el equipo está listo para ser usado.



Si el indicador está en rojo no es posible la utilización del equipo debiéndose sustituir por otro y avisar a Electromedicina de dicho incidente.

Una situación de "Batería baja" no impide el funcionamiento de la unidad, pero sí indica que la batería está comenzando a agotarse.

- Una batería al **100%** () tiene disponible 290 descargas.
- Una batería al **25%** () tiene disponibles aproximadamente 70 descargas y el equipo puede seguir utilizándose.
- Una batería al **10%** () tiene disponibles 9 descargas, pero es necesario cambiar la batería, debiendo proceder según las indicaciones inferiores.

Si el desfibrilador está conectado a un paciente, continúe utilizándolo, pero sustituya el equipo en la primera oportunidad para no utilizarlo en otro paciente

En resumen, tras actuación del usuario en el uso del DESA:

- Debe solicitar la intervención de Electromedicina por los canales establecidos.
- Después de cada uso, deberá examinar el desfibrilador, limpiarlo y disponer de electrodos de desfibrilación nuevos para preparar la unidad para el siguiente uso.
- Electromedicina procederá a realizar una revisión según protocolos de mantenimiento periódicos y precinto del soporte del equipo.



**COMPONENTES Y RESPONSABLES DE RESPUESTA ANTE EL PARO CARDIACO
EN EL COMPLEJO HU VV. EQUIPO DE EMERGENCIA INTERNO, ANEXO 26.**

Maria Victoria de la Torre Prados, Ángel García Alcántara, Agustín Hernández Bayo

En el edificio del Hospital Virgen de la Victoria la Unidad de Cuidados Intensivos a través de los médicos de guardia acudirá de forma inmediata, ante cualquier paro cardiaco, exceptuando las PCR de quirófano y reanimación o recuperación postquirúrgica.

Tabla 2: Plan Hospitalario RCP y Soporte Vital HU VV. Equipo de Emergencia Interno (EEI)

(minutos) CUANDO	Actuación QUE	Responsable QUIEN	Otras Tareas
24 Horas previas	Considera, Estratifica, registra y avisa para Detectar los signos de Alerta Críticos	Enfermería y Auxiliar de enfermería.	-Toma de constantes: TA, FC, temperatura, FR y Diuresis. Registro y Valoración. -Vigilancia estado mental
T0	Detección Parada Cardio-Respiratoria	Testigo no sanitario: Familiar, cuidador Testigo Sanitario: enfermería, AE, Celador, limpiadora	-Pedir ayuda. -Desalojar habitación visita, despejar espacio.
T-0:30	Llamada al teléfono 932577	Auxiliar de enfermería	
T-1	Llamada al Intensivista, médico de guardia, supervisora de planta o de guardia, alerta al jefe turno celadores	Telefonista	
T-1	Traer Carro de parada cardiaca más cercano	Auxiliar de enfermería	
T-1	Iniciar Soporte Vital Instrumentalizado	Enfermera, médico de planta	
T-2	Aplicar DESA o Manual	Enfermera, Médico	-Monitorización cardiaca, actuar según respuesta electrocardiográfica. -Mantenimiento vía aérea y circulación del paciente
T-3	Soporte Vital Avanzado	EEI de UCI, médico de planta, enfermeras de planta, supervisora, Aux. Enfermería	-Monitorización con electrodos, vía venosa, preparar medicación y material para TOT en caso necesario

(minutos) CUANDO	Actuación QUE	Responsable QUIEN	Otras Tareas
T-10	Aviso jefe turno celadores Aviso Familiares	Supervisora asistencial	Preparar espacio intimo familiares
T-12	Si ritmo espontáneo: Llegada de Bombona de O2 y respirador	Jefe de celadores y celador	-Comprobar respirador y material oxigenoterapia
T-15	Información a familiares	Médico de planta y de UCI	Garantizar espacio intimo
T-25	Traslado a UCI cuidados post-resucitación	Médico de UCI, enfermera de planta, celador	-Preparación traslado del paciente y acompañarlo, enfermera responsable
T-30	Reposición de la bandeja de medicación y del Carro Rellenar hoja de registro RCP	Supervisora de planta y/o de guardia, Enfermería y AE de planta, Celador	

El Equipo de Emergencia Interno (EEI) tendrá como soporte un monitor desfibrilador manual portátil dotado con parámetros no invasivos (ECG, Respiración, SpO2, Presión Arterial no invasiva, temperatura), parámetros invasivos (presión arterial y CO2 espirado) y marcapasos transcutáneo. Mochila con fármacos y material (pericardiocentesis y cricotiroidectomía percutánea) y Dispositivo automático de masaje cardíaco, Anexo 26.

Tabla 3: Plan Hospitalario de RCP y Soporte Vital Hospital Marítimo

(minutos) TIEMPO	Actuación	Responsable
T0	Detección Parada Cardio-Respiratoria	Testigo no sanitario: Familiar, cuidador Testigo Sanitario: Enfermería, AE, Celador, limpiadora
T-0:30	Llamada al teléfono 932577	Auxiliar de enfermería
T-1	Llamada al busca internista 734187	Telefonista
T-1	Traer Carro de parada cardíaca más cercano	Auxiliar de enfermería
T-1	Iniciar Soporte Vital Instrumentalizado	Médico, Enfermera, auxiliar de enfermería

(minutos) TIEMPO	Actuación	Responsable
T-2	Aplicar DESA o Manual	Médico, Enfermera
T-3	Soporte Vital Avanzado	Médico internista, enfermera de planta, supervisora, Aux. Enf.
T-12-15	Si ritmo espontáneo e indicado: llamar 061	Internista de guardia
T-15	Información a familiares	Médico paciente y/o Internista
T-25	Traslado a UCI H U W	061
T-30	Reposición de la bandeja de medicación y del Carro	Supervisora, Enfermería y AE, Celador

Tabla 4: Plan Hospitalario de RCP y Soporte Vital CESJO

(minutos) TIEMPO	Actuación	Responsable
T-0	Detección Parada Cardio-Respiratoria	Testigo no sanitario: Familiar, cuidador Testigo Sanitario: Enfermería, AE, Celador, limpiadora
T-0:30	Llamada al teléfono 932577	Testigo: Auxiliar Enfermería
T-1	Llamada al busca parada cardiaca	Telefonista
T-1-2	Traer Carro de Parada Cardiaca más cercano	Auxiliar de Enfermería
T-1-2	Iniciar Soporte Vital Instrumentalizado	Médico Consulta, Enfermera, auxiliar de enfermería
T-2-3	Aplicar DESA o Manual	Médico Consulta, Enfermera
T-3	Soporte Vital Avanzado	Médico de turno SVA CESJO, enfermera de consulta, supervisor@, Aux. Enfermería
T-12-15	Si ritmo espontáneo e indicado: llamar 061	Médico de turno SVA CESJO
T-15	Información a familiares	Médico paciente y/o Médico SVA
T-25	Traslado a UCI H U W	061
T-30	Reposición de la bandeja de medicación y del Carro	Supervisor@, Enfermería y Auxiliar de Enfermería

La tabla 2 muestra las actuaciones de los componentes del equipo de respuesta interna ante una parada cardiaca y su relación en el tiempo en el HUWV. Considerando T-0 el momento de la detección de la Parada Cardiaca.

Las tablas 3 y 4 muestran las actuaciones ante una parada cardiaca en el Hospital Marítimo y en CESJO y su relación en el tiempo, considerando T-0 el momento de la detección de la Parada Cardiaca.



**INDICADORES DE CALIDAD EN LA RESPUESTA DE LA PARADA CARDIACA
INTRAHOSPITALARIA.**

Maria Victoria de la Torre Prados, Ángel García Alcántara, Jonathan Pérez Vacas

La respuesta, desde el punto de vista de la calidad asistencial, ante una parada cardíaca intrahospitalaria debe basarse en los estándares o recomendaciones de tiempo alcanzados en cada eslabón de la cadena de supervivencia, acorde a las recomendaciones recientes del 2010, Figura 3.

Figura 3 Indicadores de Calidad en la cadena de supervivencia de la Parada Cardíaca Intrahospitalaria

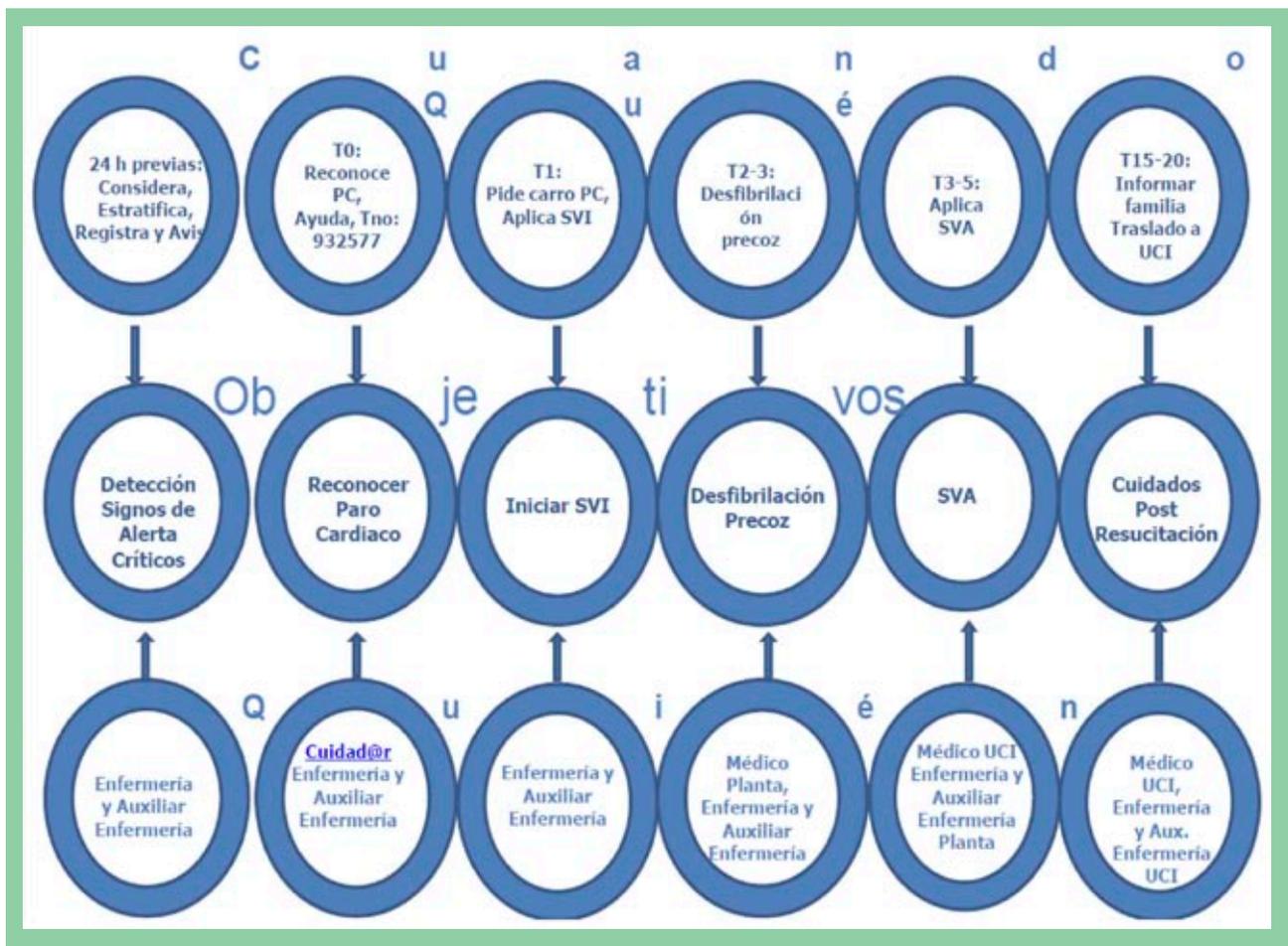


Figura de elaboración propia

Si reproducimos la cadena de supervivencia intrahospitalaria con seis eslabones en tres niveles o actuaciones paralelas en el tiempo (QUÉ - CUANDO, OBJETIVOS y QUIÉN) observaremos la siguiente secuencia.

Primer nivel (Qué realizar y Cuando) cada eslabón tiene un tiempo (24 horas previo al Paro Cardíaco (PC), Tiempo Cero o momento del PC, T1 ó primer minuto tras el PC, T2-3 ó entre el segundo o tercer minuto del PC, T3-5 o entre el tercer y quinto minuto del PC y T16-20 ó entre

los 16 a 20 minutos del PC) para realizar unas tareas específicas lo que define al mismo tiempo los seis indicadores de calidad.

Segundo nivel con un Objetivo asistencial aplicado a cada eslabón asistencial: Detección de signos de alerta Críticos, Reconocer el paro cardiaco, Iniciar SVI, Desfibrilación Precoz, SVA y Cuidados Post-resucitación.

Tercer nivel o definición de **Quién** realiza el objetivo asistencial en cada eslabón de la cadena asistencial intrahospitalaria. En los tres primeros eslabones de la cadena la enfermer@ de planta de hospitalización, auxiliar de enfermería de planta y/o cuidador-familiar y posteriormente medic@ de UCI, medic@ de hospitalización y enfermer@ y auxiliar de enfermería de UCI.



PREVENCIÓN DE LAS PARADAS CARDIACAS INTRAHOSPITALARIAS.

Maria Victoria de la Torre Prados, Angel García Alcántara, Paloma Tejedor Valcárcel

Algunos estudios comprueban que en el 84% de los pacientes que sufren una PCR en el hospital hay signos de deterioro en las 8 horas previas al evento. Si estos síntomas y signos premonitorios se identifican y se instauran medidas correctoras, probablemente un porcentaje de ellas se podrían evitar.

En el hospital, los enfermos que con más frecuencia presentan una PCR son los que ingresan por una enfermedad o proceso respiratorio (38%), pluripatológico (27%), quirúrgico (12%), cardíaco (10%), renal o cáncer.

