

**Universidad de Oviedo**

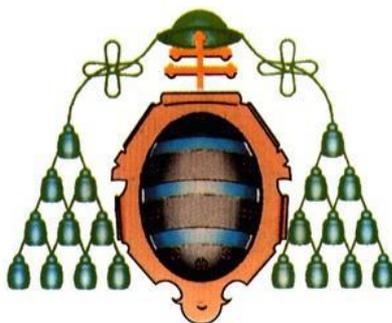
**Centro Internacional de Postgrado**

**Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos**

**“CONOCIMIENTOS SOBRE RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR  
DE LOS ENFERMEROS EN UNIDADES SIN MONITORIZACIÓN DE  
PACIENTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE  
ASTURIAS”**

**LAURA FERNÁNDEZ PÉREZ  
JUNIO 2013**

**Trabajo Fin De Máster**



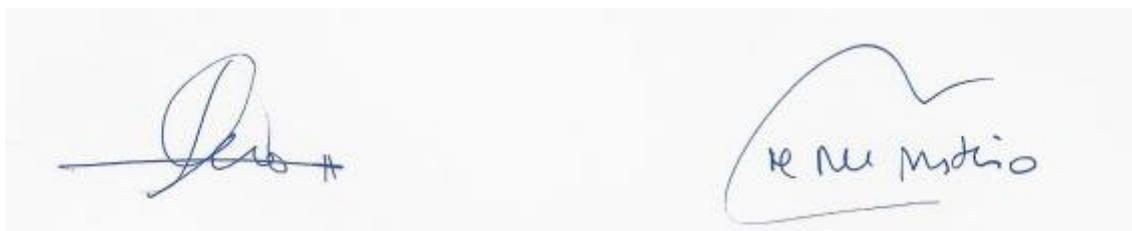
**Universidad de Oviedo**

**Centro Internacional de Postgrado**

**Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos**

**“CONOCIMIENTOS SOBRE RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR  
DE LOS ENFERMEROS EN UNIDADES SIN MONITORIZACIÓN DE  
PACIENTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE  
ASTURIAS”**

**Trabajo Fin De Máster**



Laura Fernández Pérez

**Nombre del Autor**

Prof. Dra. Mª Pilar Mosteiro Díaz

**Nombre del Tutor**



## MÁSTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS

M<sup>a</sup> PILAR MOSTEIRO DÍAZ, Doctora en Psicología por la Universidad de Oviedo, Profesora Titular de Universidad del Departamento de Medicina, Área de Enfermería de la Universidad de Oviedo y Profesora del Máster en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo.

### CERTIFICA:

Que el Trabajo Fin de Máster presentado por D/Dña. Laura Fernández Pérez, titulado “Conocimientos sobre resucitación cardiopulmonar de los enfermeros en Unidades sin monitorización de pacientes del Hospital Universitario Central de Asturias”, realizado bajo mi dirección dentro del Máster en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo, reúne a mi juicio las condiciones necesarias para ser admitido como Trabajo Fin de Máster en la Universidad de Oviedo.

Y para que así conste dónde convenga, firman la presente certificación en Oviedo a 23 de mayo de 2013.

Vº Bº

Fdo. Prof. Dra. M<sup>a</sup> Pilar Mosteiro Díaz

Directora del Trabajo



## **AGRADECIMIENTOS**

Quisiera dar las gracias, en primer lugar a todo el personal de enfermería que participó en el trabajo y en especial a las supervisoras por su colaboración y ayuda a la hora de realizar el trabajo de campo, haciéndome más fácil el conseguir llegar al máximo de enfermeras.

También me gustaría acordarme de personas como Katia, gran amiga que me apoyó y acompañó durante toda la recogida de los datos, animándome a continuar cuando los ánimos estaban más bajos.

A Marcos por confiar siempre en mi trabajo, por hacer fácil lo difícil, por su ayuda en intentar conseguir la perfección, por su paciencia y positividad cuando las cosas no salen bien... por todo.

A mi familia, por creer y apoyarme incondicionalmente en todos los proyectos en los que me embarco.

Y finalmente y no por ello menos importante, me gustaría agradecerle a mi tutora M<sup>a</sup> Pilar Mosteiro Díaz toda la confianza que ha depositado en mí para la realización de este trabajo. Gracias a su ayuda, su comprensión, sus consejos y sobre a su paciencia ha sido posible conseguir finalizar este trabajo.



## **GLOSARIO DE ABREVIATURAS**

- PCR: Parada cardiorrespiratoria
- RCP: Reanimación cardiopulmonar
- ILCOR: The International Liaison Committee on Resuscitation
- PCRIH: Parada cardiorrespiratoria intra-hospitalaria
- PCREH: Parada cardiorrespiratoria extra-hospitalaria
- FV: Fibrilación ventricular
- TV: Taquicardia ventricular
- ECG: Electrocardiograma
- SEM: Sistema de Emergencias Médicas
- AHA: American Heart Association
- AESP: Actividad eléctrica sin pulso
- HUCA: Hospital Universitario Central de Asturias
- HGA: Hospital General de Asturias
- SEMICYUC: Sociedad española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias.
- ERC: European Resuscitation Council
- SPSS: Statistical Package for the Social Sciences



## ÍNDICE GENERAL

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>9</b>
1.1.- JUSTIFICACIÓN .....	12
<b>2. OBJETIVOS DEL TRABAJO .....</b>	<b>13</b>
2.1.- OBJETIVO PRINCIPAL .....	13
2.2.- OBJETIVOS SECUNDARIOS.....	13
<b>3. MATERIAL Y MÉTODO .....</b>	<b>14</b>
3.1.- TIPO DE ESTUDIO.....	14
3.2.- TIEMPO DE ESTUDIO.....	14
3.3.- SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	14
3.4.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	14
3.5.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	15
3.6.- CUESTIONARIO .....	15
3.7.- DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES.....	16
3.8.- PROCEDIMIENTO.....	20
3.9.- ANÁLISIS DE DATOS .....	20
3.10.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO .....	20
3.11.- CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	21
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>22</b>
4.1.- RESULTADOS BLOQUE A.....	22
4.2.- RESULTADOS BLOQUE B .....	26
4.3.- RESULTADOS BLOQUE C .....	30
4.4.- CRUCE DE VARIABLES.....	35
4.4.1.- <i>Relación entre las variables edad y grado de conocimiento en RCP.....</i>	<i>35</i>
4.4.2.- <i>Relación entre las variables unidad de hospitalización dónde desempeñan su labor asistencial y grado de conocimiento en RCP.....</i>	<i>35</i>
4.4.3.- <i>Relación entre las variables tiempo trabajado como enfermera en la unidad de trabajo actual y grado de conocimiento en RCP.....</i>	<i>35</i>
4.4.4.- <i>Relación entre las variables haber recibido formación postgrado en maniobras de RCP y grado de conocimiento en RCP.....</i>	<i>36</i>
4.4.5.- <i>Relación entre las variables tiempo desde la última formación recibida sobre maniobras de RCP y grado de conocimiento en RCP.....</i>	<i>36</i>
4.4.6.- <i>Relación entre las variables conocer el protocolo de atención a la PCR del HUCA y grado de conocimiento en RCP.....</i>	<i>36</i>
<b>5. DISCUSIÓN .....</b>	<b>37</b>
<b>6. RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA.....</b>	<b>41</b>
<b>7. CONCLUSIONES .....</b>	<b>42</b>
<b>8. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>43</b>
8.1.- OTRAS BIBLIOGRAFÍAS CONSULTADAS PARA LA ELABORACIÓN DEL TRABAJO ...	46
<b>9. ANEXOS.....</b>	<b>48</b>
9.1.- CUESTIONARIO .....	48
9.2.- PERMISO DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA .....	51
9.3.- PLAN DE ATENCIÓN A LA PCR EN EL HUCA .....	52



## **INDICE DE GRÁFICOS**

GRÁFICO 1.	REVISIÓN CARRO DESFIBRILADOR .....	30
GRÁFICO 2.	RESPUESTAS CORRECTAS BLOQUE C .....	31
GRÁFICO 3.	RESULTADOS CUESTIONARIO BLOQUE C .....	34



## **INDICE DE TABLAS**

TABLA 1.	RESULTADOS PREGUNTA 1 .....	22
TABLA 2.	RESULTADOS PREGUNTA 2 .....	23
TABLA 3.	RESULTADOS PREGUNTA 3 .....	23
TABLA 4.	RESULTADOS PREGUNTA 4 .....	24
TABLA 5.	RESULTADOS PREGUNTA 5 .....	24
TABLA 6.	RESULTADOS PREGUNTA 6 .....	25
TABLA 7.	RESULTADOS PREGUNTA 7 .....	25
TABLA 8.	RESULTADOS PREGUNTA 8 .....	26
TABLA 9.	RESULTADOS PREGUNTA 9 .....	26
TABLA 10.	RESULTADOS PREGUNTA 10 .....	27
TABLA 11.	RESULTADOS PREGUNTA 11 .....	27
TABLA 12.	RESULTADOS PREGUNTA 12 .....	28
TABLA 13.	RESULTADOS PREGUNTA 13 .....	28
TABLA 14.	RESULTADOS PREGUNTA 14 .....	29
TABLA 15.	RESPUESTAS CORRECTAS BLOQUE C. ....	30
TABLA 16.	RESULTADOS PREGUNTA 15 .....	31
TABLA 17.	RESULTADOS PREGUNTA 16 .....	32
TABLA 18.	RESULTADOS PREGUNTA 17 .....	32
TABLA 19.	RESULTADOS PREGUNTA 18 .....	33
TABLA 20.	RESULTADOS PREGUNTA 19 .....	33
TABLA 21.	RESULTADOS PREGUNTA 20 .....	34



## 1. INTRODUCCIÓN.

*“En todas las actividades es saludable, de vez en cuando, poner un signo de interrogación sobre aquellas cosas que por mucho tiempo se han dado como seguras”*  
Bertrand Russell.

La parada cardiorrespiratoria (PCR) se define como la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la circulación y la respiración espontáneas, que se manifiesta clínicamente por inconsciencia, apnea y ausencia de pulso, y que de persistir durante varios minutos lleva irreversiblemente a la muerte.

La reanimación cardiopulmonar (RCP) ,descrita por Kouwenhoven et al, que presentaron las ventajas de la compresión torácica para provocar la circulación artificial, es el conjunto de acciones encaminadas a revertir el estado de PCR, sustituyendo primero para restaurar después, la respiración y la circulación espontáneas.<sup>1</sup>

Desde su nacimiento, hace algo más de 50 años, la ciencia de la resucitación ha estado estrechamente ligada a la formación y enseñanza de las técnicas que científicamente se demostraran útiles para tratar la parada cardiaca. Al principio de los años 1960 se describieron el masaje cardiaco y la ventilación boca a boca. En ese mismo año se presentó el primer maniquí con el que practicar estas técnicas y facilitar la enseñanza de los reanimadores. Desde entonces, la formación en técnicas de resucitación ha sido una actividad en continuo crecimiento, y en la actualidad son miles las personas que acuden cada año a cursos de formación en dichas técnicas. Así mismo, son innumerables los estudios científicos que se han desarrollado y se desarrollan en el campo de la formación en resucitación, tratando de evaluar la efectividad de diversas técnicas, que poder posteriormente trasladar al entorno clínico y evaluar su efecto sobre la recuperación de las víctimas<sup>2</sup>.

La supervivencia tras PCR depende de la calidad de la evidencia científica aportada por las guías, pero, también en gran medida de la eficacia de la educación en maniobras de RCP y la evaluación periódica de las mismas, para que el conocimiento y las habilidades adquiridas persistan en el tiempo, ofreciendo siempre una RCP efectiva y una mejora en los resultados de supervivencia de los pacientes.<sup>3,4</sup>



Según el Comité Internacional en Resucitación (ILCOR), todos los ciudadanos, desde personas no relacionadas con el ámbito sanitario hasta profesionales de la salud, deberían tener un conocimiento básico en maniobras de RCP<sup>5</sup>.

La PCR, es la principal causa de muerte prematura en España y los países occidentales. Respondiendo a múltiples etiologías, fundamentalmente cardiaca en el adulto ocasiona la muerte entre 15000 y 25000 pacientes al año en nuestro país<sup>6</sup>.

Las paradas cardiorrespiratorias intrahospitalaria (PCR IH) se producen con mayor frecuencia que las extrahospitalarias (PCREH) y tienen peor pronóstico a pesar de que el escenario es más adecuado<sup>7</sup>.

En el análisis del ritmo cardiaco, aproximadamente un 25-30% de las víctimas de PCREH presentan fibrilación ventricular (FV), porcentaje que ha disminuido en los últimos 20 años<sup>8-9</sup>. Es probable que muchas más víctimas tengan FV o taquicardia ventricular (TV) sin pulso, en el momento de la parada cardiaca, pero para cuando es registrado el primer electrocardiograma (ECG) por el personal de los servicios de emergencia médicos (SEM), el ritmo se ha deteriorado hacia asistolia<sup>10</sup>. Cuando el ritmo es registrado poco después de la parada cardiaca, in situ, la proporción de pacientes en FV puede ser tan elevada como 59%<sup>11</sup> al 65%<sup>12</sup>.

La incidencia publicada de parada cardiaca intrahospitalaria es más variable, pero en el rango de 1-5 por 1000 ingresos<sup>7</sup>. Datos recientes del Registro Nacional de RCP de la American Heart Association (AHA), indican que la supervivencia al alta hospitalaria tras una parada cardiaca en el hospital es de 17.6% (todos los ritmos)<sup>13</sup>. El ritmo inicial es FV o TV sin pulso 25% de los casos y de estos el 37% sobrevive al alta del hospital, tras actividad eléctrica sin pulso (AESP) o asistolia el 11.5% sobrevive al alta. Cabe destacar que la asistolia se presenta en pacientes de edad más avanzada<sup>14</sup>.

Según la literatura internacional, entre un 0.4 y un 2% de los pacientes ingresados y hasta un 30% de los fallecidos ha sido sometidos a técnicas de resucitación cardiopulmonar<sup>15</sup>. La mayoría de los casos que sobreviven corresponden a pacientes ingresados en áreas de monitorización. En cambio, en las PCR que se produce fuera de esas áreas, que se aproxima al 50% del total, solo uno de cada 6 casos sobrevive y es dado de alta del hospital<sup>16</sup>.



Estas cifras ponen de manifiesto que la PCR IH supone un problema de salud de gran magnitud, que a veces no es abordado con la efectividad que se merece.

Hay que destacar que el 61.9% de las causas de PCR IH se consideran potencialmente evitables, siendo por tanto necesarias medidas de mejora orientadas a la prevención mediante vigilancia y detección de signos premonitorios, identificación adecuada de pacientes no susceptibles de RCP, desarrollo de programas de formación de personal y aplicar la RCP y la desfibrilación lo más rápido posible<sup>17</sup>.

Se ha demostrado con diferentes estudios, que los problemas respiratorios y circulatorios que pueden acabar en PCR no son reconocidos con la antelación suficiente y que el personal que trabaja en estas unidades no está lo suficientemente entrenado para actuar de forma efectiva<sup>18</sup>.

La formación en técnicas de RCP del personal sanitario que desarrolla su labor en áreas hospitalarias no críticas se ha demostrado que reduce el número de paradas cardíacas, al mejorar el conocimiento de las situaciones que pueden desencadenar dicho proceso y de la pronta activación de los equipos de respuesta que atienden a los pacientes potencialmente susceptibles de sufrirla. La realización de un curso de soporte vital inmediato por gran parte del personal sanitario de un hospital londinense demostró la reducción en el número de paradas cardíacas, así como un incremento en el número de avisos a los equipos de emergencia interna ante pacientes en riesgo de ello<sup>19</sup>. Todo esto evidencia que la formación del personal sanitario es el primer eslabón de lo que se considera cadena de prevención de la parada cardíaca intrahospitalaria<sup>20</sup>.

La evaluación de los conocimientos y habilidades en RCP es difícil y suele hacerse mediante prácticas con maniqués o sistemas de simulación<sup>21</sup>.

Es obligación de los centros sanitarios proporcionar una atención eficaz a las víctimas de la PCR y, por tanto, tienen que asegurar que sus plantillas reciben un entrenamiento regular actualizado, de forma que cada trabajador mantenga un nivel de conocimientos acorde con su responsabilidad profesional<sup>22</sup>.

El conocimiento de las técnicas de RCP avanzadas por enfermería, mejoraría el pronóstico de supervivencia de la PCR, siendo para ello imprescindible un conocimiento



tanto teórico como práctico y un entrenamiento periódico mediante curso teórico-prácticos, dotados con los instrumentos docentes adecuados<sup>23</sup>.

**Palabras clave:** reanimación cardiopulmonar, parada cardiorrespiratoria, amenaza vital inmediata, monitorización, enfermería, hospitalización, conocimientos.

### 1.1.- JUSTIFICACIÓN

Las unidades de hospitalización sin monitorización de pacientes, no suelen estar habituadas a la atención de la PCR y esto hace que sean las unidades dónde se planteen mayores problemas a la hora de obtener buenos resultados en cuanto a la recuperación del paciente.

El personal de enfermería, en la mayoría de los casos, es el primero en llegar a la escena, generando un beneficio indiscutible y una mejora de la tasas de supervivencia, tener un personal de enfermería entrenado en técnicas de soporte vital y conocedor del circuito aviso-respuesta a seguir en el hospital en este tipo de circunstancias<sup>22</sup>.

Con la realización de este estudio se pretende identificar principalmente, posibles déficits en la formación sobre RCP por el personal de enfermería. Además de conocer si existe un correcto manejo del plan de atención a la PCR instaurado en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) y cuáles son las características socio demográficas de las enfermeras con menores conocimientos, pudiendo esto posteriormente tenerse en cuenta la hora de planificar la formación en esta materia, contribuyendo a que se brinden unos cuidados de mayor calidad.



## 2. **OBJETIVOS DEL TRABAJO**

### 2.1.- **OBJETIVO PRINCIPAL**

- Determinar el grado de conocimiento sobre resucitación cardiopulmonar (RCP) de los profesionales enfermeros de unidades sin monitorización de pacientes del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

### 2.2.- **OBJETIVOS SECUNDARIOS**

- Determinar si existe relación entre el grado de conocimiento y la edad.
- Determinar si existe relación entre el grado de conocimiento y la unidad de hospitalización dónde desempeñan su labor asistencial.
- Determinar si existe relación entre el grado de conocimiento y la experiencia profesional en la unidad de trabajo actual.
- Determinar si existe relación entre el grado de conocimiento y el haber recibido formación posgrado sobre RCP.
- Determinar si existe relación entre grado de conocimiento y el tiempo transcurrido desde la última formación en RCP.
- Determinar si existe relación entre el grado de conocimiento y el conocer el protocolo de atención a la PCR del HUCA.



### 3. **MATERIAL Y MÉTODO**

#### 3.1.- **TIPO DE ESTUDIO**

Estudio descriptivo trasversal.

#### 3.2.- **TIEMPO DE ESTUDIO**

El estudio de campo se llevó a cabo entre los meses de febrero y mayo del año 2013, ambos inclusive

#### 3.3.- **SELECCIÓN DE LA MUESTRA**

La muestra de enfermeras se obtuvo a partir del total de enfermeras que cumplían los criterios de inclusión y que se encontraban trabajando en el periodo de estudio en las plantas de hospitalización médicas y quirúrgicas, sin monitorización de pacientes, del edificio denominado Hospital General de Asturias (HGA), situado en el Hospital Universitario Central de Asturias, siendo la población total de 48 enfermeras.

Teniendo en cuenta que la población diana es de pequeño tamaño no se llevo a cabo muestreo. Se incluyeron en el estudio a todas las enfermeras que tras información y consentimiento verbal decidieron participar voluntariamente en el estudio.

#### 3.4.- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Trabajar en unidades de hospitalización sin monitorización de pacientes
- Trabajar en la unidad durante el estudio
- Tener la categoría profesional de enfermero/a
- Participar de forma voluntaria en el estudio
- Cumplimentar al menos el 80% de los ítems del cuestionario



### 3.5.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- No trabajar en la unidad en el periodo del estudio.
- Otro profesional no enfermero
- No aceptar la participación en el estudio
- No cumplimentar al menos el 80% de los ítems del cuestionario.
- Trabajar en cualquier unidad de hospitalización, que disponga de monitorización de pacientes.

### 3.6.- CUESTIONARIO

Para la recogida de datos, se elaboró un cuestionario ad hoc con 20 ítems (anexo 1), dividido en tres bloques, basado en las últimas recomendaciones de la American Heart Association (AHA), la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), la European Resuscitation Council (ERC) y el protocolo de atención a la parada cardiorrespiratoria instaurado en el HUCA.

- Bloque A: aspectos personales, comprende los siguientes ítems; edad, sexo, unidad de trabajo, tiempo trabajado en esa unidad, tiempo total trabajado como enfermera, formación sobre RCP y tiempo transcurrido desde dicha formación.
- Bloque B: preguntas relacionadas con el protocolo de actuación ante PCR en el HUCA, comprende los siguientes ítems; haber presenciado durante el trabajo en el hospital alguna parada cardiorrespiratoria, conocimiento del actual protocolo, registro de las paradas ocurridas en el servicio, disposición de carro de paradas, conocimiento de los componentes del carro de paradas, conocimiento de las personas responsables de la reposición de dicho carro y de la periodicidad en la revisión tanto del carro de paradas como del desfibrilador, en el caso de que lo hubiese.
- Bloque C: preguntas sobre aspectos generales sobre RCP, comprende los siguientes ítems; reconocimiento de una situación de parada cardiorrespiratoria,



respiraciones iniciales de rescate, relación compresión-ventilación, RCP antes de la desfibrilación, secuencia de desfibrilación y medicación en RCP.