Estos pacientes de riesgo si son tratados con antelación tendrían menos incidencia de PCR. Las causas de errores habituales por las que no se hace, son:

- Falta de reconocimiento por parte del médico.
- Falta de reconocimiento por parte de la enfermera.
- Mal uso de la oxigenoterapia.
- Analgesia insuficiente.
- Inadecuada corrección de las alteraciones hidroelectrolíticas.
- Inexistencia de órdenes de no-RCP o de limitación del esfuerzo terapéutico.

Por lo general hay un deterioro fisiológico progresivo, que se manifiesta por la aparición o agudización de unos cuantos síntomas y signos previos a la PCR. Los más típicos son:

1. Síntomas: a. Dolor torácico. b. Disnea, dificultad respiratoria. c. Alteración del estado mental (somnolencia, agitación, desorientación temporo-espacial). d. Molestias gastrointestinales.

2. Signos: a. Taquipnea mayor de 30 respiraciones por minuto (rpm). b. Frecuencia cardíaca menor de 30 sístoles por minuto (spm) o mayor de 130 spm. c. Presión arterial sistólica menor de 90 mm Hg (en pacientes normotensos) o menor de 120 en pacientes hipertensos previos. d. Saturación de oxígeno por pulsioximetría (SpO₂) menor del 90%. e. Caída en la Escala de Coma de Glasgow de 2 puntos f. Temperatura menor de 35°C o mayor de 38,5°.

3. Hallazgos de Laboratorio: a. Acidosis metabólica o respiratoria. b. Anemia significativa. c. Elevación de la urea o de la creatinina. d. Hiperglucemia o Hipoglucemia.

Sugerimos un algoritmo para la ayuda en la de toma de decisiones de la enfermería de hospitalización, en relación a los resultados de las constantes habituales que se registra en las plantas médicas y quirúrgicas, Figuras 4 y 5.

Figura 4: Algoritmo de actuación en la prevención de la PCIH

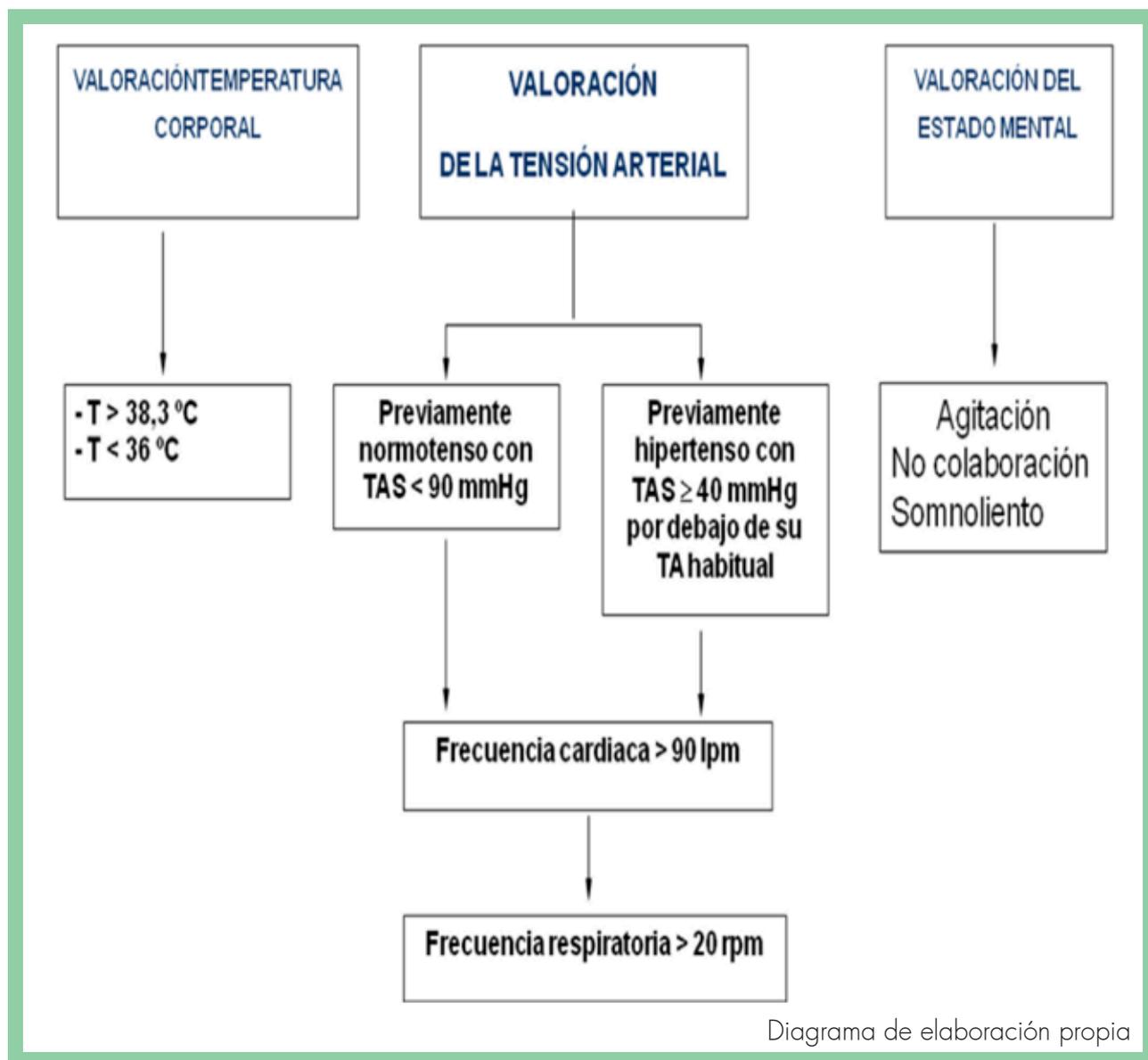


Figura 5. Criterios de llamada ante signos de alerta en Hospitalización

Enfermería avisará:
Médico de referencia del paciente o al de guardia
 Si mínimo de 3 situaciones como anormales:
 Temperatura: <36°C ó >38,3°C
 Hipotensión Arterial
 FC > 90
 FR > 20
 Alteración de la conciencia
 Si sondado con diuresis inferior 200/turno

Diagrama de elaboración propia

Con estos hallazgos se pueden confeccionar escalas de predicción del riesgo de PCR, a través de sistemas de puntuación basados en la medición de las constantes vitales y la desviación respecto los valores normales fisiológicos. Una puntuación por encima del nivel prefijado indicaría que el paciente corre peligro de sufrir un evento grave, y por consiguiente, obligaría a activar al médico responsable o al de guardia para que intervenga y adopte las medidas diagnósticas y terapéuticas pertinentes.

No obstante con el algoritmo que presentamos, a partir de lo que enfermería valora o mide en los pacientes hospitalizados como son la temperatura, la tensión arterial y el estado mental, nos sirve de guía para considerar otras mediciones extras como la frecuencia cardiaca y la frecuencia respiratoria; sin olvidar la consideración del volumen de la diuresis donde la disminución de la misma (por debajo de 200 ml/turno) está unida a una tensión arterial sistólica baja en un paciente hipertenso, donde las cifras inicialmente consideradas como normales como 100 mm Hg no son las adecuadas para mantener un adecuado flujo urinario.



**MAPA DE RIESGO DE LAS PARADAS CARDIACA INTRAHOSPITALARIAS DEL
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA**

Agustín Hernández Bayo, Maria Victoria de la Torre Prados, Angel García Alcántara

El registro de PCIH del HU VV muestra en la tabla 6 las áreas asistenciales no críticas donde ocurren los eventos de parada cardio-respiratoria, tanto en las áreas médicas como en las quirúrgicas habría que realizar una estrategia de detección precoz a través de los signos de alerta clínicos (estado mental, respiratorio, hemodinámicos y por la diuresis). El ritmo cardiaco detectado inicialmente en la atención por SVA fué asistolia y disociación electromecánica en 182 casos (60%) y bradiarritmia en 38 casos (12,5%), mientras FV y TVSP en 79 casos (26,4%). La etiología fue de origen cardiaco en 167 pacientes (55%) y resto de origen respiratorio. En cuanto los resultados clínicos 108 pacientes el 35,4% sobrevivieron y quedaron con buena función neurológica.

**Tabla 5 Mapa de Riesgo de las paradas cardíacas Intrahospitalarias HU VV:
Noviembre 2008 a Mayo 2013**

Área asistencial	Nº (%)
Urgencias	104 (34%)
UCI	61 (20%)
Áreas Médicas	48 (15,7%)
Hemodinámica	49 (16%)
Áreas Quirúrgicas	35 (11,4%)
Áreas diagnosticas imagen	6 (1,9%)
Consultas externas	2 (0,6%)
Total	305 (100%)



**FORMACIÓN EN SOPORTE VITAL INSTRUMENTALIZADO Y SOPORTE VITAL
AVANZADO**

Manuel Jiménez Ruiz, Ángel García Alcántara, Paloma Tejedor Valcárcel

La formación del personal sanitario que desarrolla su labor en áreas hospitalarias no críticas, ha demostrado que **reduce el número de paradas cardíacas**, al mejorar el conocimiento de las situaciones que pueden desembocar en dicho proceso y en la pronta activación de los equipos de respuesta que atiendan a los pacientes potencialmente susceptibles de sufrirlas.

La realización de un curso de soporte vital instrumentalizado por una mayoría de personal sanitario de un hospital londinense, según el modelo del ERC (guías del 2010), demostró una reducción del número de paradas cardíacas, y un incremento en el número de avisos a los equipos de emergencia interna ante pacientes en riesgo de sufrir un paro cardíaco.

El Plan Hospitalario de Resucitación Cardio Pulmonar y Soporte Vital del HU WV ha desarrollado cada año un plan de formación dirigido hacia el personal sanitario y no sanitario.

Se disponía hasta el año 2013 de aulas específicas para docencia y para el depósito del material de formación en el HUWV, integrado por cuatro dorsos de soporte vital básico para adulto, junior y babys, una vía aérea de adulto, un brazo para vías periféricas, un desfibrilador semiautomático, un desfibrilador manual y un maniquí de adulto para simulaciones clínicas de emergencias.

Tabla 6: Cursos Formación RCP Año 2010

Cursos Formación RCP Año 2010	Número ediciones	Horas Totales	Plazas Ofertadas	Plazas Asistentes
Soporte Vital Avanzado neonatal para enfermeras y matronas	2	20	20	17
Soporte vital neonatal en el área de partos	2	16	16	16
Soporte Vital Básico	4	40	40	31
Resucitación cardiopulmonar y Soporte Vital Avanzado para enfermeras	2	40	40	38
Resucitación cardiopulmonar y Soporte Vital Avanzado para médicos	1	40	20	17
Reciclaje en Resucitación y Soporte Vital Avanzado para médicos	2	40	40	31
Reciclaje en Resucitación y Soporte Vital Avanzado, enfermeros	2	20	40	41
Talleres situaciones críticas en unidades	4	40	40	29
Soporte Vital Básico- DESA	10	80	160	154
TOTAL	29	336	416	375

Tabla 7: Cursos Formación RCP Año 2011

Denominación	Número Ediciones	Horas Totales	Plazas Ofertadas	Plazas Asistentes
Soporte Vital Básico Desa	5	20	100	83
Soporte Vital Avanzado	5	200	100	97
Talleres sobre Situaciones Críticas en Unidades	15	60	150	139
Convalidación de Soporte Vital Avanzado	6	120	120	111
RCP Basica Neonatal	2	8	20	20
Soporte Vital Neonatal	2	8	16	16
TOTAL	35	416	506	466

Tabla 8: Cursos de Formación en RCP Año 2012

Denominación	Nº Ediciones	Horas totales	Plazas ofertadas	Plazas asistentes
SVA	4	160	80	66
Convalidación SVA	6	96	120	110
SVB	5	20	100	66
RCP Neonatal Avanzada	2	8	16	16
RCP Neonatal Básica	2	8	20	20
RCP en etapas del Embarazo	1	4	10	7
TOTAL	20	296	346	286

Tabla 9: Cursos de Formación en RCP Año 2013

Denominación	Número Ediciones	Horas totales	Plazas ofertadas	Plazas asistentes
SVA	3	120	60	48
Convalidación SVA	7	112	140	101
SVB	3	12	60	38
RCP Neonatal Básica	2	8	20	17
TOTAL	20	252	380	204

La UGC de CC y U organiza anualmente un curso de Monitor en Soporte Vital Básico y de Instrumentalizada y otro curso de Instructores en SVA.

Las tablas 6 a 9 muestran el número de profesionales que han recibido esta formación durante los últimos cuatros años.



17.1 ORDEN DE NO RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR, ANEXO 27
17.2 VOLUNTAD VITAL ANTICIPADA. ANEXO 28

Maria Victoria de la Torre Prados, Maria José Molero Pardo, Jonathan Pérez Vacas,
Maria Isabel González Florido

La ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte en Andalucía (BOJA 7 de mayo 2010) garantiza la protección de la dignidad de las personas en los últimos momentos de su vida, la autonomía del paciente y el respeto a su voluntad.

Los profesionales sanitarios deberemos informar al paciente sobre el proceso clínico y respetar las decisiones que éste tome una vez hecha la indicación facultativa, como rechazar o paralizar cualquier tratamiento o intervención, aunque ello pueda poner en peligro su vida.

Cuando la enfermedad supere la capacidad de la medicina para conseguir la recuperación, el facultativo deberá limitar las medidas terapéuticas de soporte vital si la situación clínica del paciente lo aconseja, así como ofrecerle todas las intervenciones sanitarias necesarias para garantizar su adecuado cuidado y comodidad (habitación individual), el acompañamiento familiar, una correcta asistencia y tratamiento del dolor, así como asesoramiento y atención en cuidados paliativos si estuviera indicado.

Después de completar la adecuada valoración del paciente, el médico responsable debe reflejar por escrito en el curso clínico de la historia clínica el pronóstico del paciente, hasta que pueda realizarse de forma normalizada en la historia digital (Diraya Atención Especializada). Se aplicará el circuito de valoración por su médico y enfermera responsable, deliberación y decisión colegiada del equipo asistencial (médicos de la especialidad correspondiente con participación de enfermería), valoración y clasificación pronóstica, información al paciente, familiar, representante o sustituto y cuidados de enfermería en el contexto de la Limitación de Soporte Vital Terapéutico si fuera el caso.