### 3.7.- DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

1. Edad (Años)
2. Sexo (Hombre/Mujer)
3. Unidad de trabajo (Médica/Quirúrgica)
4. Tiempo trabajado como enfermera en tu unidad de trabajo
  - a) Menos de un año
  - b) De 1 a 5 años
  - c) Más de 6 años
5. Tiempo total trabajado como enfermera
  - a) Menos de un año
  - b) De 1 a 5 años
  - c) Más de 6 años
6. Formación en RCP después de terminar la titulación como enfermera (Sí/No)
7. Tiempo desde la última formación sobre RCP
  - a) Menos de 6 meses
  - b) Entre 6 meses y 1 año
  - c) Más de 1 año
8. Presenciado durante su trabajo, alguna parada cardiorrespiratoria (Sí/No)
9. Conocimiento del protocolo de atención a la PCR del HUCA (Sí/No)



- 
10. Registro de todas las PCR según el protocolo
- a) Sí
  - b) No
  - c) No lo sé
11. Disposición en la unidad de carro de paradas
- a) Sí
  - b) No
  - c) No lo sé
12. Conocimiento del contenido del carro de paradas (Sí/No)
13. Reposición del carro de paradas
- a) La enfermera que lo utilizó
  - b) La enfermera y la auxiliar que lo utilizaron
  - c) La auxiliar que lo utilizó
  - d) No lo sé
14. Periodicidad en la revisión del carro de paradas y desfibrilador
- a) Carro de paradas cada semana y desfibrilador diariamente
  - b) Carro de paradas diariamente y desfibrilador cada semana
  - c) Carro de paradas y desfibrilador cada semana
  - d) No lo sé
15. Puntuación total obtenida en las preguntas de conocimientos
- a) 4 o más respuestas correctas.



- b) Menos de 4 respuestas correctas

16. Reconocer una situación de parada

- a) La RCP debe comenzar cuando la víctima está inconsciente: “no responde a la llamada y no se objetiva una respiración normal”
- b) La RCP ha de empezar cuando la víctima está inconsciente: “no responde a la llamada, no se objetiva respiración normal y no se detecta pulso”
- c) La presencia de respiraciones agónicas (gaspings) es indicativo de que la función respiratoria se mantiene, la RCP no tiene que iniciarse.
- d) No lo sé

17. Respiraciones iniciales de rescate

- a) Se mantienen las dos respiraciones iniciales de rescate
- b) Se aumentan a cinco las respiraciones iniciales de rescate
- c) Se anulan las dos respiraciones iniciales de rescate
- d) No lo sé

18. Relación compresión –ventilación

- a) Secuencia 30:2 tanto para uno como parados reanimadores
- b) Secuencia 30:2 para un reanimador y 15:2 para dos reanimadores
- c) Secuencia 15:2 para un reanimador y 5:1 para dos reanimadores
- d) No lo sé

19. RCP antes de la desfibrilación

- a) Realizar RCP durante dos minutos antes de la desfibrilación en casos de FV/TVSP presenciados.



- b) Realizar RCP durante dos minutos antes de la desfibrilación cuando se trate de una FV/TVSP extra hospitalaria
- c) Realizar RCP hasta la llegada del desfibrilador minimizando las interrupciones en los casos de FV/TVSP tanto en la parada intrahospitalaria como en la extra hospitalaria.
- d) No lo sé

20. Secuencia de desfibrilación

- a) Tras realizar choque único se recomienda comprobar el ritmo o pulso e iniciar maniobras de RCP
- b) Tras realizar un único choque y sin comprobar previamente el pulso o ritmo se recomienda iniciar de inmediato la RCP
- c) Tras realizar choque y si éste no es efectivo, iniciar la serie de choques sucesivos con aumento progresivo de la energía.
- d) No lo sé

21. Medicación en RCP

- a) Se ha de administrar 1mg de adrenalina tras el tercer choque si persiste la FV y repetir cada 3-5min
- b) Se recomienda administrar 1mg de atropina tras el segundo choque si persiste la FV y repetir cada 3-5min
- c) Se recomienda administrar 1mg de isoproterenol tras el segundo choque y si persiste la FV repetir cada 3-5min
- d) No lo sé



### 3.8.- **PROCEDIMIENTO**

En primer lugar, se solicitó permiso a la dirección de enfermería del HUCA, para la realización del estudio. Una vez concedido (anexo 2), se acude a las diferentes plantas que cumplían los criterios de inclusión, para presentar el objetivo del estudio y solicitar colaboración.

Posteriormente, tras recibir el consentimiento verbal de todos los participantes y haberles explicado que sus datos serían anónimos y confidenciales, se procedió a la entrega por las diferentes plantas de los cuestionarios dejando el periodo de dos semanas para el cumplimiento de estos por todos los turnos.

### 3.9.- **ANÁLISIS DE DATOS**

Los datos han sido analizados mediante el programa estadístico SPSS-v.21. Las variables cuantitativas son descritas mediante media, desviación típica y rango, mientras que las variables cualitativas son descritas en frecuencias totales y porcentajes. Para el cálculo de los resultados del bloque C, sobre conocimientos, se sumaron el total de las respuestas válidas a las 6 preguntas que medían conocimientos, para cada una de las encuestas, calculándose la proporción de enfermeras que respondía correctamente a 4 o más de ellas y considerándose “conocimiento deficiente” aquellas que no habían respondido correctamente al menos 4 de las cuestiones de este bloque.

Para la comparación de las variables, edad, unidad de trabajo, experiencia en esa unidad, tiempo transcurrido desde la última formación en RCP y conocer el protocolo sobre RCP del HUCA con la proporción de encuestadas que han contestado de manera correcta 4 o más preguntas se empleó la prueba de Chi<sup>2</sup>.

Se consideró como significativa una  $p < 0.05$ .

### 3.10.- **LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

El principal sesgo, como en todos los estudios que involucran cubrir un cuestionario, es el derivado de la participación voluntaria. Para evitar negativas a



participar y así obtener una muestra representativa, se informó a los profesionales de los beneficios que se podrían obtener al participar en el estudio.

Otro problema que nos podemos encontrar, es que las repuestas que nos aporten los sujetos a estudio no sean sinceras, que no se ajusten a su realidad. Esto se intentó minimizar con la realización de un cuestionario anónimo y de cumplimentación individual.

También puede tener lugar un sesgo de confusión debido a errores o malas interpretaciones gramaticales. A esto se le intentó poner remedio con una previa información y explicación de todos los ítems de forma individualizada.

### 3.11.- **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Se considera en todo momento el anonimato de los participantes, así como el carácter voluntario de su participación, asegurando en todo momento la confidencialidad de los datos. Si alguno de los participantes solicita los resultados, se le facilitaran.



## 4. RESULTADOS.

### 4.1.- RESULTADOS BLOQUE A

La población diana la forman 48 enfermeras, de las cuales 40 respondieron a la encuesta, obteniéndose una tasa de respuesta de 83.3%.

#### Pregunta 1: Edad

La media de edad es de 42.08 años (desviación típica [DE] = 7.109 años).

Rangos de edad del personal de enfermería

EDAD_RANGOS				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0 A 31	4	10,0	10,0	10,0
32 A 38	9	22,5	22,5	32,5
39 A 44	9	22,5	22,5	55,0
Válidos 45 A 49	13	32,5	32,5	87,5
50 O MAS	5	12,5	12,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

***Tabla 1.** Resultados pregunta 1*

De la población a estudio el 32.5% se encuentran entre los 45-49 años mientras que solo el 10% tiene 31 o menos años.



Pregunta 2: Sexo

SEXO				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
HOMBRE	6	15,0	15,0	15,0
Válidos MUJER	34	85,0	85,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

**Tabla 2.** Resultados pregunta 2

El 85% son mujeres, el 15% hombres

Pregunta 3: Unidad de trabajo actual

UNIDAD DE TRABAJO ACTUAL				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
MEDICA	22	55,0	55,0	55,0
Válidos QUIRÚRGICA	18	45,0	45,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

**Tabla 3.** Resultados pregunta 3

Respecto a la procedencia de los encuestados el 55% pertenecía a unidades médicas y el 45% restante a unidades quirúrgicas



Pregunta 4: Tiempo trabajado como enfermera en tu unidad de trabajo

TIEMPO TRABAJADO COMO ENFERMERA EN TU UNIDAD DE TRABAJO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos MENOS DE 1 AÑO	7	17,5	17,5	17,5
DE 1 A 5 AÑOS	18	45,0	45,0	62,5
MAS DE 6 AÑOS	15	37,5	37,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

***Tabla 4.*** Resultados pregunta 4

En lo referente al tiempo trabajado en la unidad, el 45% llevaba entre 1 y 5 años trabajando como enfermera en la unidad.

Pregunta 5: Tiempo total trabajado como enfermera

EXPERIENCIA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos MAS DE 6 AÑOS	40	100,0	100,0	100,0

***Tabla 5.*** Resultados pregunta 5

El 100% de los encuestados tienen una experiencia como enfermeras superior a 5 años.



Pregunta 6: ¿Has recibido formación sobre RCP después de terminar la titulación como enfermera?

FORMACIÓN POSTGRADO EN RCP

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	39	97,5	97,5	97,5
Válidos NO	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

**Tabla 6.** Resultados pregunta 6

Solo una persona reconoce no haber recibido formación postgrado sobre RCP

Pregunta 7: ¿Cuánto tiempo hace que recibiste la última formación sobre RCP?

TIEMPO DESDE LA ÚLTIMA FORMACIÓN EN RCP

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
MENOS DE 6 MESES	2	5,0	5,1	5,1
Válidos ENTRE 6 Y 12 MESES	3	7,5	7,7	12,8
MAS DE 12 MESES	34	85,0	87,2	100,0
Total	39	97,5	100,0	
Perdidos Sistema	1	2,5		
Total	40	100,0		

**Tabla 7.** Resultados pregunta 7

De todos los encuestados el 85% hace más de un año que han recibido la última formación, 7.5% entre 6 meses y un año, 5% menos de 6 meses y el 2.5% no han respondido.



#### 4.2.- RESULTADOS BLOQUE B

Pregunta 8: Durante tu trabajo en este hospital ¿has presenciado alguna situación de amenaza vital inmediata “parada”?

PRESENCIADO_PCR				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	36	90,0	90,0	90,0
Válidos NO	4	10,0	10,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

**Tabla 8.** Resultados pregunta 8

El 90% de los encuestados afirma haber presenciado una situación de amenaza vital inmediata “parada” a lo largo de su experiencia en el hospital

Pregunta 9. ¿Conoce el contenido del actual protocolo de atención a la PCR del HUCA?

CONOCIMIENTO_PROTOCOLO_PCR				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	30	75,0	75,0	75,0
Válidos NO	10	25,0	25,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

**Tabla 9.** Resultados pregunta 9

El 75% de todos los encuestados dice sí conocer el contenido del protocolo de atención a las PCR instaurado en el HUCA



Pregunta 10: ¿Son todas las PCR ocurridas en el servicio registradas según dicho protocolo?

REGISTRO_PARADAS_OK				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	21	52,5	52,5	52,5
NO	4	10,0	10,0	62,5
DESCONOCE	15	37,5	37,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

**Tabla 10.** Resultados pregunta 10

Solo el 52.5% reconoce que las PCR son correctamente registradas según el protocolo por otro lado, un 37.5% de los encuestados desconoce si se realiza o no el registro.

Pregunta 11: ¿Se dispone de carro de paradas en tu unidad?

CARRO DE PARADAS EN LA UNIDAD				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	39	97,5	97,5	97,5
DESCONOCE	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

**Tabla 11.** Resultados pregunta 11

Solo una persona desconoce la existencia del carro de paradas en su unidad.



Pregunta 12: ¿Conoces el contenido y distribución de todo el material que compone el carro de paradas?

CONOCIMIENTO\_CARRO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	36	90,0	92,3	92,3
Válidos NO	3	7,5	7,7	100,0
Total	39	97,5	100,0	
Perdidos Sistema	1	2,5		
Total	40	100,0		

**Tabla 12.** Resultados pregunta 12

El 90% de los encuestados conoce el contenido del carro de paradas un 7.5% no lo conoce y el 2.5% ha decidido no responder a esta cuestión.

Pregunta 13: ¿Quién debe reponer el carro de paradas en tu unidad tras su utilización?

QUIEN\_REPONE\_CARRO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
LA ENFERMERA QUE LO UTILIZO	8	20,0	20,0	20,0
Válidos LA ENFERMERA Y LA AUXILIAR QUE LO USARON	32	80,0	80,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

**Tabla 13.** Resultados pregunta 13

El 80% de los encuestados saben que es labor de la enfermera y la auxiliar que lo utilizaron, la reposición del carro tras su utilización



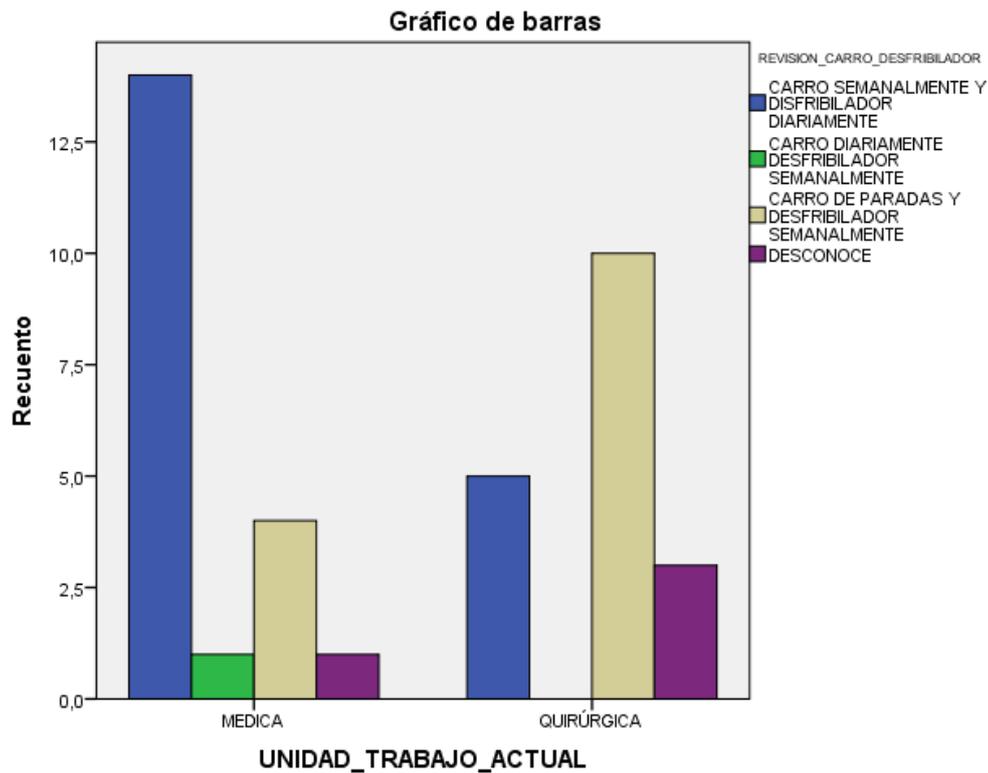
Pregunta 14: ¿Cada cuánto tiempo debe comprobarse el carro de paradas y el desfibrilador?

REVISION_CARRO_DESFRIBILADOR				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	19	47,5	50,0	50,0
	1	2,5	2,6	52,6
Válidos	14	35,0	36,8	89,5
	4	10,0	10,5	100,0
	38	95,0	100,0	
Perdidos	2	5,0		
	40	100,0		

**Tabla 14.** Resultados pregunta 14

En lo que respecta a la periodicidad de la revisión tanto del carro de paradas como del desfibrilador, menos de la mitad (47,5) responde correctamente.

En esta pregunta se aprecia diferencia en el porcentaje de respuesta dependiendo si es una unidad médica o quirúrgica, siendo el porcentaje de aciertos del 70% en las unidades médicas, frente al 27.8% en las quirúrgicas.



**Gráfico 1.** Revisión carro desfibrilador

#### 4.3.- **RESULTADOS BLOQUE C**

Menos de la mitad de las encuestadas, 47.5%, han contestado correctamente a 4 o más preguntas de conocimientos. Se han considerado deficientes todos resultados por debajo de 4 aciertos.

**TOTAL RESPUESTAS CORRECTAS BLOQUE C**

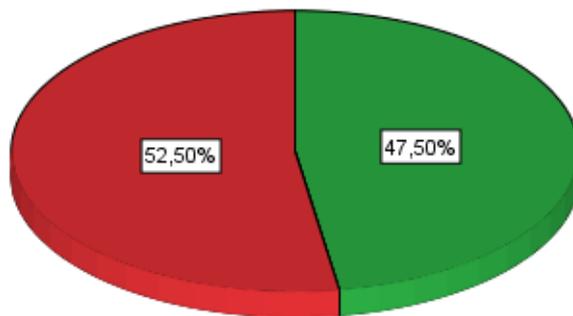
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
4 o mas	19	47,5	47,5	47,5
Menos de 4	21	52,5	52,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

**Tabla 15.** Respuestas correctas bloque C.



Total respuestas acertadas Bloque C

■ 4 o más  
■ Menos de 4



**Gráfico 2.** Respuestas correctas bloque C.

Pregunta 15: Reconocer una situación de parada cardiorrespiratoria.

RECONOCER UNA SITUACIÓN DE PCR

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INCORRECTA	8	20,0	20,0	20,0
Válidos CORRECTA	32	80,0	80,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

**Tabla 16.** Resultados pregunta 15

Un 80% de las enfermeras encuestadas sabe reconocer cuando está ante una situación de parada cardiorrespiratoria.



Pregunta 16: Respiraciones iniciales de rescate

RESPIRACIONES INICIALES DE RESCATE

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INCORRECTA	12	30,0	30,0	30,0
Válidos CORRECTA	28	70,0	70,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

**Tabla 17.** Resultados pregunta 16

Un 70% de las enfermeras encuestadas tiene conocimiento sobre las últimas recomendaciones internacionales en las que se indica la anulación de las dos respiraciones de rescate, respondiendo por tanto correctamente a esta cuestión.

Pregunta 17: Relación Compresión-Ventilación

RELACIÓN COMPRESIÓN-VENTILACIÓN

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INCORRECTA	11	27,5	27,5	27,5
Válidos CORRECTA	29	72,5	72,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

**Tabla 18.** Resultados pregunta 17

Un alto porcentaje de las encuestadas (72.5%), conoce cuál es la relación compresión ventilación.



Pregunta 18: RCP antes de la desfibrilación

RCP ANTES DE LA DESFIBRILACIÓN

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INCORRECTA	25	62,5	67,6	67,6
Válidos CORRECTA	12	30,0	32,4	100,0
Total	37	92,5	100,0	
Perdidos Sistema	3	7,5		
Total	40	100,0		

**Tabla 19.** Resultados pregunta 18

Solo un 30 % de los encuestados responde correctamente a la pregunta 18, un 62.5% responde de manera incorrecta y el 7.5% no responden a esta cuestión.

Pregunta 19: Secuencia de desfibrilación

SECUENCIA DE DESFIBRILACIÓN

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INCORRECTA	33	82,5	82,5	82,5
Válidos CORRECTA	7	17,5	17,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

**Tabla 20.** Resultados pregunta 19

Solo un 17.5% de los encuestados reconoce cuál es la secuencia a seguir tras realizar un único choque.



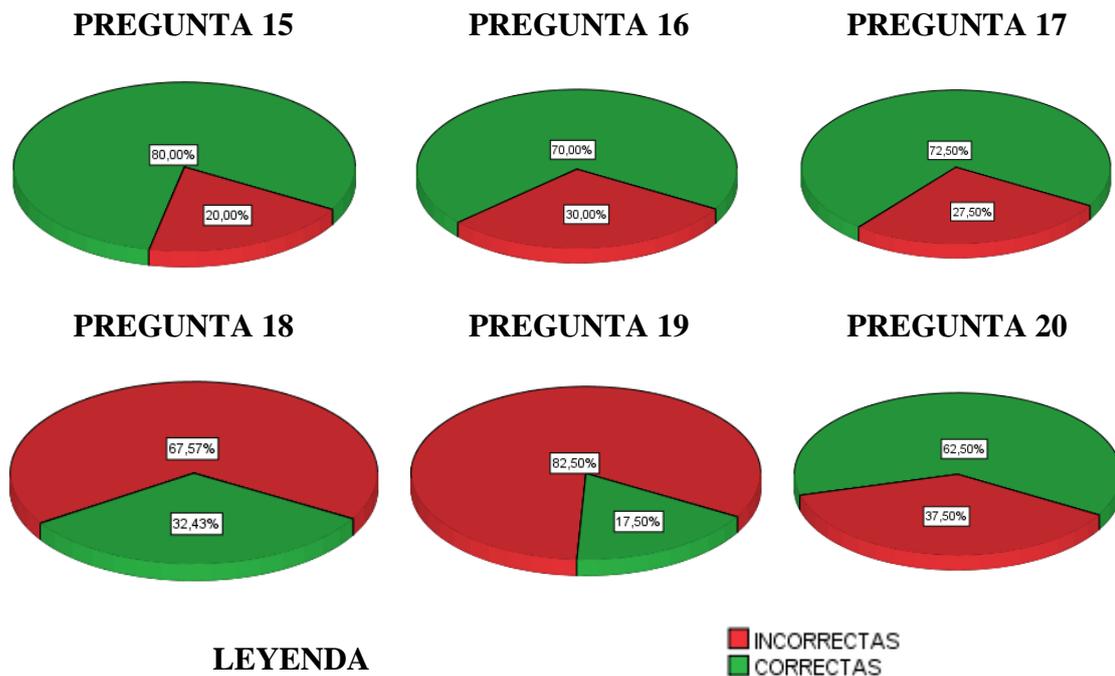
Pregunta 20: Medicación en RCP

MEDICACIÓN EN RCP				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INCORRECTA	15	37,5	37,5	37,5
Válidos CORRECTA	25	62,5	62,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

**Tabla 21.** Resultados pregunta 20

Más de la mitad de los encuestados (62.5%) reconoce la medicación a administrar en situación de RCP.