Debe quedar por registro en la historia clínica de la persona todos los pasos efectuados (evaluación de la persona enferma, proceso deliberativo y decisiones tomadas). Es importante **dejar constancia de la decisión de no aplicar medidas de Soporte Vital Terapéuticas como sería el no ingreso en UCI** para facilitar futuras decisiones (como no RCP) y evitar reevaluaciones continuas, excepto si se produce un cambio de escenario que así lo indique.

Serán pacientes para Aplicar Medidas de Soporte Vital Terapéuticas si:

1. Se espera que **el tratamiento sea satisfactorio y pueden ser dados de alta en el hospital.**
2. Aquellos pacientes en los cuales **se desconoce absolutamente el pronóstico de la enfermedad subyacente** (con frecuencia sucede esto en las áreas de urgencias), hasta que sea evidente su fracaso o se obtenga información que lo contraindique.

Serán pacientes **para No Aplicar Medidas de Soporte Vital Terapéuticas** si:

1. Si existe un pronóstico fatal inmediato. La decisión de no intento de RCP, se toma en base a criterios médicos y no requiere permiso del paciente o de sus familiares. La situación clínica es el motivo para la orden de no RCP y ha de reflejarse claramente en el curso clínico **informando al paciente o a sus familiares, dentro del proceso de información global de los restantes aspectos del tratamiento.**
2. **Si existen enfermedades previas crónicas debilitantes, y coincide con procesos agudos amenazantes para la vida por el grado de disfunción orgánica alcanzado.** La valoración previa de su médico de referencia de primaria o de la especialidad correspondiente de la patología crónica más dominante (cardiología, neumología, digestivo, neurología, pluripatológico o medicina interna), ayudará a tomar decisiones no fútiles (no indicadas). En estas situaciones el mantener medidas terapéuticas de soporte vital puede contribuir a retrasar la muerte en vez de prolongar la vida, podría atentar contra la dignidad de la persona y vulnerar los principios bioéticos fundamentales de no-maleficencia y beneficencia. Los recursos malgastados en estos pacientes podrían ser útiles para otros, con lo que se quebrantaría también el principio ético de justicia.

El médico responsable o el equipo asistencial, siempre que lo considere oportuno, puede requerir el asesoramiento del Comité Asistencial de Ética, documento disponible en la página web del HUUV. En la actualidad el Comité de Ética Asistencial de Málaga Noroeste tiene disponible una documentación, que está pendiente de cambio en función de la constitución de un nuevo Comité de Ética Asistencial con carácter provincial. Anexo 27.

17.2 VOLUNTAD VITAL ANTICIPADA. ANEXO 28

La declaración de voluntad vital anticipada es un documento escrito en el que las personas pueden hacer constar sus deseos y preferencias de tratamiento para el caso eventual en el que no puedan decidir por sí mismas, así como designar quién tomará las decisiones en su lugar.

El Registro de Voluntades Vitales de Andalucía es la herramienta para decidir libremente sobre tratamientos en situación de gravedad, cuando el estado del paciente impida expresarlas personalmente, lo que le permitirá ejercer su derecho de autonomía personal.

La Ley 5/2003 de 9 octubre y la Ley 2/2010 de 8 de abril, establecen la obligatoriedad de consultar el Registro de Voluntad Vital Anticipada para todo el personal sanitario, implicado en la atención sanitaria de un paciente que se encuentra en una situación que le impide tomar decisiones clínicas. Tanto el personal médico como de enfermería, a cargo del cual se encuen-

tre el paciente, se les permitirá consultar la existencia del registro de voluntad vital anticipada (enfermería) y además el contenido del mismo (médico) a través de **Salud Responde con el teléfono 902 505 060**.

La Declaración se aplicará en situaciones graves e irreversibles donde las expectativas de recuperación son mínimas o inexistentes. Como ejemplo en el daño cerebral severo o irreversible (coma irreversible, estado vegetativo permanente, estado de mínima conciencia), enfermedad en situación terminal o de agonía, en fases avanzadas de enfermedad degenerativa del sistema nervioso, neuromuscular o de demencia, y de inmunodeficiencia.

El ciudadano en función de sus valores vitales especifica aquellas situaciones clínicas, en las que por ausencia de expectativas de recuperación, y/o presencia de un gran deterioro físico o mental, expresa su voluntad sobre diferentes actuaciones sanitarias siempre que estén clínicamente indicadas, donde está incluida la reanimación cardiopulmonar (deseo recibirla, no deseo recibirla o no me pronuncio).

La Declaración de Voluntad Vital Anticipada no se aplicará, sin embargo en situaciones agudas donde el tratamiento puede salvar la vida de un ciudadano: un accidente de tráfico, un infarto agudo de miocardio, una infección grave, un cáncer recién diagnosticado, salvo que exprese lo contrario (apartado quinto del documento sobre otras consideraciones y preferencias).

Por otro lado, estaremos obligados pues a transmitir información sobre el **derecho a formular la declaración de voluntad vital anticipada a pacientes ingresados en el CHVV**; ayudándoles a planificar dicha declaración y resolviendo cualquier duda al respecto.

Para informar de cómo puede ejercer este derecho se les debe facilitar a pacientes (y/o familiares) el tríptico informativo (Hospitales Universitarios Regional y Virgen de la Victoria de Málaga) o anexo 28, en el que se informa "QUIÉN", "CÓMO" y "DONDE" puede una persona de forma anticipada dejar registrado las actuaciones sanitarias que pudiera recibir en un futuro siempre y cuando no tuviera capacidad para decidir por sí mismo, en función de su estado psíquico o físico. A través de **Salud Responde, 902 505 060**, le informarán de las sedes de Registro de cada Provincia y de los horarios. Desde el **Servicio de Atención Ciudadana** del HUVV se le facilitará el registro a toda aquella persona que esté hospitalizada, resolviendo cualquier duda al respecto.



BIBLIOGRAFÍA

1. Eisenberg MS, Mengert TJ. Cardiac resuscitation. *N Engl J Med* 2001; 344: 1304-13
2. Caffrey S, Willaghby PJ, Pepe PE, Becker LE. Public use automated external defibrillators *N Engl J Med*, 2002; 347: 1242-7.
3. Valenzuela TD, Roe DJ, Nichol G, Clark LL, Spaite DW, Hardman RG. Outcomes of rapid defibrillation by security officers after cardiac arrest in casinos. *N Engl J Med* 2000; 343: 1206-9
4. Peberdy MA, Kaye W, Ornato JP, Larkin GL, Nadkarni V, Mancini ME. Cardiopulmonary resuscitation of adults in the hospital: a report of 14720 cardiac arrests from the National Registry of Cardiopulmonary . *Resuscitation*, 2003; 58: 297-308.
5. Perkins GD, Soar J. In hospital cardiac arrest: Missing links in the Chain of survival. *Resuscitation* 2005; 66: 253-255.
6. Perales N, Perez Vela JL, Bernat Adell A, et al. La resucitación cardiopulmonar en el hospital: recomendaciones 2005. *Med Intensiva* 2005; 29: 349-356.
7. Plan hospitalario de reanimación cardiopulmonar. Hospital Virgen de las Nieves. Granada.
8. Herrera M, López F, González H, Domínguez P, García C, Bocanegra C. Resultados del primer año de funcionamiento del plan de resucitación cardiopulmonar del hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva). *Med Intensiva* 2010; 34: 170-181.
9. De la Chica R, Colmenero M, Chavero MJ, Muñoz V, Tuero G, Rodríguez M. Factores pronósticos de la mortalidad en una cohorte de pacientes con parada cardiorrespiratoria hospitalaria. *Med Intensiva* 2010; 34: 161-169.
10. Monzón JL, Saralegui I, Molina R, Abizanda R, Martín MC, Cabré L, et al. Ética de las decisiones en resucitación cardiopulmonar. *Med Intensiva* 2010; 34: 534-549.
11. Morrison LJ, Neumar RW, Zimmerman JL, Link MS, Newby LK, McMullan PW,

et al. Strategies for improving survival after in-hospital cardiac arrest in the United States: 2013 consensus recommendations: a consensus statement from the American Heart Association. *Circulation* 2013; 127(14): 1538-1563

12.Trohan RG, Trohan SD. Cardiac arrest: Unveiling the differences within. *Crit Care Med* 2011; 39: 2556-2557.

13.Merchant RM, Yang L, Becker LB, et al. Incidence of treated cardiac arrest in hospitalized patients in the United States. *Crit Care Med* 2011; 39: 2401-2406.

14.Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Registro de Altas de los Hospitales del Sistema Nacional de Salud. CMBD. www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm

15.Soar J, Perkins GD, Harris S, Nolan J. The immediate life support course. *Resuscitation* 2003; 57: 21-26.

16.Soar J, Monsieurs KG, Balance JHW, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 9. Principles of education in resuscitation. *Resuscitation* 2010; 81: 1434-1444.

17.Spearpoint KG, Gruber PC, Brett SJ. Impact of the immediate life support course on the incidence and outcome of in-hospital cardiac arrest calls: An observational study over 6 years. *Resuscitation* 2009;80:638-43

18.Smith GB. In-hospital cardiac arrest: It is time for an in-hospital "chain of prevention?". *Resuscitation* 2010; 81: 1209-1211.

19.Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte. BOJA nº 88, 7 mayo 2010.

20.Tamayo Velázquez MI, Simón Lorda P, Méndez martinez C, García León FJ. Guía para hacer la voluntad Vital Anticipada. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2012.

21.Simón Lorda P, Estebán López MS, Cruz Piqueras M, Aguayo Maldonado J, Alonso Araujo I, Bartolomé Sanz A, Delgado Vilchez FJ, De la Torre Prados MV et al. Limitación del Esfuerzo Terapéutico en Cuidados Intensivos: recomendaciones para la elaboración de protocolos. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, 2014



ABREVIATURAS

CESJO: Centro de Especialidades San José Obrero
CSH: Cadena de Supervivencia Hospitalaria
DEM: Desfibrilador Manual
DESA: Desfibrilador Externo Semiautomático
EEl: Equipo de Emergencia Interno
EM: Especialidad Médica
ERC: European Resuscitation Council
ERR: Equipos de Respuesta Rápida
FV: Fibrilación Ventricular
HMT: Hospital Marítimo de Torremolinos
HVV: Hospital Virgen de la victoria
HUVV: Hospital Universitario Virgen de la Victoria
ONIR: Órdenes de No Iniciar la Resucitación
PCEH: Parada Cardíaca Extrahospitalaria
PCIH: Paradas Cardíacas Intrahospitalarias
PCR: Parada Cardio-Respiratoria
PCRI: Parada Cardio-Respiratoria Intrahospitalaria
RCP: Resucitación Cardiopulmonar
SCC y U: Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias
SVA: Soporte Vital Avanzado
SVB: Soporte Vital Básico
SVBI: Soporte Vital Básico Instrumentalizado
T0: Tiempo marcado por el **reconocimiento precoz de la PCR** ó segundo Eslabón de la CSH
T1: En el primer minuto **aplicar precoz y adecuadamente las técnicas de soporte vital básico instrumentalizado** ó tercer Eslabón de la CSH
T15-20: A los quince o veinte minutos tras la detección de la **PCR y tras aplicar SVBI y SVA con recuperación de rimo espontáneo, instaurar cuidados post-reanimación de calidad** con traslado asistido a UCI ó, sexto Eslabón de la CSH
T2-3: Al segundo minuto (áreas monitorizadas) o tercer minuto (en áreas no críticas) tras la detección de la PCR realizar la **Desfibrilación temprana si procede** ó cuarto Eslabón de la CSH
T-24: 24 horas antes de la PCR **detección de los signos de alerta** o primer Eslabón de la CSH
T3-5: Entre el tercer y quinto minuto tras la detección de la PCR iniciar de forma rápida y adecuada las **técnicas de soporte vital avanzado** o quinto Eslabón de la CSH
TVSP: Taquicardia Ventricular Sin Pulso
UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

ANEXO



POSTER DE RESUCITACIÓN CARDIORRESPIRATORIA HOSPITALARIA



Resucitación hospitalaria



Paciente crítico/deteriorado



Grite pidiendo **AYUDA**
y evalúe al paciente



SI NO hay signos de vida

Avise al equipo
de resucitación



RCP 30:2 **932577**
con oxígeno e instrumental
de vía aérea



Aplique parches/
monitoree



Intente la desfibrilación
si está indicada

**Soporte Vital Avanzado
cuando llegue el equipo de resucitación**

SI hay signos de vida

Evalúe el ABCDE
Reconozca y trate
Oxígeno, monitorización, vía IV

Avise al equipo de resucitación
si está indicado

Transferir al equipo
de resucitación



**POSTER DE SOPORTE VITAL BÁSICO Y DESFIBRILACIÓN EXTERNA
AUTOMÁTICA**



Soporte Vital Básico y Desfibrilación Externa Automática



Compruebe la respuesta

Sacúdalo suavemente
Pregunte en voz alta: "¿Se encuentra bien?"