**Relación de respuestas Correctas Vs Incorrectas Bloque C**



**Gráfico 3.** Resultados cuestionario bloque C.

Atendiendo a las diferentes preguntas del cuestionario, la pregunta 19 (“secuencia de desfibrilación”) obtuvo el porcentaje más bajo de aciertos (17,50%) por



el contrario la pregunta 15 (“reconocer una situación de parada cardiorrespiratoria”) obtuvo el porcentaje más alto de aciertos (80%).

#### 4.4.- **Cruce de variables**

##### 4.4.1.- **Relación entre las variables edad y grado de conocimiento en RCP.**

Se ha comparado la variable edad (en rangos) con el grado de conocimientos, dividiendo para ello los aciertos del bloque C, en dos categorías; 4 o más aciertos y menos de cuatro, ya que se consideró “conocimiento deficiente” un resultado inferior a 4. Se demostró tras la comparativa que existe relación con diferencias estadísticamente significativas ( $p=0.04$ ), observándose que el mayor número de aciertos se produce en las personas comprendidas en el rango de edad de 50 o más años.

##### 4.4.2.- **Relación entre las variables unidad de hospitalización dónde desempeñan su labor asistencial y grado de conocimiento en RCP.**

Se ha comparado la variable unidad de trabajo, dividida en médica o quirúrgica, con la variable grado de conocimiento en RCP, dividido en dos categorías; 4 o más aciertos y menos de cuatro, ya que se consideró “deficiente” un resultado inferior a 4. Tras la comparativa no se evidenció relación con diferencias estadísticamente significativas ( $p>0.05$ ).

##### 4.4.3.- **Relación entre las variables tiempo trabajado como enfermera en la unidad de trabajo actual y grado de conocimiento en RCP.**

Se ha comparado la variable tiempo trabajado como enfermera en la unidad de trabajo actual, dividido en tres categorías; menos de 1 año, de 1 a 5 años y más de 6 años con la variable grado de conocimiento en RCP, dividido en dos categorías; 4 o más aciertos y menos de cuatro, ya que se consideró “conocimiento deficiente” un resultado inferior a 4. Tras la comparativa no se evidenció relación con diferencias estadísticamente significativas ( $p>0.05$ ).



**4.4.4.- Relación entre las variables haber recibido formación postgrado en maniobras de RCP y grado de conocimiento en RCP.**

Se ha comparado la variable haber recibido formación postgrado en maniobras de RCP, dividida en dos categorías; sí y no, con la variable grado de conocimientos en RCP, dividió en dos categorías; 4 o más aciertos y menos de cuatro, ya que se consideró “conocimiento deficiente” un resultado inferior a 4. Tras la comparativa no se evidencio relación con diferencias estadísticamente significativas ( $p>0.05$ ).

**4.4.5.- Relación entre las variables tiempo desde la última formación recibida sobre maniobras de RCP y grado de conocimiento en RCP.**

Se ha comparado la variable tiempo desde la última formación sobre RCP, dividido en tres categorías; menos de 6 meses, entre 6 y 12 meses y más de 12 meses con la variable grado de conocimientos en RCP, dividido en dos categorías; 4 o más aciertos y menos de cuatro, ya que se consideró “conocimiento deficiente” un resultado inferior a 4. Tras la comparativa no se evidenció relación con diferencias estadísticamente significativas ( $p>0,05$ )

**4.4.6.- Relación entre las variables conocer el protocolo de atención a la PCR del HUCA y grado de conocimiento en RCP.**

Se ha comparado la variable conocimiento del contenido del protocolo de atención a la PCR del HUCA, dividido en dos ítems; sí y no con la variable grado de conocimientos en RCP, dividido en dos categorías; 4 o más aciertos y menos de 4, ya que se consideró “conocimiento deficiente”, un resultado inferior a 4. Tras la comparativa no se evidenció relación con diferencias estadísticamente significativas ( $p>0.05$ ).



## 5. DISCUSIÓN

En primer lugar, cabe destacar la alta participación en el estudio, solamente un 16.7% rechazó participar en el estudio.

La edad media del estudio es de 42.08 años, la cual se asemeja a la del trabajo de Rodríguez-Borrajo et al<sup>24</sup>.

Como era de esperar la distribución por sexos, muestra la feminización de la población global del personal de enfermería, habiendo un 85% de mujeres.

En el aspecto laboral destacar que el 100% de los participantes llevan más de 6 años ejerciendo la profesión y 45% de 1 a 5 años de antigüedad en el servicio dónde desempeñan actualmente su labor asistencial.

El perfil del participante en el estudio es una enfermera, de mediana edad, con más de 5 años de experiencia profesional y entre 1 a 5 años de antigüedad en la unidad actual.

En cuanto a la formación sobre RCP, en nuestro estudio, prácticamente el 100% de los participantes han recibido formación postgrado sobre RCP, sin embargo el 85% hace más de un año de su última formación, no estando por tanto dentro de las directrices internacionales, que recomiendan que el reciclaje se realice cada 6 meses, alegando que la capacidad se deteriora rápidamente en periodos cortos<sup>25</sup> Los resultados obtenidos en este ítem, podrían ser explicados por el hecho de que en el plan de atención a la PCR del HUCA(anexo 3), se recomienda un reciclaje pasados los 36 meses de la última formación, considerando que en ese tiempo la formación se encuentra “al día”.

La formación, hasta ahora, se había enfocado hacia métodos de enseñanza didáctica con clases formales y certificado de competencia, siendo la evaluación difícil y haciéndose mediante prácticas con maniquís o con sistemas de simulación<sup>21,26</sup>. Ahora bien, como apunta Davies y Gould<sup>25</sup>, una buena alternativa sería la autodidáctica que consiste en que el personal que ha sido previamente entrenado en RCP y ha demostrado su capacidad disponga de una sala cercana a su lugar de trabajo, con material de apoyo para que en un momento dado, pueda practicar sus habilidades, habiendo esto demostrado eficacia.



Es evidente que la calidad de los servicios está vinculada a una buena planificación y organización y a los recursos económicos y de infraestructuras empleadas, pero también a la competencia de sus profesionales <sup>27</sup>.

Los centros sanitarios tienen la obligación de proporcionar una atención eficaz a las víctimas de las paradas cardíacas y por tanto, tienen que asegurar que sus plantillas reciben el entrenamiento regular y actualizado, de forma que cada trabajador mantenga un nivel de competencia acorde con su responsabilidad profesional. Las carencias en este campo tienen implicaciones clínicas y generan una situación de riesgo que puede desembocar en una grave negligencia, con las repercusiones sociales y jurídicas que ello representa <sup>22,28</sup>

Pese a la mejora hospitalaria en recursos tanto humanos como tecnológicos, la supervivencia de RCP ocurridas en el hospital, tanto al alta como al año, no está mejorando a la velocidad que sí lo hacen las ocurridas en el ámbito extrahospitalario <sup>29</sup>

Este hecho, puede explicarse por numerosas causas como es el que la mayoría de las PCR son de origen extracardiaco, menor porcentaje de FV, representar en muchas ocasiones el final de enfermedades en situación terminal, etc. <sup>30</sup> Sin embargo, diferentes publicaciones demostraron descensos en la mortalidad cuando se producían cambios organizativos en los sistemas de respuesta, siendo últimamente, este hecho reconocido como un factor implicado en la tasa de recuperación vital y neurológica de la PCR <sup>13,31</sup>

En el HUCA existe un plan de atención a la PCR (anexo 3), cuya finalidad es definir la sistemática establecida en el hospital para la asistencia a la PCR. Con los resultados obtenidos en este trabajo se ha observado que pese a la existencia de dicho plan, cuya difusión es responsabilidad de la supervisora de unidad, en el que se incluye, el protocolo de gestión y control de los carros de parada y desfibriladores y que el 82.5% de los encuestados dice conocerlo, sorprende que el 35% no sabe cuál es la periodicidad de revisión del carro de paradas y desfibrilador, aumentando en sus respuestas a 7, los días en los que se revisa el desfibrilador en lugar de diariamente, como se indica en el protocolo.



Por otro lado y como se concluye en el trabajo realizado por De la Chica et al <sup>15</sup>, el registro de la paradas ocurridas en el hospital proporciona información relevante de la efectividad con la que se trata a esos pacientes, de manera que posteriormente se puedan tomar medidas encaminadas para mejorar los resultados. En el HUCA, existe dicho registro y aparece en el plan de atención a la PCR (anexo 3), sin embargo, cuándo se preguntó al personal de enfermería sobre si se registraban todas la PCR sorprende que solo un 52.5% han respondido sí, un 10% respondió no y un 37.5% desconoce si se realiza o no tal registro.

Si hablamos sobre conocimientos y teniendo en cuenta los resultados del test, se desprende que los profesionales de enfermería de las unidades de hospitalización sin monitorización de pacientes, no conocen adecuadamente las últimas recomendaciones sobre RCP.

Por ello, es importante recordar, que en la mayoría de los casos cuando se produce una situación de PCR en las unidades sin monitorización de pacientes, el personal de enfermería es el primer testigo de esta situación en la que el paciente se encuentra inconsciente y sin ventilación. Si la intervención realizada no es la correcta o se demora en el tiempo, las consecuencias cardiacas y cerebrales pueden ser nefastas e incluso irreversibles.

Este hecho ha sido observado por diferentes autores que estudiaron por un lado el nivel de adiestramiento de enfermería, dejando de manifiesto un déficit importante en materia de RCP <sup>4</sup> y por otro lado los conocimientos, dónde varios estudios como el de Nagashima et al <sup>32</sup>, el cual observó que solo el 17% de los participantes de su estudio se consideraban capacitados para realizar maniobras de RCP y el de Kuhnigk et al <sup>33</sup>, que cifró en 71.81% las enfermeras que no se encontraban formadas para llevar adecuadamente las maniobras de RCP, ponen de manifiesto la gravedad de la situación.

Corroboramos esto mismo con los resultados del presente trabajo, ya que solo el 47,5% del total de encuestados superaron el test de conocimientos sobre RCP, siendo para ello el número de aciertos superior o igual a 4, puesto que se consideró “conocimiento deficiente” todo aquel resultado que no superase al menos 4 de las 6 preguntas de este apartado. Es importante destacar que la pregunta 19 referida sobre la secuencia de desfibrilación, fue la pregunta en la que se concentró el mayor número de



fallos, ya que solo un 17,5% de total de los encuestados contestó correctamente. Por otro lado la pregunta 15 sobre el reconocimiento de una situación de parada cardiorrespiratoria obtuvo un 80% de aciertos. Consideramos que estos datos deberían ser tomados en cuenta en la formación.

Se deben adoptar medidas orientadas a la mejora de las deficiencias detectadas a través de una formación adecuada, máxime cuando se ha demostrado que mejora las tasas de supervivencia <sup>22,23,34</sup>. En el estudio realizado por Peters et al <sup>35</sup>, se demostró la relación entre el aumento en el porcentaje de finalización de RCP por retorno de la circulación espontánea y tener un equipo de enfermería con formación y adiestramiento en RCP adecuado.