Si no responde

Abra la vía aérea y compruebe la respiración

Si no respira normalmente o no respira

Si respira normalmente

Llamar 932577; solicite carro con DESA o DESF manual



Comience inmediatamente la RCP

- Colocar manos entrelazadas y brazos rectos en el centro del pecho
 - Coloque cánula OT, mascarilla facial y ambú con 15 lpm de O₂
 - Insuflar observando elevación del pecho y dejar salir aire antes 2ª ventilación
- Continúe la RCP

RCP 30:2

* Colóquelo en posición de recuperación

Llamar al 932577
Valore si respira



Conecte el DEA y pegue los parches

- Siga las instrucciones verbales inmediatamente
- Pegue un parche bajo axila izquierda
- El segundo parche bajo clavícula derecha, junto al esternón
- No interrumpa la RCP



Mantenga el sitio despejado y administre la descarga

Nadie debe tocar a la víctima
Durante el análisis y administración descarga

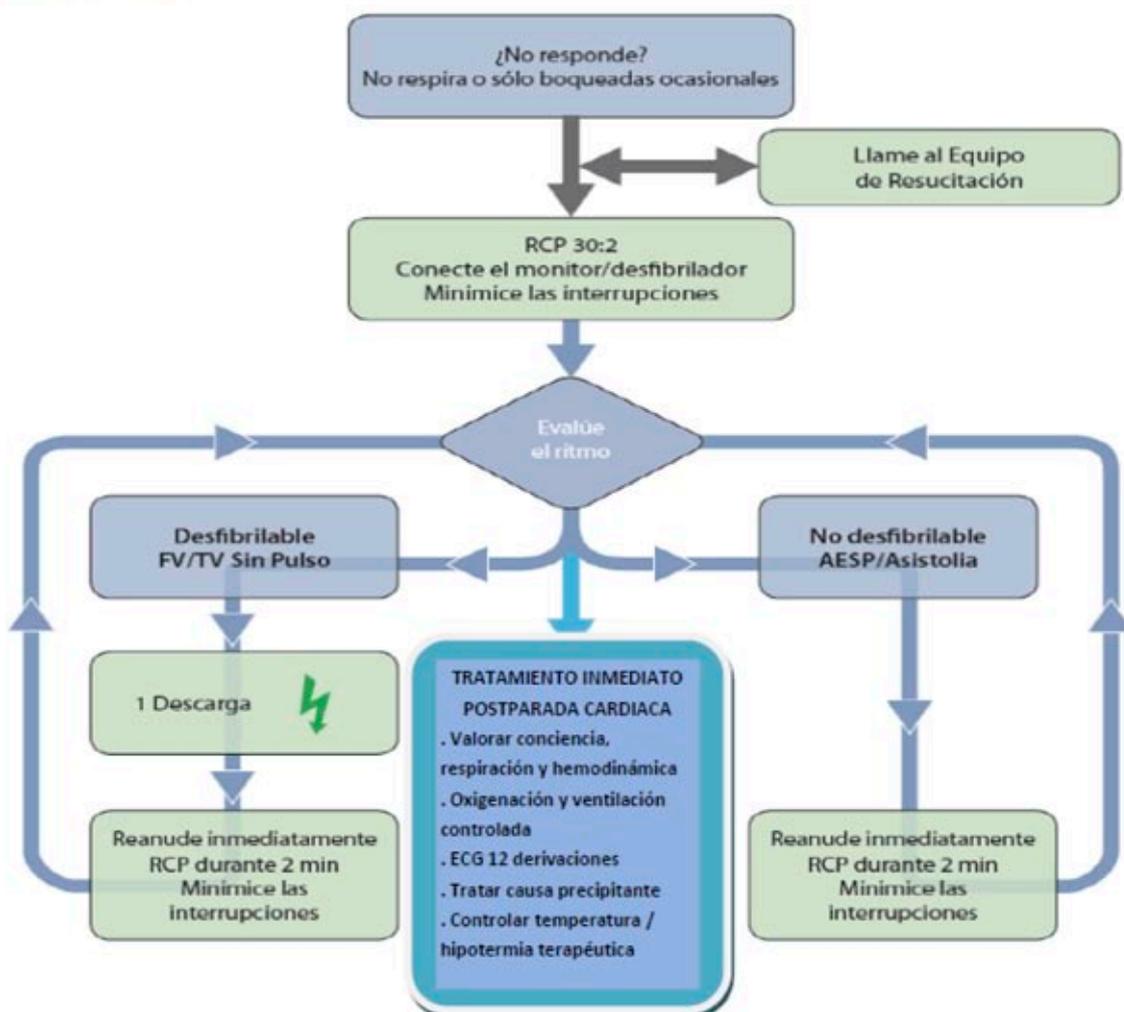
Si la víctima comienza a despertarse: se mueve, abre los ojos y respira normalmente, detenga la RCP. Si permanece Inconsciente, colóquelo en la posición de recuperación*.



POSTER DE SOPORTE VITAL AVANZADO. ALGORITMO UNIVERSAL



Soporte Vital Avanzado Algoritmo Universal



DURANTE LA RCP
RCP calidad: frecuencia, profundidad, descompresión
Planificar actuaciones antes de interrumpir RCP
Dar oxígeno, Control avanzado vía aérea / capnografía
Compresiones torácicas continuas tras vía aérea segura
Acceso vascular, IV ú oseo
Adrenalina IV /3-5 min
Corregir causas reversibles

CAUSAS REVERSIBLES: Hipoxia
Hipovolemia
Hipo/hiperkaliemia/metabólico
Hipotermia
Trombosis Pulmonar /Coronaria
Taponamiento cardíaco
Tóxicos
Neumotórax a tensión

ERC

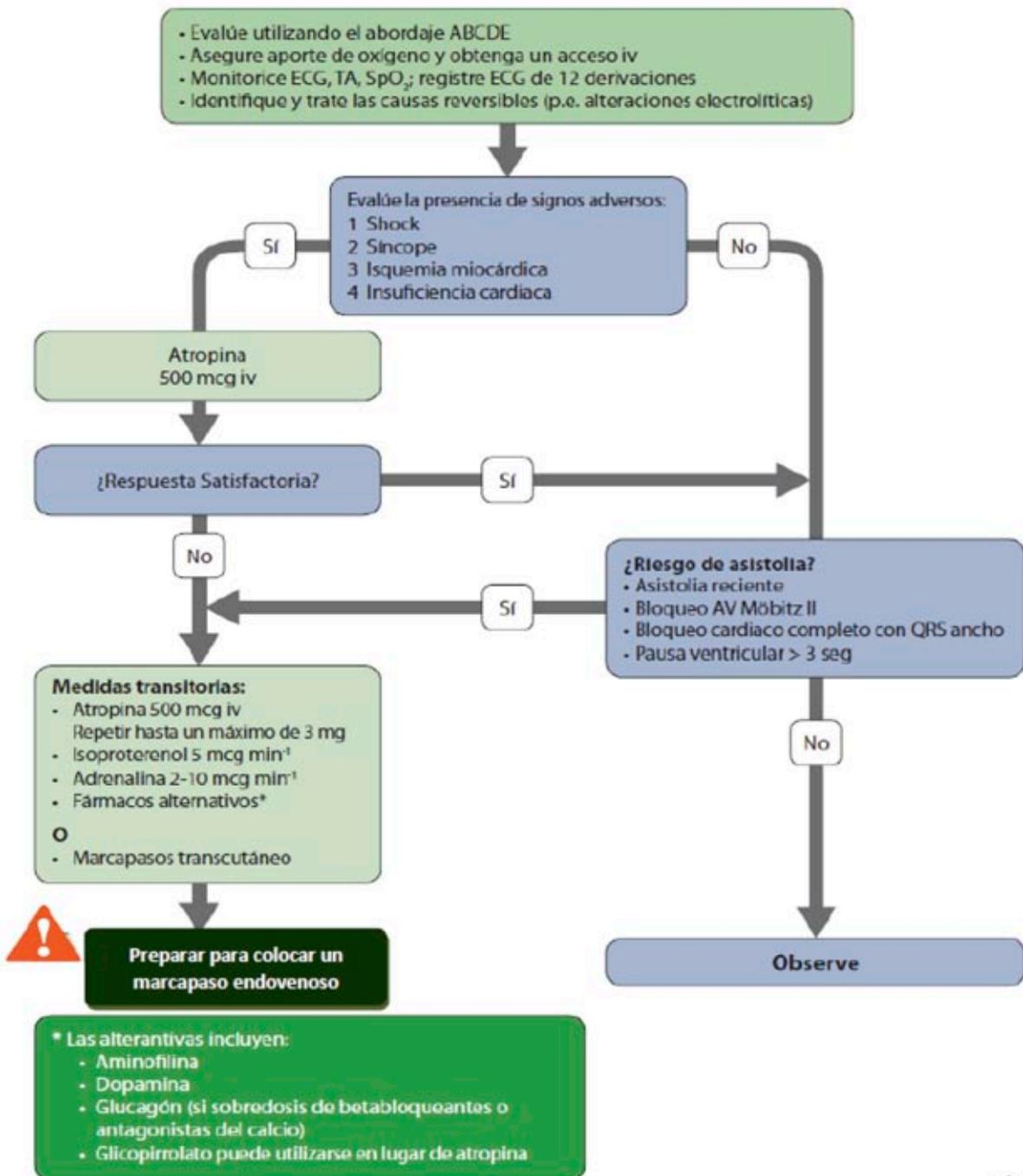


POSTER SOPORTE VITAL AVANZADO. ALGORITMO DE BRADICARDIA



Soporte Vital Avanzado

Algoritmo de Bradicardia





REGISTRO DE LLAMADAS EN CENTRALITA

PLAN DE RESUCITACIÓN CARDIO-PULMONAR Y SOPORTE VITAL, HUVV

Nº Orden	Centro	Teléfono realiza la llamada	Mes	Día/Hora	Planta/Control/Cama	Pabellón/Cama	Planta Consulta	Otro lugar	Buscas activados
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									



CARTEL ACTIVACIÓN SOPORTE VITAL AVANZADO EN PCR EN HU VV

ANTE UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA



LLAME AL TELEFONO: 932 577

INDICANDO:

- PLANTA Y CONTROL
- NUMERO DE CAMA



INICIE LAS MEDIDAS DE SOPORTE VITAL INSTRUMENTALIZADAS



**CARTEL ACTIVACIÓN SOPORTE VITAL AVANZADO EN PCR EN
H MARÍTIMO DE TORREMOLINOS**

ANTE UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA



LLAME AL TELEFONO: 932 577

INDICANDO:

- PABELLON
- NUMERO DE CAMA



INICIE LAS MEDIDAS DE SOPORTE VITAL INSTRUMENTALIZADAS



CARTEL ACTIVACIÓN SOPORTE VITAL AVANZADO EN PCR EN CESJO

ANTE UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA



LLAME AL TELEFONO: 932 577

INDICANDO:

- PLANTA
- NUMERO DE CONSULTA



INICIE LAS MEDIDAS DE SOPORTE VITAL INSTRUMENTALIZADAS



CIRCUITO LLAMADAS EN PARADA CR EN HU VV

Plan de Resucitación Cardio-Pulmonar y Soporte Vital

ANEXO 9: Circuito de llamadas ante Parada Cardiorrespiratoria en el Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria

Teléfono único ante PCR: 932577

I. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA

08:00 08:00

1º Busca de UCI: 734168 2º Busca Médico Especialidad 3º Busca Supervisor@ Enfermería* 4º Alerta Jefe Turno Celadores: 734173

(*) Laboral 08:00 a 15:00: Sup. Enf. Hospitalización, Consultas ó Áreas Diagnósticas. 15:00- 08:00 Laborales y Festivos: Sup. Contin. Asistencial 734154

II. HOSPITAL MARITIMO DE TORREMOLINOS

08:00 08:00

1º Busca de Medicina Interna: 734187 2º Busca supervisor@ 757452*

(*) 08:00 a 15:00 (lunes a viernes)

III. CENTRO DE ESPECIALIDADES SAN JOSE OBRERO

08:00 20:00

1º Busca de Parada Cardiaca: 690664 2º Busca del supervisor@ enfermería: 754149



REGISTRO PARADA CARDIACA INTRAHOSPITALARIA

PLAN DE RESUCITACIÓN CARDIO-PULMONAR Y SOPORTE VITAL, HUVV

Etiqueta identificativa paciente

-Nombre y apellidos: _____
 -Nº historia: _____ Edad: _____ Sexo: V / M
 -Lugar de la parada: Urgencias.
 UMI
 Hospitalización (servicio): _____, planta: _____; Cama: _____
 Otras (especificar): _____

Enfermería - **Signos Alerta Parada Cardíaca:** Hipotensión Arterial Taquipnea
 Deterioro Conciencia
 Taquicardia Hipotermia vs Hipertermia
 Oligoanuria (<50ml/h en 2 horas) Ninguno

- **Testamento Vital:** Si No **LET (médico responsable planta):** Si No

Enfermería - **Testigo parada:** Nadie -Actuación previa a SVA Si (SVB) No
 Familiar
 Enfermero
 Médico

Enfermería - **Fecha ingreso hospitalario:** Mes Día Hora Minutos
 _____/____/____

Enfermería - **Día y hora de la parada:** Mes Día Hora Minutos
 _____/____/____

Enfermería - **Hora inicio SVBI:** _____/____/____

Enfermería - **Tiempo de SVBI (minutos):** ____/____

Enfermería - **Hora llamada a SVA (centralita):** Mes Día Hora Minutos
 _____/____/____

Enfermería - **Hora llegada SVA:** Mes Día Hora Minutos
 _____/____/____

Enfermería - **Tiempo de SVA (minutos):** ____/____

- **Ritmo de la parada:** Fibrilación Ventricular Taquicardia Ventricular sin Pulso
 Asistolia, Disociación electromecánica

- **Etiología de la parada:** Cardíaca Respiratoria

Enfermería - **Desfibrilación:** DESA Manual 1ª Desfibrilación: ____/____ Hora minuto
 Nº desfibrilaciones: ____

Enfermería - **Adrenalina (número ampollas, 1 mg):** ____/____ Atropina, dosis: ____/____

Enfermería - **Amiodarona (dosis en mg):** ____/____ Sulfato de Mg (dosis en mg): ____/____ Otros:

- **Recuperación tras PCR:** Buen estado Incapacidad moderada Incapacidad severa
 Neurológicamente desconocido Éxito

- **Destino:** UCI Cama: Mes Día Hora Minuto
 ____/____/____

- **Función cerebral 72h:** Buen estado Incapacidad moderada Incapacidad severa
 Estado Vegetativo Neurológicamente desconocido Éxito

- **Alta:** Si Exitus: UCI Hospital Domicilio

- **Protocolo donación tejidos:** Si No **Donación en asistolia:** Si No

- **Diagnostico:**

- **Hipotermia:** Mes Día Hora Minuto Fibrinólisis Mes Día Hora Minutos
 ____/____/____

- **Cateterismo:** Mes Día Hora Minuto Otros: ____/____/____

- **Fecha alta o exitus UCI:** Mes Día **Fecha alta o exitus Hospital:** Mes Día
 ____/____/____



**MEDICACIÓN Y FLUIDOTERAPIA CARRO PARADA CARDIACA
NORMALIZADO**

MEDICACIÓN

10	641670	Adrenalina B. Braun 1mg/ml jeringas precargadas 1 ml	Adrenalina 1mg/ml, 1 ml
3	635649	Atropina Braun 1 mg amp. 1 ml	Atropina 1 mg/ml, 1 ml
8	617472	Trangorex 150 mg amp. 3 ml	Amiodarona 150 mg/3 ml, 3 ml
4	635656	Cloruro Cálcico Braun 10% 10 ml	Cloruro Cálcico 1 G, 10 ml
6	691527	Adenocor 6 mg vial 2 ml	Adenosina 6 g/2 ml, 2 ml
4	645572	Lidocaina Braun 5% 10 ml	Lidocaina
6	660366	Naloxona B. Braun Medical 0,4 mg/ml Amp.	Naloxona 0,4 mg/ml, 1 ml
4	389	Sulfate de magnesium 1,5 gr/10 ml (15%)	Sulfate de magnesium 1,5 gr/10 ml
6	659230	Midazolam B.Braun 5 mg/ml amp 3 ml.	Midazolam 5 mg/ml, 3 ml
6	790345	Flumazenilo combino Pharm 0,1 mg/ml amp 10 ml	Flumazenilo 0,1 mg/ml amp 10 ml
5	157914	Bicarbonato 1M 10 ml	Sodio Bicarbonato 8,4% 1 M

FLUIDOTERAPIA

4	633362	Suero Fisiológico 0,9% Plast Apyr 500 ml	Cloruro Sódico 0,9%, 500 ml
4	614677	Ringer Lactato 500 ml	Solución Ringer + Sodio Lactato 325 mg 500 ml
1	621532	Manitol 20% 250 ml	Manitol 20% 250 ml
2	634477	Bicarbonato 1M 250 ml	Sodio Bicarbonato 8,4% 1M 250 ml
2		Glucosa 5% Grifols 500 ml	Glucosa 5% 250 ml



**REPOSICIÓN MEDICACIÓN CARRO DE PARADA CARDIACA
NORMALIZADO**



SOLICITUD DE REPOSICIÓN DE BOTIQUÍN DEL CARRO DE PARADAS.

UNIDAD CLÍNICA:	
BANDEJA UTILIZADA <input type="checkbox"/>	Nº: LOTE:
BANDEJA CADUCADA <input type="checkbox"/>	
BANDEJA DISPENSADA:	Nº: LOTE:

MEDICACIÓN DEVUELTA (A cumplimentar por Farmacia)

Orden	C.N.	MEDICAMENTO	NOMBRE COMERCIAL	Unid. devueltas	Caducidad
1	617472	AMIODARONA 150mg/3ml, amp	TRANGOREX [®]		/2,0
2	635649	ATROPINA 1mg/1ml, ampolla	ATROPINA BRAUN [®]		/2,0
3	659230	MIDAZOLAM 5 MG/ML, 3ML	MIDAZOLAM BRAUN [®]		/2,0
4	157914	SODIO BICARBONATO 8,4% 1M, amp	BICARBONATO Na BRAUN [®]		/2,0
5	645572	LIDOCAINA 5% 10 ml, amp	LIDOCAINA 5% BRAUN [®]		/2,0
6	635656	CLORURO CALCICO 1g/10 ml amp	CLORURO CALCICO BRAUN [®]		/2,0
7	660366	NALOXONA 0,4mg/1ml, ampolla	NALOXONA BRAUN [®]		/2,0
8	000389	SULFATO DE MAGNESIO 1,5g/10ml, amp	SULFATE DE MAGNESIUM [®]		/2,0
9	661527	ADENOSINA 6mg/2ml, VIAL	ADENOCOR [®]		/2,0
10	790345	FLUMAZENILO 1mg/10ml, amp	FLUMAZENILO BRAUN [®]		/2,0
11	641670	ADRENALINA 1mg/1ml, Jer. Prec.	ADRENALINA BRAUN [®]		/2,0

Recepcionada por:

Firma:

Persona que retira (sólo en horario de cierre):

Mecanizado en X- Farma Mecanizado en Gecos

Servicio de Farmacia
Hospital Clínico Universitario "Virgen de la Victoria"
Campus Universitario de Teatinos, s/n. 29010 Málaga
Telf.: 951 032 016 - 951 032 353 Telefax: 951 032 057



**REPOSICIÓN DE FLUIDOTERAPIA DEL CARRO PARADA CARDIACA
NORMALIZADO**

PLAN DE RESUCITACIÓN CARDIO-PULMONAR Y SOPORTE VITAL, HUVV

UNIDAD CLÍNICA:

Fecha: / / 201...

ENFERMERA (Firma):

		Suero	Composición	Unidades del Carro	Unidades Solicitadas
4	633362	Suero Fisiológico 0,9% Plast Apyr 500 ml	Cloruro Sódico 0,9%, 500 ml	4	
4	614677	Ringer Lactato 500 ml	Solución Ringer + Sodio Lactato 325 mg 500 ml	4	
1	621532	Manitol 20% 250 ml	Manitol 20% 250 ml	1	
2	634477	Bicarbonato 1M 250 ml	Sodio Bicarbonato 8,4% 1M 250 ml	2	
2		Glucosa 5% Grifols 250 ml	Glucosa 5% 250 ml	2	

14

STOCK DE FÁRMACOS DE URGENCIAS EN HOSPITALIZACIÓN

PLAN DE RESUCITACIÓN CARDIO-PULMONAR Y SOPORTE VITAL, HUVV

STOCK DE MEDICACIÓN DE URGENCIA

CN	MEDICACION PARENTERAL	MARCA COMERCIAL	CANTIDAD
602486	ADRENALINA 1 mg/1ml, ampolla.	ADRENALINA B. BRAUN®	10 ampollas
857235	ATRACURIO BESILATO 50mg/5ml, amp. NEVERA	BESILATO DE ATRACURIO INIBSA®	5 ampollas
628016	DIAZEPAM 10mg/2ml, ampolla	VALIUM®	5 ampollas
745067	DIGOXINA 0,50mg/2ml, ampolla	DIGOXINA TEOFARMA®	5 ampollas
623611	DOBUTAMINA 250mg/20ml, ampolla	DOBUTAMINA INIBSA®	2 ampollas
947408	DOPAMINA 200mg/5ml, ampolla	DOPAMINA CLORHIDRATO GRIFOLS®	6 ampollas
600700	FENITOINA 250mg/5ml, ampolla	FENITOINA RUBIO®	5 ampollas
790345	FLUMAZENILO 1mg/10ml, amp	FLUMAZENILO BRAUN®	5 ampollas
691204	FUROSEMIDA 20 mg/2ml, ampolla	SEGURIL®	5 ampollas
965616	GLUCAGON 1MG/1ml, vial + jeringa NEVERA	GLUCAGEN HIPOKIT®	1 inyectable
90425	GLUCOSA 33% 10 ML, ampolla	GLUCOSA 33% (GLUCOSMON®)	5 ampollas
653109	HALOPERIDOL 5mg/1ml, ampolla	HALOPERIDOL ESTEVE®	5 ampollas
606541	HIDROCORTISONA 100 mg	ACTOCORTINA 100MG VIAL®	1 vial
650300	ISOPRENALINA 0,2 mg/1ml, ampolla NEVERA	ALEUDRINA®	6 ampollas
945196	LABETALOL 100mg/ 20ml AMPOLLA	TRANDATE®	5 ampollas
645572	LIDOCAINA 5% 10ML, ampolla	LIDOCAINA 5% BRAUN®	4 ampollas
615823	MEPIVACAINA 200mg/10ml, ampolla	SCANDINIBSA 2%®	2 ampollas
613141	METILPREDNISOLONA 20 mg, ampolla	URBASON SOLUBLE 20MG®	3 ampollas
613158	METILPREDNISOLONA 40 mg, ampolla	URBASON SOLUBLE 40MG®	3 ampollas
659230	MIDAZOLAM 5 MG/ML, 3ML	MIDAZOLAM BRAUN®	5 ampollas
660366	NALOXONA 0,4mg/1ml, ampolla	NALOXONA BRAUN®	5 ampollas
663226	NITROGLICERINA 5 mg/5ml ampolla	SOLINITRINA®	6 ampollas
936732	NITROPRUSIATO 50 mg, vial	NITROPRUSSIAT FIDES®	1 vial
661660	NORADRENALINA 10mg/10ml, ampolla	NORADRENALINA BRAUN®	5 ampollas
647420	POTASIO CLORURO 2M (10mEq) 5 ml, amp	CLORURO POTASICO BRAUN 14.9%®	8 ampollas
854273	PROPOFOL 200mg/20ml ampolla	PROPOFOL MAYNE®	5 ampollas
941815	SALBUTAMOL 0.5 mg/1 ml, ampolla inyectable	VENTOLIN INYECTABLE®	2 ampollas
610063	SUXAMETONIO 100 mg/2 ml, ampolla NEVERA	ANECTINE®	5 ampollas
610188	TEOFILINA 200mg/10ml, ampolla	EUFILINA VENOSA®	5 ampollas
617472	AMIODARONA 150mg/3ml, amp	TRANGOREX®	5 ampollas
783407	VERAPAMILLO 5mg/2ml, ampolla	MANIDON®	5 ampollas
CN	MEDICACION ORAL Y SUBLINGUAL	MARCA COMERCIAL	CANTIDAD
649459	CAPTOPRILO 25 mg comp.	CAPTOPRILO NORMON®	10 comp
877316	NITROGLICERINA 0,4 mg 30 comprimidos sublinguales	VERNIES 0.4MG®	30 comp

Servicio de Farmacia. Unidad de Dispensación de Medicamentos.

Hospital Clínico Universitario "Virgen de la Victoria".

Campus Universitario de Teatinos, s/n. 29010 Málaga.

Tel.: 951 032 016 - 951 032 379. Fax: 951 032 057.