Finalizamos destacando que diferentes estudios <sup>32</sup>, proporcionan clara evidencia de la necesidad de mejorar implementando medidas de formación del personal, alerta temprana y coordinada y organización estructural y jerarquizada de la respuesta. Es necesario recordar en este punto, que los pacientes con peor pronóstico son los ingresados en áreas no monitorizadas, los de menor edad y con proceso o enfermedades que no hacen prever el paro cardíaco <sup>36</sup> y sobre todo en los que, por tanto, el desarrollo de estrategias de respuesta debe fomentarse de manera preferente. No obstante, como describe en su trabajo Egea-Guerrero <sup>37</sup>, la probabilidad de muerte tras PCR en la planta convencional de hospitalización es 3.07 veces superior en comparación con el resto de áreas del hospital.



## **6. RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA**

- Hacer hincapié en la implicación de las Supervisoras de Unidad de la difusión del protocolo de atención a la PCR y de las últimas modificaciones sobre maniobras de RCP, entre todos los miembros del equipo de enfermería.
- Incidir en la formación sobre maniobras de RCP, en los profesionales de nueva incorporación y en el personal más joven.
- Facilitar el reciclaje del personal enfocándolo hacia técnicas autodidácticas, acondicionando salas, cercanas al lugar de trabajo y con el material de apoyo necesario, para que en un momento dado, el personal previamente entrenado en RCP y con demostrada capacidad, pueda practicar sus habilidades.



## 7. CONCLUSIONES

- El grado de conocimiento sobre resucitación cardiopulmonar (RCP) de los profesionales enfermeros de unidades sin monitorización de pacientes es deficiente puesto que solo un 47.5% del total de encuestados han respondido correctamente a 4 o más de las 6 preguntas que componían el test sobre aspectos generales en RCP.
- Se ha encontrado relación con diferencias estadísticamente significativas en la variable edad ( $p=0.04$ ), siendo los enfermeros mayores de 50 años los que tienen mejores conocimientos.
- No se hallaron diferencias significativas ( $p>0.05$ ) en cuanto a relación entre el nivel de conocimientos y la unidad, antigüedad en el servicio, haber recibido formación en RCP, tiempo desde la última formación en RCP y conocer el protocolo de atención a la PCR instaurado en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).



## 8. **BIBLIOGRAFÍA**

1. Pérez JL, Perales N, Cantalapiedra JA, Álvarez JA. Recomendaciones en resucitación cardiopulmonar. En Principios de Urgencias y emergencias de cuidados críticos. 2000; 1-2.
2. Kouwenhoven WB, Jude JR, Knickerbocker GG. Closed-chest cardiac massage. JAMA. 1960; 173: 1064-7
3. Thorén AB, Axelsson AB, Herlitz J. Possibilities for, and obstacles to, CPR training among cardiac care patients and their co-habitants. Resuscitation. 2005; 65:337-43.
4. Fierro J, Ruiz M, Peinado J, Ramos A, Cárdenas A, Díaz MA. Evaluación del contenido y funcionamiento de los carros de reanimación cardiopulmonar de un hospital. Med Inten 2003; 27 (6): 349-56.
5. Soar J, Monsieurs K, Ballance J, Borelli A, Biarent D, Greif R, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 9. Principles of education in resuscitation. Resuscitation .2010; 81:1434-1444.
6. Por el que se establecen las condiciones y requisitos mínimos de seguridad y calidad en la utilización de desfibriladores automáticos y semiautomáticos. Decreto 365/2009 de 20 de marzo. Boletín Oficial del Estado, nº 80, (2-04-2009).
7. Sandoni C, Nolan J, Cavallero F, Antonelli M. In hospital cardiac arrest: incidence, prognosis and measures to improve survival. Intensive Care Med. 2007; 33:273-45.
8. Cobb LA, Fahrenbruch CE, Olsufka M, Copass MK. Changing incidence of out-of-hospital ventricular fibrillation, 1980-2000. JAMA 2002; 288:3008-13.
9. Ringh M, Herlitz J, Hollenberg J, Rosengquist M, Svensson L. Out of hospital cardiac arrest outside home in Sweden, change in characteristics, outcome and availability for public access desfibrillation. Scan J Trauma Resusc Emerg Med 2009;17: 18.
10. Waalewijn RA, NIjpels MA, Tijssen JG, Koster RW. Prevention of deterioration of ventricular fibrillation by basic life support during out-of-hospital cardiac arrest. Resuscitation 2002; 54:31-6.



11. Weisfeldt ML, Sitlani CM, Ornato JP, et al. Survival after application of automatic external defibrillators before arrival of the emergency medical system: evaluation in the resuscitation outcomes consortium population of 21 million. *J Am Coll Cardiol* 2010; 55:1713-20.
12. Alem Ap, Vrenken RH, de Vos R, Tijssen JG, Koster RW. Use of automated external defibrillator by first responders in out of hospital cardiac arrest: prospective controlled trial. *BMJ* 2003; 327:1312.
13. Meaney PA, Nadkarni VM, Kern KB; Indik JH, Halperin HR, Berg RA. Rhythms and outcomes of adult in-hospital cardiac arrest. *Crit Care Med* 2010; 38:101-8.
14. Guerrero JE, Rubio A. Supervivencia tras parada cardiorrespiratoria. *Rev Clin Esp*. 2002; 202(12):627-8.
15. De la Chica R, Colmenero M, Chavero MJ, Muñoz V, Tuero G, Rodríguez M. Factores pronósticos de mortalidad en una cohorte de pacientes con parada cardiorrespiratoria hospitalaria. *Med Intensiva*. 2010; 34(3):161-169.
16. Prieto F, Nieto J. Plan hospitalario de Asistencia a la Parada Cardiorrespiratoria y Emergencia Vital. Puertollano: Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Santa Bárbara.
17. López J. El paro cardiaco intrahospitalario: más allá del retraso en la desfibrilación. *Med Intern [revista en internet]* 2008[acceso 5 de marzo de 2013];8(1):63. Disponible en: <http://remi.uninet.edu/2008/01/REMIED63i.html>
18. Kause J, Smith G, Prytherch D, Parr M, Flabouris A, Hillman K. A comparison of antecedents to cardiac arrest, deaths and emergency intensive care admissions in Australia and New Zealand, and the United Kingdom-the ACADEMIA study. *Resuscitation* 2004; 62(3):275-82.
19. 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.



20. Smith GB. In-hospital cardiac arrest: It is time for an in-hospital "chain of prevention? Resuscitation. 2010; 81:1209-11.
21. Rodríguez M, Rueda JC. Influence of academic degree and experience in learning performance on basic cardiopulmonary resuscitation guide. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2008; 46(1):3-10.
22. Perales N, Pérez JL, Bernat A, Cerdá M, Álvarez-Fernández JA, Arribas P, et al. La resucitación cardiopulmonar en el hospital: recomendaciones 2005. Med Intensiva. 2005; 29:349-56.
23. Davies N, Gould D. Updating cardiopulmonary resuscitation skills: a study to examine the efficacy of self-instruction on nurses' competence. J Clin Nurs. 2000; 9(3):400-10.
24. Rodríguez-Borrajo S, et al. Conocimientos de las enfermeras de hospitalización del plan de atención a las situaciones de amenaza vital inmediata. Enferm. Clin. 2008; 18(4):190-6.
25. Davies N, Gould D. Updating cardiopulmonary resuscitation skills: a study to examine the efficacy of self-instruction on nurses' competence. J Clin Nurs. 2000; 9(3):400-10.
26. Nyman J, Sihvonen M. Cardiopulmonary resuscitation skills in nurses and nursing students. Resuscitation 2000. 47 (2): 179-184.
27. Martínez MC. Evaluación de la competencia. Qué es y por qué realizarla. Semergen. 2003; 29: 3.
28. Ruano M, Tormo C. Manual de soporte avanzado. 3ªed. Barcelona : Masson; 2005.
29. Álvarez JA. Supervivencia de la parada cardíaca. Rev Clin Esp. 2002; 202: 658-64
30. Peberdy MA, Kaye W, Ornat JP, Larkin GL, Nadkarni V, Mancini ME, et al. Cardiopulmonary resuscitation of adults in the hospital: a report of 14720 cardiac arrests from the National registry of Cardiopulmonary Resuscitation. Resuscitation. 2003; 58: 297-308.



31. 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: 170-81.
32. Nagashima K, Suzuki A, Takahata O, Sengoku K, Fujimoto K, Yokohama H, Iwasaki H. A survey on Cardio-pulmonary resuscitation Knowledge of the nursing staff in the Asahikawa Medical College Hospital. *Masui* 2002; 51 (1): 427-30.
33. Kuhnigk H, Sefrin P, Paulus T. Skills and self-assessment in cardio-pulmonary resuscitation of the hospital nursing staff. *Eur J Emerg Med* 1994; 1(4):193-8.
34. Cooper S, Cade J. Predicting survival, in-hospital cardiac arrest: resuscitation survival variables and training effectiveness. *Resuscitation* 1997; 35(1):17-22.
35. Peters R, Boyde M. Improving Survival Alter in-Hospital Cardiac Arrest: the Australian Experience. *Am J Crit Care*. 2007; 16(3): 240-6.
36. Larkin GL, Copes WS, Nathanson BH, Kaye W. Pre-resuscitation factors associated with mortality in 49.130 cases of in-hospital cardiac arrest: A report from the National Registry for Cardiopulmonary Resuscitation. *Resuscitation*. 2010; 81 (3) :302-11.
37. Egea-Guerrero JJ, et al. Supervivencia de la parada cardiorrspiratoria en relación con el área hospitalaria donde se detecta. *Med Intensiva*. 2013; 36 (6):448-450.

### **8.1.- OTRAS BIBLIOGRAFÍAS CONSULTADAS PARA LA ELABORACIÓN DEL TRABAJO**

- Nadkarni VM et al. Part 2: international collaboration in resuscitation science: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation*. 2010; 122(2):S276-S282.
- Field JM et al. Part 1: Executive Summary: 2010 American Heart Association Guideline for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2010; 122(3): S640-S656.



- 
- Nolan J.P et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 1. Executive summary. Resuscitation. 2010; 81:1219-1276.
  - Calvo Herranz E, Mozo Martín M T, Gordo Vidal F. Implantación de un sistema de Gestión en Medicina Intensiva basado en la seguridad del paciente gravemente enfermo durante todo el proceso de hospitalización: Servicio Extendido de Medicina Intensiva. Medicina Intensiva 2011; 35(6): 354-360.
  - Pérez JL, López JB, Martín MT, Gordo F. Novedades en Soporte Vital Avanzado. Medicina Intensiva 2011; 35(6):373-387.
  - López JB, Martín H, Pérez J, Molina R, Herrero P. Novedades en métodos formativos en resucitación. Medicina Intensiva 2011; 35(6): 433-411.



## 9. ANEXOS

### 9.1.- CUESTIONARIO

El presente cuestionario tiene por objeto investigar acerca del conocimiento que posee el/la profesional de enfermería sobre técnicas de resucitación cardiopulmonar y es realizado con fines estrictamente académicos como requisito para obtener el grado de Máster de Enfermería en Urgencias y Cuidados Críticos. Por favor, responda las preguntas que se formulan a continuación.