farmacia.hvu.zzpe@jurafdeandalucia.es



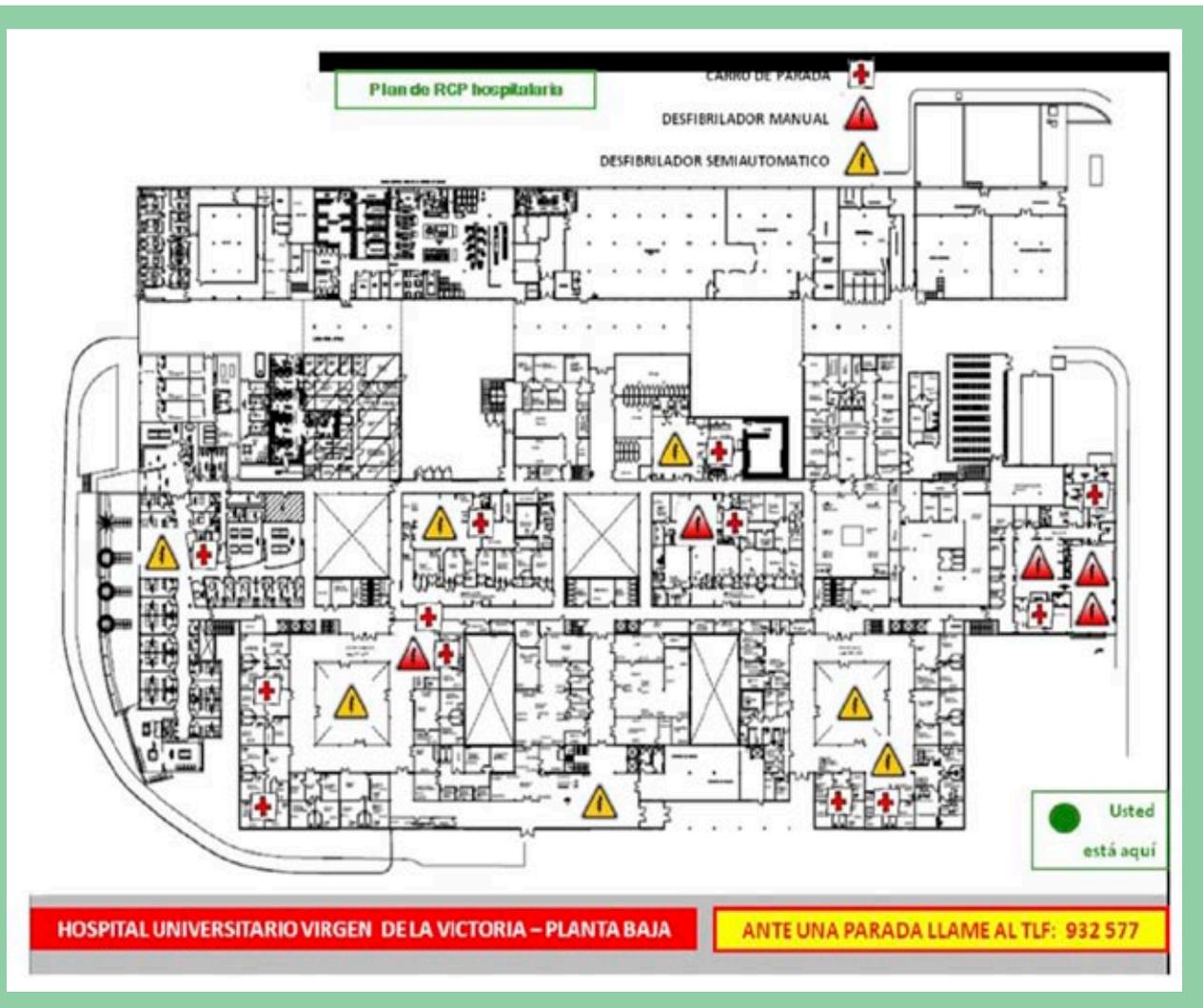
**SEÑALIZACIÓN DISPONIBILIDAD DE DESFIBRILACIÓN PRECOZ
DEL ILCOR**





**MAPA SITUACIÓN CARROS DE PARADA Y DESAS EN PLANTA
BAJA, HUVV**

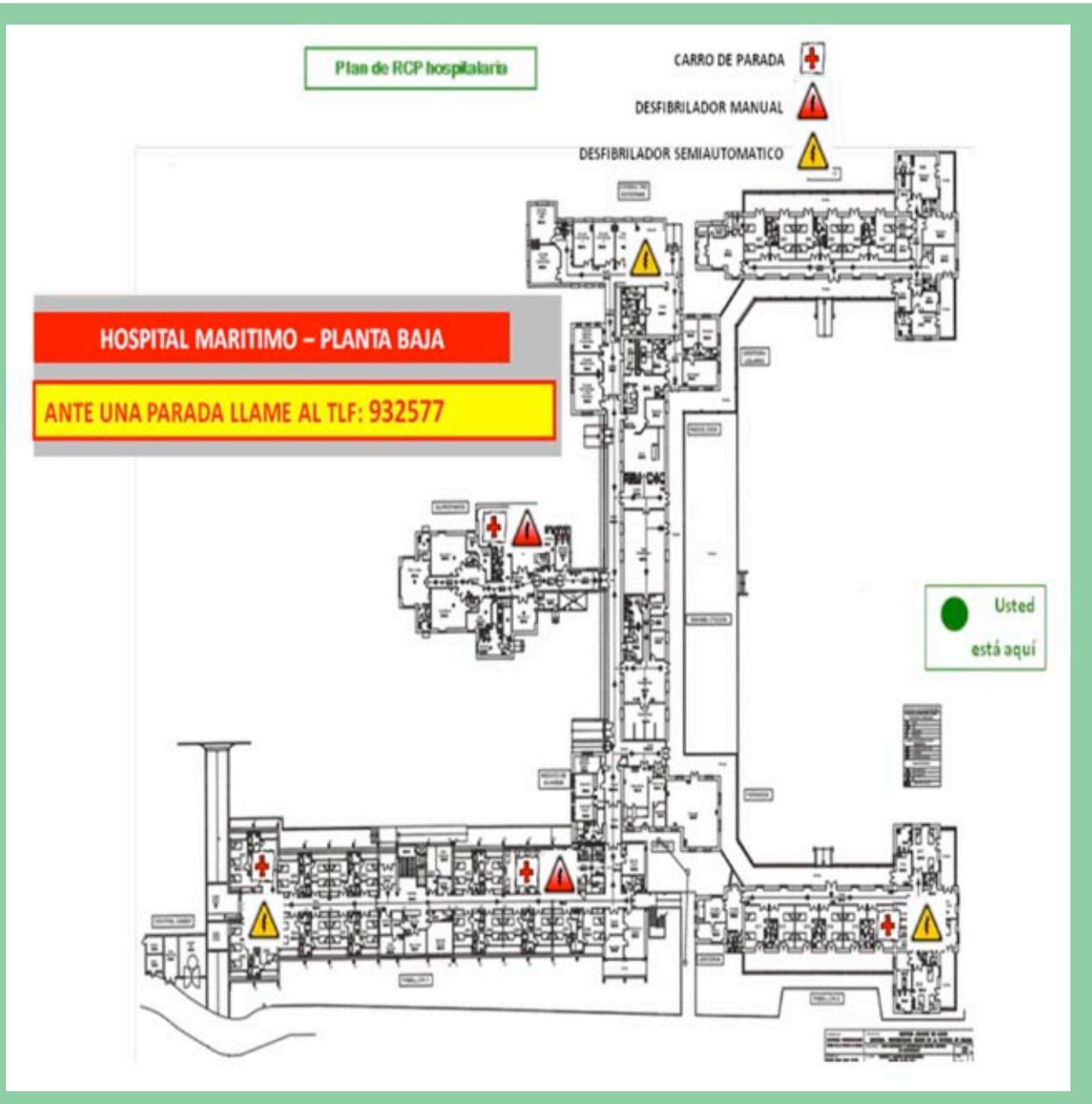
PLAN DE RESUCITACIÓN CARDIO-PULMONAR Y SOPORTE VITAL, HUVV





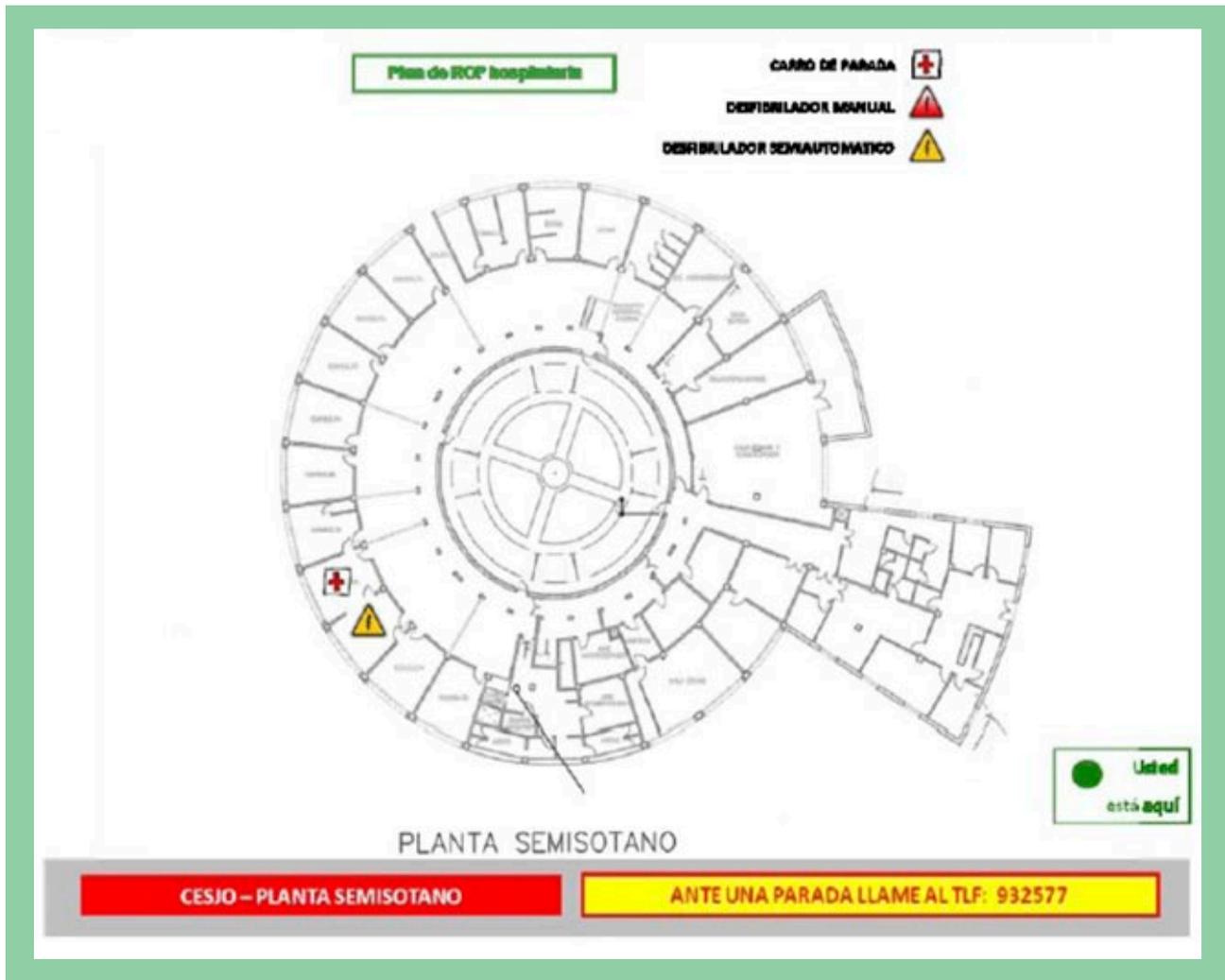
**MAPA DE SITUACIÓN DE LOS CARROS DE PARADA Y DESAS EN
PLANTA BAJA H MARÍTIMO TORREMOLINOS**

PLAN DE RESUCITACIÓN CARDIO-PULMONAR Y SOPORTE VITAL, HUVV





**MAPA DE SITUACIÓN DE LOS CARROS DE PARADA Y DESAS
EN SEMISÓTANO DE CESJO**





CARROS DE PARADA MODELO LIFELINE, URGENCIAS



CHECK LIST MODELO: LifeLine• URGENCIAS

Bandeja Superior: MONITORIZACIÓN

Tabla RCP						
Monitor Desfibrilador <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	Gel conductor	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	Presurizador	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	AMBU	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C
	Electrodos 20	Solución antiséptica <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	Lubricante en spray <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	Contenedor punzantes <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	Mascarilla almohadillada para AMBU <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	

Primer Cajón: TRATAMIENTO

Bandeja Medicación <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	Agujas IV 10	Agujas IM 10	Agujas Carga 10	Llaves de pasos 3	Regulador de flujo 5	Sistemas de infusión IV 10	Sueros Salino 50 ml 5
	Jeringas 2 ml 10	Jeringas 5 ml 10	Jeringas 10 ml 10	Jeringas 20 ml 10	Jeringas para punción arterial 5		Sueros Salino 100 ml 5

Segundo Cajón: VÍA RESPIRATORIA

2 <input type="checkbox"/>									
Tubos 9	Tubos 8.5	Tubos 8	Tubos 7.5	Tubos 7	Tubos 6.5				
						Laringoscopio y juego de palas curvas (corta y larga) <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	Pinzas de Magill, Kocher y Tijeras <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	Guedel Nº 3,4 y 5 5	
						Fiadores para TOT 3	Pilas y Bombilla recambio para Laringoscopi o <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	Tubo en Y para TOT (codos) <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	Ventimask con FiO ₂ variable para Traqueostomía 2
						Cinta para fijación TOT <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	Ventimask con FiO ₂ variable 2	Ventimask alta concentración 2	
								Sondas de aspiración Nº 10, 14 y 18 10	

PLAN DE RESUCITACIÓN CARDIO-PULMONAR Y SOPORTE VITAL, HUVV

Carro de Parada cardiaca de MODELO: LifeLine® URGENCIAS

CHECK LIST MODELO: LifeLine® URGENCIAS

Tercer Cajón: CIRCULATORIO

Cables y parches para marcapasos transcutáneo H C	Catéter IV 20G 3	DRUM 2	Paños estériles fenestrados y no fenestrados 5	Gasas estériles 5
	Catéter IV 18 3	Catéter central vía 2	Guantes estériles 6.5, 7, 7.5 y 8 10	Compresas estériles 2
Fonendoscopio y esfigmomanómetro H C	Catéter IV 16G 3			
	Catéter IV 14G 3	Seda 1/0 5	Esparadrapos (1 transpore y 1 mexix) H C	
	Compresores H C	Hojas Bisturi 5		

Cajón Inferior: SETS y sueros de reposición

Set Vía central H C	Set Sondaje Nasogástrico H C	Set Sondaje Vesical H C
Sueros Salinos 500 ml 5	Expansores de plasma (Voluven®) 5	
Sueros Salinos 250 ml 5	Bicarbonato 1M 5	

Bandeja inferior-derecha: VENTILADOR DE TRASLADO

Tubuladuras VM H C	Válvula unidireccional H C	Filtros antibacterianos H C	Codos H C	Humidificadores H C
Ventilador de traslado H C				

Cajones laterales:

Gasas H C
Compresas H C
Vendas de red 10x10 H C

PLAN DE RESUCITACIÓN CARDIO-PULMONAR Y SOPORTE VITAL, HUVV

Carro de Parada cardiaca de MODELO: LifeLine® URGENCIAS CHECK LIST MODELO: LifeLine® URGENCIAS

GUIA DE CUMPLIMENTACION	OBSERVACIONES
<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C Tachar tras chequeo sobre H y C con una X o √. H = Hecho → Existencia y Ubicación C = Comprobado → Funcionamiento <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Tachar tras chequeo sobre casillero vacío con una √ si no requiere reposición o escribir cantidad respuesta.	

FECHA REVISION	TIPO DE REVISION	REGISTRO
____/____/20____	<input type="checkbox"/> Programada (Domingos) <input type="checkbox"/> Cantidades y Caducidades MDU <input type="checkbox"/> Limpieza CDP <input type="checkbox"/> Tras PCR (<i>Requiere registro 2</i>)	<input type="checkbox"/> 1. Solicitud nueva Bandeja PCR <input type="checkbox"/> 2. Hoja de parada

BANDEJA MEDICACIÓN PARADA	REVISORES CDP
<input type="checkbox"/> Envío a Farmacia (<i>Requiere registro 1</i>) <input type="checkbox"/> Reposición de Bandeja parada <input type="checkbox"/> No requiere reposición	(1)
	(2)



CARROS DE PARADA MODELO LIFELINE, HOSPITALIZACIÓN



PLAN DE RESUCITACIÓN CARDIO-PULMONAR Y SOPORTE VITAL, HUVV

CHECK LIST CARRO DE PARADA CARDIACA, MODELO: LifeLine+ Hospitalización

Bandeja Superior: MONITORIZACIÓN

Tabla RCP						
Monitor Desfibrilador <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	Gel conductor	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	Presurizador	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	AMBU	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C
	Electrodos	20 <input type="text"/>	Solución antiséptica	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	Lubricante en spray	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C
			Contenedor punzantes	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	Mascarilla almohadillada para AMBU	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C

Primer Cajón: TRATAMIENTO

Bandeja Medicación <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	Agujas IV	<input type="text" value="10"/>	Agujas IM	<input type="text" value="10"/>	Agujas Carga	<input type="text" value="10"/>	Llaves de 3 pasos	<input type="text" value="3"/>	Regulador de flujo	<input type="text" value="5"/>	Sistemas de infusión IV <input type="text" value="10"/>	Sueros Salino 50 ml	<input type="text" value="5"/>
	Jeringas 2 ml	<input type="text" value="10"/>	Jeringas 5 ml	<input type="text" value="10"/>	Jeringas 10 ml	<input type="text" value="10"/>	Jeringas 20 ml	<input type="text" value="10"/>	Jeringas para punción arterial	<input type="text" value="5"/>		Sueros Salino 100 ml	<input type="text" value="5"/>

Segundo Cajón: VÍA RESPIRATORIA

<input type="text" value="2"/>	Tubos 9	<input type="text" value="2"/>	Tubos 8,5	<input type="text" value="2"/>	Tubos 8	<input type="text" value="2"/>	Tubos 7,5	<input type="text" value="2"/>	Tubos 7	<input type="text" value="2"/>	Tubos 6,5	Fiadores para TOT <input type="text" value="3"/>	Laringoscopio y juego de palas curvas (corta y larga)	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	Pinzas de Magill, Kocher y Tijeras	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	Guedel Nº 3,4 y 5	<input type="text" value="5"/>	Sondas de aspiración Nº 10, 14 y 18 <input type="text" value="10"/>	
											Pilas y Bombilla recambio para Laringoscopio		<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	Tubo en Y para TOT (codos)	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	Ventimask con FIO ₂ variable para Traqueostomía	<input type="text" value="2"/>			
											Cinta para fijación TOT		<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	Ventimask con FIO ₂ variable	<input type="text" value="2"/>	Ventimask alta concentración	<input type="text" value="2"/>			

CHECK LIST CARRO DE PARADA CARDIACA, MODELO: LifeLine+ Hospitalización

Tercer Cajón: CIRCULATORIO

Cables y parches para marcapasos transcutáneo H C	Catéter IV 20G 3	DRUM 2	Paños estériles fenestrados y no fenestrados 5	Gasas estériles 5
	Catéter IV 18 3	Catéter vía central 2	Guantes estériles 6.5, 7, 7.5 y 8 10	Compresas estériles 2
Fonendoscopio y esfigmomanómetro H C	Catéter IV 16G 3			
	Compresores H C	Catéter IV 14G 3	Seda 1/0 5	Hojas Bisturi 5

Cajón Inferior: SETS y sueros de reposición

Set Vía central H C	Set Sondaje Nasogástrico H C	Set Sondaje Vesical H C
Sueros Salinos 500 ml 5	Expansores de plasma (Voluven®) 5	
Sueros Salinos 250 ml 5	Bicarbonato 1M 5	

Bandeja inferior-derecha: Aspiración

Sistema de Vacío y Medenas preparado H C

Cajones laterales:

Set Vía central H C	Set Sondaje Nasogástrico H C	Set Sondaje Vesical H C
Sueros Salinos 500 ml 5	Expansores de plasma (Voluven®) 5	
Sueros Salinos 250 ml 5	Bicarbonato 1M 5	

CHECK LIST CARRO DE PARADA CARDIACA, MODELO: LifeLine® Hospitalización

GUIA DE CUMPLIMENTACION	OBSERVACIONES
<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C Tachar tras chequeo sobre H y C con una X o √. H = Hecho → Existencia y Ubicación C = Comprobado → Funcionamiento <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Tachar tras chequeo sobre casillero vacío con una √ si no requiere reposición o escribir cantidad respuesta.	

FECHA REVISION	TIPO DE REVISION	REGISTRO
____ / ____ / 20__	<input type="checkbox"/> Programada (Domingos) <input type="checkbox"/> Cantidades y Caducidades MDU <input type="checkbox"/> Limpieza CDP <input type="checkbox"/> Tras PCR. (<i>Requiere registro 2</i>)	<input type="checkbox"/> 1. Solicitud nueva Bandeja PCR <input type="checkbox"/> 2. Hoja de parada

BANDEJA MEDICACIÓN PARADA	REVISORES CDP
<input type="checkbox"/> Envío a Farmacia (<i>Requiere registro 1</i>)	(1)
<input type="checkbox"/> Reposición de Bandeja parada	(2)
<input type="checkbox"/> No requiere reposición	



**CARROS DE PARADA MODELO MODELO INMOCLINC,
HOSPITALIZACIÓN**



PLAN DE RESUCITACIÓN CARDIO-PULMONAR Y SOPORTE VITAL, HUVV

CHECK LIST MODELO CARRO DE PARADA CARDIACA MODELO: Inmoclin- Hospitalización

Bandeja Superior: Monitorización

Tabla RCP						
Monitor Desfibrilador <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	Gel conductor	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	Presurizador	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	AMBU	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C
	Electrodos	Solución antiséptica	Lubricante en spray	Contenedor punzantes	Mascarilla almohadillada para AMBU	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C
	20	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C		

Primer Cajón: Tratamiento

Bandeja Medicación <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	Agujas IV	Agujas IM	Agujas Carga	Llaves de 3 pasos	Regulador de flujo	Sistemas de infusión IV	Sueros Salino 50 ml
	10	10	10	3	5	10	5
	Jeringas 2 ml	Jeringas 5 ml	Jeringas 10 ml	Jeringas 20 ml	Jeringas para punción arterial		Sueros Salino 100 ml
	10	10	10	10	5		5

Segundo Cajón: Vía respiratoria

2	2	2	2	2	2	Fiadores para TOT 3	Laringoscopio y juego de palas curvas (corta y larga)	Pinzas de Magill, Kocher y Tijeras	Guedel Nº 3,4 y 5	Sondas de aspiración Nº 10, 14 y 18 10
Tubos 9	Tubos 8.5	Tubos 8	Tubos 7.5	Tubos 7	Tubos 6.5		<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	5	
							Pilas y Bombilla recambio para Laringoscopio	Tubo en Y para TOT (codos)	Ventimask con FIO ₂ variable para Traqueostomía	
							<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	2	
							Cinta para fijación TOT	Ventimask con FIO ₂ variable	Ventimask alta concentración	
							<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	2	2	

CHECK LIST MODELO CARRO DE PARADA CARDIACA MODELO: Inmoclinc- Hospitalización

Tercer Cajón: Circulatorio

Cables y parches para Desfibrilador Semiautomático H C	Catéter IV 20G 3	DRUM 2	Paños estériles fenestrados y no fenestrados 5	Gasas estériles 5
	Catéter IV 18 3			
Rollos papel para recambio ECG H C	Catéter IV 16G 3	Catéter vía central 2	Guantes estériles 6.5, 7, 7.5 y 8 10	Compresas estériles 2
	Catéter IV 14G 3			Esparadrapos (1 transpore y 1 mefix) H C
	Compresores H C	5 Seda 1/0	5 Hojas Bisturí	

Cuarto Cajón: SETs

Set Vía central 2	Set Sondaje Nasogástrico 2	Set Sondaje Vesical 2	Cánulas Shiley 6 y 8 2
-----------------------------	--------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------

Quinto Cajón: Sueros

Sueros salinos 500 ml 3	Expansores plasma (Voluven®) 3
Sueros Salinos 250 ml 3	Bicarbonato 1M 3

CHECK LIST MODELO CARRO DE PARADA CARDIACA MODELO: Inmoclin- Hospitalización

GUIA DE CUMPLIMENTACIÓN	OBSERVACIONES
<p><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C Tachar tras chequeo sobre H y C con una X o √.</p> <p>H = Hecho → Existencia y Ubicación C = Comprobado → Funcionamiento</p> <p><input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Tachar tras chequeo sobre casillero vacío con una √ si no requiere reposición o escribir cantidad respuesta.</p>	

FECHA REVISION	TIPO DE REVISION	REGISTRO
____ / ____ / 20__	<input type="checkbox"/> Programada (Domingos) <input type="checkbox"/> Cantidades y Caducidades MDU <input type="checkbox"/> Limpieza CDP <input type="checkbox"/> Tras PCR (<i>Requiere registro 2</i>)	<input type="checkbox"/> 1. Solicitud nueva Bandeja PCR <input type="checkbox"/> 2. Hoja de parada

BANDEJA MEDICACIÓN PARADA	REVISORES CDP
<input type="checkbox"/> Envío a Farmacia (<i>Requiere registro 1</i>) <input type="checkbox"/> Reposición de Bandeja parada	(1)
<input type="checkbox"/> No requiere reposición	(2)



CARROS DE PARADA MODELO MODELO INMOCLINC, UCI



PLAN DE RESUCITACIÓN CARDIO-PULMONAR Y SOPORTE VITAL, HUVV

CHECK LIST CARRO DE PARADA CARDIACA, MODELO: Inmoclin- UCI

Bandeja Superior: Monitorización

Tabla RCP					
Intercambiador de TOT <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C					
Guía de Hitmann <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C					
Monitor Desfibrilador <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	Gel conductor	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	Presurizador		<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C
	Electrodos	20 <input type="checkbox"/>	Solución antiséptica	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	Lubricante en espray
			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	Contenedor punzantes	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C
					AMBU <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C
					Mascarilla almohadillada para AMBU <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C

Primer Cajón: Tratamiento

Bandeja Medicación <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	Agujas IV	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>	Agujas IM	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>	Agujas Carga	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>	Llaves de 3 pasos	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Regulador de flujo	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Sistemas de infusión IV	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>	Sueros Salino 50 ml	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
	Jeringas 2 ml	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>	Jeringas 5 ml	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>	Jeringas 10 ml	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>	Jeringas 20 ml	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>	Jeringas para punción arterial	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>			Sueros Salino 100 ml	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>

Segundo Cajón: Vía respiratoria

<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Tubos 9	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Tubos 8.5	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Tubos 8	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Tubos 7.5	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Tubos 7	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Tubos 6.5	Fiadores para TOT	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Laringoscopio y juego de palas curvas (corta y larga)	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	Pinzas de Magill, Kocher y Tijeras	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	Guedel Nº 3,4 y 5	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Sondas de aspiración Nº 10, 14 y 18	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
												Pilas y Bombilla recambio para Laringoscopio	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	Tubo en Y para TOT (codos)	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	Ventimask con FI ₂ variable para Traqueostomía	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>				
												Cinta para fijación TOT	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C	Ventimask con FI ₂ variable	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Ventimask alta concentración	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>				

CHECK LIST CARRO DE PARADA CARDIACA, MODELO: Inmoclinc- UCI

Tercer Cajón: Circulatorio

Cables y parches para marcapasos transcutáneo H C	Catéter IV 20G 3	DRUM 2	Paños estériles fenestrados y no fenestrados 5	Gasas estériles 5
	Catéter IV 18 3	Catéter central vía 2	Guantes estériles 6.5, 7, 7.5 y 8 10	Compresas estériles 2
Rollos papel para recambio ECG H C	Catéter IV 16G 3			Esparadrapos (1 transpore y 1 mefix) H C
	Catéter IV 14G 3			
	Compresores H C	5 Seda 1/0	5 Hojas Bisturí	

Cuarto Cajón: Tórax

Caja quirúrgica de apertura torácica H C	Marcapasos intracavitario con balón 2	Introduccion 2	Generador de marcapasos H C
Operfilm para tórax H C	Marcapasos intracavitario sin balón 2		Pilas de recambio para generador de marcapasos H C

Quinto Cajón: Vía aérea difícil

TOT anillados 3	Mascarillas Laríngeas 3	Fast-Track 3	Set Traqueotomía urgente 2	Set Cricotiroidotomía 2
---------------------------	-----------------------------------	------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

CHECK LIST CARRO DE PARADA CARDIACA, MODELO: Inmoclinc- UCI

GUIA DE CUMPLIMENTACION	OBSERVACIONES
<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C Tachar tras chequeo sobre H y C con una X o √. H = Hecho → Existencia y Ubicación C = Comprobado → Funcionamiento <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Tachar tras chequeo sobre casillero vacío con una √ si no requiere reposición o escribir cantidad respuesta.	

FECHA REVISION	TIPO DE REVISION	REGISTRO
____ / ____ / 20__	<input type="checkbox"/> Programada (Domingos) <input type="checkbox"/> Cantidades y Caducidades MDU <input type="checkbox"/> Limpieza CDP <input type="checkbox"/> Tras PCR (<i>Requiere registro 2</i>)	<input type="checkbox"/> 1. Solicitud nueva Bandeja PCR <input type="checkbox"/> 2. Hoja de parada

BANDEJA MEDICACIÓN PARADA	REVISORES CDP
<input type="checkbox"/> Envío a Farmacia (<i>Requiere registro 1</i>)	(1)
<input type="checkbox"/> Reposición de Bandeja parada	
<input type="checkbox"/> No requiere reposición	(2)



**CARROS DE PARADA MODELO MODELO INMOCLINC, RECUPERACIÓN
POSTANESTÉSICA**



PLAN DE RESUCITACIÓN CARDIO-PULMONAR Y SOPORTE VITAL, HUVV

CHECK LIST CARRO DE PARADA CARDIACA MODELO: Inmoclinc- Recuperación post anestésica

Bandeja Superior: Monitorización

Tabla RCP						
Intercambiador de TOT		H C				
Guía de Hitmann		H C				
Monitor Desfibrilador	Gel conductor	H C		Presurizador	H C	
	Electrodos	20		Solución antiséptica	H C	
H C		H C		Lubricante en spray	H C	
		H C		Contenedor punzantes	H C	
		H C		Mascarilla almohadillada para AMBU		H C

Primer Cajón: Tratamiento

Bandeja Medicación H C	Agujas IV	Agujas IM	Agujas Carga	Llaves de 3 pasos	Regulador de flujo	Sistemas de infusión IV	Sueros Salino 50 ml
	10	10	10	3	5	10	5
	Jeringas 2 ml	Jeringas 5 ml	Jeringas 10 ml	Jeringas 20 ml	Jeringas para punción arterial		Sueros Salino 100 ml
	10	10	10	10	5		5

Segundo Cajón: Vía respiratoria

2	2	2	2	2	2	Fiadores para TOT 3	Laringoscopio y juego de palas curvas (corta y larga)	Pinzas de Magill, Kocher y Tijeras	Guedel Nº 3,4 y 5	Sondas de aspiración Nº 10, 14 y 18 10
Tubos 9	Tubos 8.5	Tubos 8	Tubos 7.5	Tubos 7	Tubos 6.5		H C	H C	5	
							Pilas y Bombilla recambio para Laringoscopio	Tubo en Y para TOT (codos)	Ventimask con FiO ₂ variable para Traqueostomía	
							H C	H C	2	
							Cinta para fijación TOT	Ventimask con FiO ₂ variable	Ventimask alta concentración	
							H C	2	2	

CHECK LIST CARRO DE PARADA CARDIACA MODELO: Inmoclinc- Recuperación post anestésica

GUÍA DE CUMPLIMENTACION	OBSERVACIONES
<p><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C Tachar tras chequeo sobre H y C con una X o √.</p> <p>H = Hecho → Existencia y Ubicación C = Comprobado → Funcionamiento</p> <p><input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Tachar tras chequeo sobre casillero vacío con una √ si no requiere reposición o escribir cantidad respuesta.</p>	