De antemano se agradece su colaboración y se le informa que los datos serán tratados de forma confidencial y anónima.

---

#### **BLOQUE A: ASPECTOS PERSONALES**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| 1. EDAD: __  | 2. SEXO: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre |  |
| 3. UNIDAD DE TRABAJO ACTUAL: _____   |   |  |
| 4. TIEMPO TRABAJADO COMO ENFERMERA EN TU UNIDAD DE TRABAJO                             |   |  |
| <input type="checkbox"/> Menos de 1 año  | <input type="checkbox"/> De 1 a 5 años                                  | <input type="checkbox"/> Más de 6 años |
| 5. TIEMPO TOTAL TRABAJADO COMO ENFERMERA   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Menos de 1 año  | <input type="checkbox"/> De 1 a 5 años                                  | <input type="checkbox"/> Más de 6 años |
| 6. ¿HAS RECIBIDO FORMACIÓN SOBRE RCP DESPUÉS DE TERMINAR LA TITULACIÓN COMO ENFERMERA? |   |  |
| <input type="checkbox"/> SI  | <input type="checkbox"/> NO   |  |
| 7. EN CASO AFIRMATIVO ¿CUÁNTO TIEMPO HACE QUE RECIBISTE LA ÚLTIMA FORMACIÓN SOBRE RCP? |   |  |
| <input type="checkbox"/> Menos de 6 meses  | <input type="checkbox"/> Entre 6 meses y 1 año                          | <input type="checkbox"/> Más de un año |

---

#### **BLOQUE B: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE PCR EN EL HUCA**

- |  |                             |
|--|-----------------------------|
| 8. DURANTE TU TRABAJO EN ESTE HOSPITAL ¿HAS PRESENCIADO ALGUNA SITUACIÓN DE AMENAZA VITAL INMEDITA “PARADA”? |                             |
| <input type="checkbox"/> SI  | <input type="checkbox"/> NO |
| 9. ¿CONOCE EL CONTENIDO DEL ACTUAL PROTOCOLO DE ATENCIÓN A LA PCR DEL HUCA?                                  |                             |
| <input type="checkbox"/> SI  | <input type="checkbox"/> NO |



10. ¿SON TODAS LAS PCR OCURRIDAS EN EL SERVICIO REGISTRADAS SEGÚN DICHO PROTOCOLO?

Sí

No

No lo sé

11. ¿SE DISPONE DE CARRO DE PARADAS EN TU UNIDAD?

Sí

No

No lo sé

12. ¿CONOCES EL CONTENIDO Y DISTRIBUCIÓN DE TODO EL MATERIAL QUE COMPONE EL CARRO DE PARADAS?

SI

NO

13. ¿QUIÉN DEBE REPONER EL CARRO DE PARADAS EN TU UNIDAD TRAS SU UTILIZACIÓN?

La enfermera que lo utilizó

La auxiliar que lo utilizó

La enfermera y la auxiliar que lo utilizaron

No lo sé

14. ¿CADA CUANTO TIEMPO DEBE COMPROBARSE EL CARRO DE PARADAS Y EL DESFIBRILADOR?

Carro de paradas cada semana y desfibrilador diariamente

Carro de paradas diariamente y desfibrilador cada semana

Carro de paradas y desfibrilador cada semana

No lo sé

### **BLOQUE C:ASPECTOS GENERALES SOBRE RCP**

15. RENOCOCER UNA SITUACIÓN DE PARADA CARDIORRESPIRATORIA:

La RCP debe comenzar cuando la víctima está inconsciente: "no responde a la llamada y no se objetiva una respiración normal"

La RCP ha de empezar cuando la víctima está inconsciente: "no responde a la llamada, no se objetiva respiración normal y no se detecta pulso"

La presencia de respiraciones agónicas (gasping) es indicativo de que la función respiratoria se mantiene, la RCP no tiene que iniciarse.

No lo sé

16. RESPIRACIONES INICIALES DE RESCATE:

Se mantienen las dos respiraciones iniciales de rescate

Se aumentan a cinco las respiraciones iniciales de rescate

Se anulan las dos respiraciones iniciales de rescate

No lo sé

17. RELACIÓN COMPRESIÓN-VENTILACIÓN:

Secuencia 30:2 tanto para uno como para dos reanimadores

Secuencia 30:2 para un reanimador y 15:2 para dos reanimadores

Secuencia 15:2 para un reanimador y 5:1 para dos reanimadores

No lo sé

18. RCP ANTES DE LA DESFIBRILACIÓN:

Realizar RCP durante dos minutos antes de la desfibrilación en casos de FV/TVSP



presenciadas.

Realizar RCP durante dos minutos antes de la desfibrilación cuando se trate de una FV/TVSP extrahospitalaria.

Realizar RCP hasta la llegada del desfibrilador minimizando las interrupciones en los casos de FV/TVSP tanto en la parada intrahospitalaria como la extrahospitalaria.

No lo sé

#### 19. SECUENCIA DE DESFIBRILACIÓN:

Tras realizar choque único se recomienda comprobar el ritmo o pulso e iniciar maniobras de RCP

Tras realizar un único choque y sin comprobar previamente el pulso o ritmo se recomienda iniciar de inmediato la RCP

Tras realizar choque y si éste no es efectivo, iniciar la serie de choques sucesivos con aumento progresivo de la energía.

No lo sé

#### 20. MEDICACIÓN EN RCP:

Se ha de administrar 1mg de adrenalina tras el tercer choque si persiste la FV y repetir cada 3-5 minutos.

Se recomienda administrar 1mg de atropina tras el segundo choque si persiste la FV y repetir cada 3-5 minutos.

Se recomienda administrar 1mg de isoproterenol tras el segundo choque y si persiste la FV repetir cada 3-5 minutos.

No lo sé



## 9.2.- PERMISO DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

 SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

GERENCIA ÁREA SANITARIA IV  
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA ÁREA IV

Oviedo, 5 de abril de 2013

**Asunto:** Respuesta a solicitud para realización trabajo de investigación.

D. Ramón Corral Santoveña, Director de Enfermería del Área Sanitaria IV, autoriza a la alumna del Master de Enfermería en Urgencias y Cuidados Críticos, **D<sup>a</sup> Laura Fernández Pérez**, a la recogida de datos para la realización de un estudio que lleva por título **“Conocimientos sobre resucitación cardiopulmonar del personal enfermero en unidades sin monitorización de pacientes del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA)”**, recordando a la solicitante que en la utilización de estos datos debe mantenerse en todo momento la confidencialidad y privacidad de los mismos.

Un saludo.



Fdo.: Ramón Corral Santoveña  
Director de Enfermería del Área IV

GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Celestino Villamil, s/nº - 33006 Oviedo  
Tel.: 985 000 000 – Fax: 985 000 000  
<<servicio>> .gae4@sespa.prncast.es



---

### 9.3.- PLAN DE ATENCIÓN A LA PCR EN EL HUCA

A continuación se adjunta por completo el plan de atención a las PCR instaurado en el HUCA.

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	<b>ATENCIÓN A LA PARADA  CARDIO RESPIRATORIA</b>	 <b>COMISIÓN de RCP</b>
	Marzo 2011	
	Edición: 01 POCAL021	

## ÍNDICE

---

<b>1. OBJETO</b>	<b>pág 1</b>
<b>2. ALCANCE</b>	<b>pág 1</b>
<b>3. RESPONSABILIDADES</b>	<b>pág 1</b>
<b>4. REFERENCIAS</b>	<b>pág 1</b>
<b>5. DEFINICIONES</b>	<b>pág 2</b>
<b>6. DESARROLLO</b>	<b>pág 4</b>
6.1. ACTIVACIÓN DEL SISTEMA DE EMERGENCIA Y ATENCIÓN A LA PCR	
6.2. CARROS DE PARADA	
<b>7. REGISTROS</b>	<b>pág 10</b>
<b>8. ANEXOS</b>	<b>pág 13</b>

<b>AUTORES</b>	<b>REVISORES</b>	<b>AUTORIZADO</b>
COMISIÓN de RCP	Dirección Médica Dirección de Enfermería	Comisión Asistencial
Fecha : 11 Febrero 2011	Fecha : 21 Febrero 2011	Fecha: 07 Marzo 2011

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	<b>ATENCIÓN A LA PARADA  CARDIO RESPIRATORIA</b>	 <b>COMISIÓN de RCP</b>
	Marzo 2011	
	Edición: 01 POCAL021	

## 1. OBJETO

Definir la sistemática establecida en el HUCA para la asistencia a la Parada Cardiorrespiratoria (PCR).

## 2. ALCANCE

Este procedimiento es de aplicación a las paradas cardiorrespiratorias producidas en el HUCA tanto adultas como pediátricas (**Anexos I y II**).

Las que se originen en el área de Urgencias de adultos, la Unidad de Cuidados Intensivos de adultos y pediátricas, Área de Neonatología y Bloque Quirúrgico (quirófanos y reanimación) serán atendidas con recursos (humanos y materiales) propios.

En lo relativo a la revisión y seguimiento (incluida la auditoría) de los carros de parada y desfibriladores, de los servicios antes mencionados, se seguirá lo especificado en este procedimiento.

## 3. RESPONSABILIDADES

Las definidas en el desarrollo.

## 4. REFERENCIAS

- 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. Volume 122, Issue 16, suppl 2; October 19, 2010. Disponible on-line en: [http://circ.ahajournals.org/content/vol122/16\\_suppl\\_2/](http://circ.ahajournals.org/content/vol122/16_suppl_2/)
- 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science. Circulation. Volume 122, Issue 18, suppl 3; November 2, 2010. Disponibles on-line en: [http://circ.ahajournals.org/content/vol122/18\\_suppl\\_3/#top](http://circ.ahajournals.org/content/vol122/18_suppl_3/#top)
- J.P. Nolan et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Resuscitation 81 (2010) 1219–1276. Disponibles on-line en: <https://www.erc.edu/index.php/doclibrary/en/209/1/>

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	<b>ATENCIÓN A LA PARADA  CARDIO RESPIRATORIA</b>	 <b>COMISIÓN de RCP</b>
	Marzo 2011	

## 5. DEFINICIONES

**Parada cardiorrespiratoria:** Se define como la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la ventilación y la circulación espontáneas.

**Resucitación Cardiopulmonar (RCP):** Comprende el conjunto de maniobras encaminadas a revertir el estado de PCR, sustituyendo primero, para intentar restaurar después, la respiración y la circulación espontáneas.

Pero tan importante como saber cuándo y cómo iniciar una RCP es cuándo limitarla y para ello nadie mejor que el médico responsable del paciente, que es el que mejor le conoce. Además, y de cara a facilitar el trabajo de sus compañeros de especialidad y de los equipos de soporte vital avanzado, existe en el hospital un documento de “Limitación del esfuerzo terapéutico” (ver **Anexo III**), en el que poder dejar reflejada nuestra decisión de no reanimar (además, incluye la fecha de esa decisión y la firma del facultativo que la adopta).