FECHA REVISIÓN	TIPO DE REVISIÓN	REGISTRO
<p>____ / ____ / 20__</p>	<p><input type="checkbox"/> Programada (Domingos)</p> <p><input type="checkbox"/> Cantidades y Caducidades MDU</p> <p><input type="checkbox"/> Limpieza CDP</p> <p><input type="checkbox"/> Tras PCR (<i>Requiere registro 2</i>)</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. Solicitud nueva Bandeja PCR</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Hoja de parada</p>
BANDEJA MEDICACIÓN PARADA		REVISORES CDP
<p><input type="checkbox"/> Envío a Farmacia (<i>Requiere registro 1</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Reposición de Bandeja parada</p> <p><input type="checkbox"/> No requiere reposición</p>		<p>(1)</p> <hr/> <p>(2)</p>



**CARROS DE PARADA MODELO MODELO AURIÓN COMPACT,
HOSPITALIZACIÓN**



CARRO DE PARADA CARDIACA MODELO: Aurion Compact® Hospitalización (Traumatología)

Bandeja Superior: Monitorización

Tabla RCP					
Monitor Desfibrilador	Gel conductor		Presurizador		AMBU
	Electrodos	Solución antiséptica	Lubricante en spray	Contenedor punzantes	Mascarilla almohadillada para AMBU®

Primer Cajón: Tratamiento (Medicación)

Bandeja Medicación

Segundo Cajón: Tratamiento (Fungible)

Agujas IV	Agujas IM	Agujas Carga	Llaves de 3 pasos	Regulador de flujo	Sistemas de infusión IV	Sueros Salino 50 ml
Jeringas 2 ml	Jeringas 5 ml	Jeringas 10 ml	Jeringas 20 ml	Jeringas para punción arterial		Sueros Salino 100 ml

Tercer Cajón: Vía respiratoria (Mascarillas)

Ventimask con FiO ₂ variable	Ventimask alta concentración	Ventimask con FiO ₂ variable para Traqueostomía
--------------------------------------------	---------------------------------	------------------------------------------------------------------

Cuarto Cajón: Vía Respiratoria (Intubación)

Tubos 9	Tubos 8.5	Tubos 8	Tubos 7.5	Tubos 7	Tubos 6.5	Fiadores para TOT	Laringoscopio y juego de palas curvas	Guedel Nº 3,4 y 5	Sondas de aspiración Nº 10, 14 y 18
							Pilas y Bombilla recambio para Laringoscopio	Pinzas de Magill, Kocher y Tijeras	
							Cinta para fijación TOT	Tubo en Y para TOT	

CARRO DE PARADA CARDIACA MODELO: Aurion Compact® Hospitalización (Traumatología)

Quinto Cajón: Sueroterapia

Cables y parches para marcapasos transcutáneo	Catéter IV 20G		DRUM		Paños estériles fenestrados y no fenestrados
	Catéter IV 18G		Catéter vía central		Guates estériles 6.5, 7, 7.5 y 8
Fonendoscopio y esfingomanómetro	Catéter IV 16G				
	Catéter IV 14G				
	Compresores	Esparadrapo	Seda 1/0	Hojas de bisturí	

Gasas	Compresas	Vendas de red 10x10
-------	-----------	---------------------

Cajones Laterales-Superior Izquierdo

Cajones Laterales-Inferior Izquierdo: Sueroterapia

Sueros Salinos 500 ml	Expansores de plasma (Voluven®)
Sueros Salinos 250 ml	Bicarbonato 1M

Cajón Lateral-derecho: Set

Cánulas Shiley
Set Vía central

CARRO DE PARADA CARDIACA MODELO: Aurion Compact Hospitalización (Traumatología)

Estos carros tienen como característica especial unas bandejas laterales, cierre de seguridad y ubicación especial para Sistema de vacío para aspiración y oxigenoterapia.



**Visión lateral-izquierda:
Ubicación para oxígeno, aire comprimido, sistema de vacío.**

CARRO DE PARADA CARDIACA MODELO: Aurion Compact® Hospitalización (Traumatología)

GUÍA DE CUMPLIMENTACION	OBSERVACIONES
<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C Tachar tras chequeo sobre H y C con una X o √. H = Hecho → Existencia y Ubicación C = Comprobado → Funcionamiento <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Tachar tras chequeo sobre casillero vacío con una √ si no requiere reposición o escribir cantidad respuesta.	

FECHA REVISIÓN	TIPO DE REVISIÓN	REGISTRO
____ / ____ / 20__	<input type="checkbox"/> Programada (Domingos) <input type="checkbox"/> Cantidades y Caducidades MDU <input type="checkbox"/> Limpieza CDP <input type="checkbox"/> Tras PCR (<i>Requiere registro 2</i>)	<input type="checkbox"/> 1. Solicitud nueva Bandeja PCR <input type="checkbox"/> 2. Hoja de parada

BANDEJA MEDICACIÓN PARADA	REVISORES CDP
<input type="checkbox"/> Envío a Farmacia (<i>Requiere registro 1</i>) <input type="checkbox"/> Reposición de Bandeja parada <input type="checkbox"/> No requiere reposición	(1)
	(2)



**GUÍA E INSTRUCCIONES EN EL MANTENIMIENTO DE LOS CARROS
DE PARADA CARDÍACA**

La medicación del carro de parada es preparada y revisada por el servicio de farmacia de nuestro hospital. Tras hacer uso de la bandeja de medicación se avisará al celador para que traiga una nueva. Una vez recibida, se le entregará la bandeja de medicación usada para que farmacia la prepare y/o reponga.

Para un correcto chequeo o revisión del carro de parada es necesario aclarar algunos matices. Debemos comprobar por un lado la existencia del producto y por otro su buen funcionamiento. El monitor desfibrilador debe estar en el lugar previsto, pero también debe funcionar. Esta forma de chequeo fue ideada para pilotos de aviación, se aplica hoy día a numerosos campos.

A continuación describimos las etiquetas con las que nos encontraremos:

La "H" indica hecho, **existencia y posición correcta**, trazamos una X encima. Posteriormente **comprobamos**, si procede **su funcionamiento**, trazamos otra X sobre la "C". En nuestro ejemplo, hemos comprobado la existencia del monitor desfibrilador, sus cables, su posición, su encendido y con la calibración hemos asegurado su perfecto uso.

En algunos casos sólo nos será necesario comprobar la cantidad suficiente de los distintos elementos, por ejemplo:

H	C
---	---

En este caso, revisamos la  cantidad,

X	C
---	---

 su funcionamiento o buen estado según precise y rellenamos al lado la cantidad a reponer para completar lo indicado en la caja de la izquierda, en caso de no reponer se trazara un "hecho" o:

2	✓
---	---

5	
---	--

De este modo dejamos claro que lo hemos revisado.

La cantidad mínima será de al menos dos.

El número indicado suele tener una cantidad más bien tirando a la baja, pero necesaria. Este hecho de que no existan grandes cantidades de elementos refuerza el orden y mejora la reposición, así como la importancia de reponerlo cada vez que se use. Por otro lado hará más fácil el chequeo rutinario.

Revisiones Periódicas del Carro de Parada

Establecido este Check List, será fácil un chequeo rápido y más aún cuando se tome como medida fundamental para atender a la vida de un paciente, nada debe fallar, todo debe estar a punto. Se realizarán dos tipos de revisiones:



EQUIPO EMERGENCIA MÓVIL DE LA UCI

1. Un monitor-desfibrilador manual equipado con **Parámetros No invasivos:**

ECG, 3, 5 y 12 derivaciones

Respiración

SpO2 (Mindray, masimo , Nelcor)

Presión arterial No Invasiva

Dos temperaturas

Parámetros Invasivos:

Dos canales de presión invasiva

Monitorización de CO2 espirado

Tiempo de carga:

Meno de 5 segundos hasta 200 julios

Menos de 8 segundos hasta 360 julios



2 Mochila

Fármacos

Set de pericardiocentesis

Set de cricotiroidectomía

3 Dispositivo Automático de Masaje Cardiaco Externo





REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS DOS PÁGINAS

VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS

(VVA)

- ¿Qué es?
- ¿Quién puede hacer?
- ¿Cómo se hace?
- ¿Dónde se puede hacer?

MARCO LEGAL

Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Ley 2/2010 de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.

Decreto 59/2012 de 13 Marzo por el que se regula la organización y funcionamiento Registro Voluntades Vitales Anticipadas.



TELÉFONOS DE INTERÉS

Centralita Hospital Regional U. Málaga
951 29 00 00
Unidad de Evaluación y Resultados
951 29 17 83
Centralita Hospital U. Virgen de la Victoria
951 03 20 00
Atención Ciudadana
951 03 24 11

Cita:



HOSPITALES UNIVERSITARIOS
REGIONAL Y VIRGEN DE LA VICTORIA
MÁLAGA

Voluntad Vital Anticipada



HOSPITALES UNIVERSITARIOS
REGIONAL Y VIRGEN DE LA VICTORIA
MÁLAGA



CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

¿QUE ES UNA VOLUNTAD VITAL ANTICIPADA? (VVA)

Es un derecho que la persona tiene de decidir anticipadamente las actuaciones sanitarias que en un futuro podría necesitar (Ejemplo: enfermedad de Alzheimer...). y no tuviera la capacidad de decidir por sí mismo, por su estado físico, psíquico, etc... (Ejemplo: daño cerebral, coma irreversible, estado vegetativo permanente...) sólo se utilizará en situaciones "graves e irreversibles". Este derecho hay que declararlo mediante un documento escrito llamado **Testamento Vital**, donde se recoge toda la información en el que la persona quiere dejar constancia por escrito de su voluntad, y de un representante si así lo desea. Se puede modificar a lo largo de su vida en cualquier momento.

¿QUIÉN PUEDE HACER LA DECLARACIÓN DE VOLUNTAD VITAL ANTICIPADA?

- Las personas mayores de edad
 - Las personas menores emancipadas
 - Las personas incapacitadas judicialmente,
- siempre y cuando la sentencia de incapacitación no se lo impida y estén en situación de capacidad en el momento de formalizar su Declaración.

¿QUÉ SE NECESITA PARA HACER LA DECLARACIÓN DE VOLUNTAD VITAL ANTICIPADA?

Para hacerla necesita el DNI o pasaporte y cumplimentar los documentos que están disponibles en todos los centros sanitarios públicos de Andalucía, y también puede consultar en la página Web de la Consejería de Salud. (puede imprimir la guía y los formularios)

<http://www.juntadeandalucia.es/salud/vva>

- Solicitud de inscripción en el registro. Descargar PDF (26 KB Anexo 1)
- Declaración de Voluntad Vital Anticipada. Descargar PDF (28 KB Anexo 2)
- Aceptación del representante (en el caso que quiera nombrar un representante). Descargar PDF (24 KB Anexo 3)

Recomendación

Hable con un profesional sanitario de su confianza sobre sus preferencias sanitarias y pídale, si es necesario que le ayude en el proceso.

¿CÓMO Y DONDE SE HACE LA DECLARACIÓN DE VOLUNTAD E VITAL ANTICIPADA?

Una vez que lo tenga decidido, usted deberá solicitar al teléfono de Salud responde donde le ofrecerá los distintos puntos de registro de sus Voluntades, para que usted elija, sitio, día y hora.



A través de la Web se puede realizar la preinscripción telemática y para poder inscribirla, deberá solicitar una cita previa en Salud-Responde.

Centros Especialidades José Estrada
Avda. Muelle Heredia s/n (CARE)
Hospital Universitario Regional de Málaga
Centros Especialidades San José Obrero
Avda. Juan XXIII nº 74 (BARBARELA)
Hospital Universitario Virgen de la Victoria

IMPORTANTE: LOS DOCUMENTOS QUE HA DE LLEVAR CONSIGO:

- Documento que acredite su personalidad:
- DNI /Pasaporte y NIE (extranjeros).
- (Anexo 1, Anexo 2, Anexo 3 y Anexo 4).

Si nombra a una persona que le represente debe presentar la aceptación del representante y una fotocopia del DNI de la persona elegida, **esta fotocopia solo es necesaria en el caso de que el representante no consienta el acceso a la base de datos de verificación del DNI/NIE** (Descargar PDF Anexo 4)

¿Dónde queda registrada la VVA?

En Andalucía existe un Registro único de VVA centralizado.

Este Registro está a su vez conectado con el "Registro Nacional de Instrucciones Previas" lo que permite consultar la VVA de pacientes que hayan registrado estos documentos en otra Comunidad Autónoma.

¿Si cambio de opinión se puede cambiar o revocar la Declaración de Voluntades Vitales Anticipadas?

Puede **cambiar** el contenido de su declaración e incluso **revocarla** siempre que usted lo desee por el mismo procedimiento que se realizó.

¿Quién tiene acceso al documento de la Voluntad Vital Anticipada?

Solo el personal médico o enfermería a cuyo cargo usted se encuentre en el momento en el que sea necesario consultar su declaración.

Portal de Salud de la Junta de Andalucía



<http://www.juntadeandalucia.es/salud/rva>



MODELO PARA CONSULTA AL CEA



COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL MÁLAGA NOROESTE

Consulta al comité de Ética Asistencial Málaga Noroeste

Persona que realiza la Consulta, si es profesional de un Centro hospitalario o centro de salud, indicar nombre del centro y Unidad o Área a la que pertenece además de los datos del consultante; si se trata de una persona usuaria del Centro sanitario indicar datos de contacto para dirigirse a él y el Centro sanitario con respecto al cual consulta.

Enunciado de la Consulta, se puede utilizar al efecto unas líneas a manera de resumen, un simple enunciado del problema a manera de título o la descripción completa de la situación o conflicto sobre el que se consulta Sin que figuren en cualquier caso ningún dato identificativo. En el primero y segundo caso el comité se pondrá en contacto con el consultante para solicitar descripción completa de los hechos.

Observaciones y/o datos complementarios, aquello que el consultante estime necesario añadir especialmente la urgencia de la consulta.

Este formulario de consulta se entregara en sobre cerrado, especificando confidencial, al secretario del Comité del Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Don Ramón Porras (planta baja en área de Recursos Humanos)