En dicha hoja existe también un espacio para revocar la orden anterior en el caso de que la situación clínica del paciente así lo aconsejase. Es un ejercicio de responsabilidad la cobertura de dicha hoja, que además deberá incluirse en la Historia Clínica del paciente en un lugar fácilmente visible.

### ➤ **Soporte Vital (SV):**

Amplía el concepto de RCP integrando:

- La prevención de la PCR mediante el reconocimiento, la alerta y la Intervención precoz e incluye el programa educativo que permita la difusión de técnicas y conocimientos al personal del Hospital.
- El soporte respiratorio y circulatorio a las víctimas de PCR mediante as maniobras de RCP.

En función del material y de los conocimientos y habilidades necesarias, se distinguen dos tipos de SV: básico y avanzado.

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	<b>ATENCIÓN A LA PARADA  CARDIO RESPIRATORIA</b>	 <b>COMISIÓN de RCP</b>
	Marzo 2011 Edición: 01 POCAL021	

➤ **Soporte vital básico (SVB):**

Significa el inicio precoz del soporte Básico por las personas presentes. Exige un nivel de entrenamiento en Técnicas para abrir la vía aérea, ventilación con ventilador manual autoinflable y oxígeno al 100% y masaje cardiaco. Supone ganar tiempo para que sea posible el tratamiento definitivo.

➤ **Soporte vital avanzado (SVA):**

Cuando se dispone de un equipo de Profesionales cualificados, entrenados y equipados con material necesario para efectuar una desfibrilación y mejorar el soporte respiratorio y circulatorio. Debe iniciarse antes de transcurridos 3 minutos.

Ver **Anexo IV**



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

## ATENCIÓN A LA PARADA CARDIO RESPIRATORIA

Marzo 2011

Edición: 01  
POCAL021



COMISIÓN de RCP

### 6. DESARROLLO

#### 6.1. ACTIVACIÓN DEL SISTEMA DE EMERGENCIA Y ATENCIÓN A LA PCR (SVB)

Actividad	Responsable	Registro	Criterios Operación	Recursos materiales
<p>Identificar la PCR Solicitar ayuda Iniciar maniobras de RCP</p>	<p>Personal Sanitario y no Sanitario</p>	<p>Hoja de Observaciones Enfermería</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ El personal que detecte la PCR solicitará ayuda inmediatamente llamando al N°.... de teléfono de PCR dependiendo del Centro donde se produzca el mensaje ha de ser claro y conciso especificando el lugar donde tiene lugar la emergencia: <i>“parada cardiorrespiratoria en... habitación/consulta/despacho...”</i>.</li> <li>➤ Si la PCR afecta a un paciente pediátrico, el mensaje será: <i>“PCR de paciente Pediátrico en partos/planta de pediatría/consulta”</i>.</li> <li>➤ Se localizará al Jefe de Turno de celadores ó responsable asignado para la colaboración en la RCP.</li> <li>➤ Se iniciarán las maniobras de soporte vital básico o avanzado en función de la formación y/o material disponible. El personal de enfermería y auxiliar colaborará e las maniobras de SV.</li> <li>➤ Si el paciente está hospitalizado, se requerirá la presencia del Médico responsable del mismo. El personal de enfermería registrará la hora de la PCR y hora de la llamada al teléfono de emergencia, así como las circunstancias y situación clínica el paciente peri parada.</li> </ul>	<p>Carro de Parada Básico</p>



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

## ATENCIÓN A LA PARADA CARDIO RESPIRATORIA

Marzo 2011

Edición: 01  
POCAL021



COMISIÓN de RCP

Actividad	Responsable	Registro	Criterios Operación	Recursos materiales
Activar al Equipo de Emergencia	Personal Sanitario y no Sanitario	Hoja de Observaciones Enfermería  Registro de llamadas	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ El personal de la central telefónica dará prioridad absoluta a la llamada a través de N° 38112 ¿?</li><li>➤ Recibirá el mensaje y activará los buscas <b>DEPENDIENDO DE LA UBICACIÓN DE LA PARADA</b><ul style="list-style-type: none"><li>○ Médico de UCI, Medico de Guardia Especialidad y Encargado de Turno, con el mensaje “PCR en...”.</li><li>○ Médico de Urgencias, Medico de Guardia Especialidad y Encargado de Turno, con el mensaje “PCR en...”.</li><li>○ Si la PCR afecta a un paciente pediátrico, activará los buscas del Pediatra de Guardia, Medico de UCIP , Encargado de Turno de celadores, con el mensaje “PCR en...”.</li><li>○ Repetirá el mensaje tres veces consecutivas.</li></ul></li><li>➤ Registrará la hora de la llamada</li></ul>	Línea telefónica de PCR



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

## ATENCION A LA PARADA CARDIO RESPIRATORIA

Marzo 2011

Edición: 01  
POCAL021



COMISIÓN de RCP

Actividad	Responsable	Registro	Criterios Operación	Recursos materiales
<p>Iniciar maniobras de RCP SVB ADULTOS</p>	<p>*Medico de Guardia Especialidad *Pediatra de Guardia</p> <p>*Personal de enfermería de Unidad o Consultas Externas</p> <p>*Encargado de Turno</p>	<p>Hoja de Curso Clínico</p> <p>Hoja de Observaciones Enfermería</p> <p>Registro de llamadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>El Médico de Guardia de acude inmediatamente al lugar donde se ha producido la PCR e inicia y dirige el SVA si procede.</b></li> <li>➤ <b>Mientras espera la llegada del equipo de soporte vital avanzado:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La Enfermera colocará, con la ayuda del resto del personal de la planta, al paciente en decúbito supino, (con el tablero de masaje bajo su espalda, si es posible), e iniciará masaje cardíaco a ritmo de 100 compresiones / minuto, lo antes posible.</li> <li>○ La auxiliar de enfermería irá inmediatamente a buscar el carro de paradas de la planta y si éste incluye un DESA, lo aproximará a la cabecera del paciente para posteriormente sustituir a la enfermera con el masaje cardíaco</li> <li>○ La enfermera encenderá el DESA y seguirá sus indicaciones.</li> <li>○ Si la PCR ocurriera en zonas sin tomas de oxígeno, será el CELADOR el encargado de ir a buscar una bala de oxígeno.</li> <li>○ Invite a salir de la habitación a todo el personal no necesario.</li> <li>○ Si hay una tercera persona disponible (ENFERMERA, AUXILIAR o CELADOR):</li> <li>○ Retirá todo aquello que se encuentre en la habitación y que pueda resultar un estorbo para la reanimación.</li> <li>○ Se asegurará de que el cabecero de la cama no va a interferir con las maniobras de reanimación.</li> <li>○ Conectará un AMBÚ® a un caudalímetro de oxígeno con un flujo superior a los 15 lxm. El AMBÚ® deberá estar provisto de bolsa reservorio.</li> <li>○ Comprobará que exista un sistema de aspiración próximo al paciente, que éste funcione, y en caso contrario, consiga uno.</li> </ul> </li> <li>➤ <b>El personal de enfermería registrará la hora de la PCR y hora de la llamada al teléfono de emergencia, así como las circunstancias y situación clínica el paciente peri parada.</b></li> </ul>	<p>Carro de Parada Básico</p>



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

## ATENCION A LA PARADA CARDIO RESPIRATORIA

Marzo 2011

Edición: 01  
POCAL021



COMISIÓN de RCP

### 6.2-Carros de Parada

Actividad	Responsable	Registro	Criterios Operación	Recursos materiales
Adecuar los carros tras la parada	Enfermería de Planta, Unidad o Consultas  Auxiliar de Farmacia y Farmacéutica	Hoja de Reposición de Material  Precintado si procede	<p>- Tras terminar las maniobras de soporte vital, la enfermería de planta, unidad o consulta, revisará el carro de paradas básico reponiendo el material necesario y/o adecuando el resto para su uso inmediato.</p> <p>Colocará el carro de avanzada, una vez esté correctamente dotado y sellado, en su sitio correspondiente.</p> <p>- El/la Enfermero/a UCI/UCIP/Urg/Neo, al terminar las maniobras de SVA, revisará y repondrá el material de la bolsa o carros de parada avanzados utilizados. El enfermero/a de Planta enviará al Servicio de Farmacia la caja de la medicación usada para su reposición por otra completa. Recibirá la nueva caja de medicación y la colocará en el carro.</p> <p>- <b>El Servicio de Farmacia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Dispone permanentemente de una caja de medicación completa, precintada (con la primera fecha de caducidad) y en disponibilidad de uso que enviará a demanda de la enfermera polivalente cuando reciba una caja usada.</li><li>2. Recibe las cajas usadas, repone el material especificado como farmacia y las precinta. Esta función la realizará el personal Auxiliar de Farmacia con la supervisión de la Farmacéutica.</li></ol>	Material de Reposición  Cajas de fármacos



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

## ATENCIÓN A LA PARADA CARDIO RESPIRATORIA

Marzo 2011

Edición: 01  
POCAL021



COMISIÓN de RCP

Actividad	Responsable	Registro	Criterios Operación	Recursos materiales
Revisar los carros de PCR	Supervisión de Planta, Unidad y Consultas Externas  Auxiliar de Farmacia y Farmacéutica	Hoja de estado de carros de parada y desfibrilador	<ul style="list-style-type: none"><li>- El Servicio de farmacia controlará la caducidad de la medicación.</li><li>- La UCI, Urgencias y Bloque Quirúrgico la revisión periódica de los carros de parada y monitores-desfibriladores se realizará de acuerdo a los criterios establecidos en sus propias instrucciones.</li><li>- Supervisoras de las Plantas y Consultas externas serán responsables del correcto estado, contenido y ubicación de los carros de parada.<ul style="list-style-type: none"><li>- Revisión periódica de los carros de parada y monitores-desfibriladores según protocolo y se cumplimentara el registro</li><li>- En caso de incidencia se procederá a la revisión completa del carro, así como al registro de la misma en dicha hoja.</li></ul></li><li>- Comunicación de las incidencias: independientemente del registro correspondiente, las incidencias, a juicio de la persona que la detecta, podrán ser notificadas, en la hoja de notificación de incidentes</li></ul>	



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

## ATENCIÓN A LA PARADA CARDIO RESPIRATORIA

Marzo 2011

Edición: 01  
POCAL021



COMISIÓN de RCP

Actividad	Responsable	Registro	Criterios Operación	Recursos materiales
Revisar monitores desfibriladores	Supervisión de Planta, Unidad y de Consultas Externas	Hoja de estado de desfibrilador	- La Supervisión (o Responsables) de las Plantas o Unidades y Consultas Externas o persona en quien delegue revisarán los <b>monitores/desfibriladores que tengan en su planta/unidad o consulta</b> según se especifica en protocolo, dejando constancia.	
Limpieza de material	Auxiliar de Enfermería		<b>Limpieza Ambú, Limpieza material y clasificación y riesgo del material respiratorio y de anestesia.</b>	Los especificados en las IT

Actividad	Responsable	Registro	Criterios Operación	Recursos materiales
Seguimiento del plan de asistencia a la PCR	seguimiento: Jefe de UCI, Pediatra Supervisora de UCI, Jefe de Turno Polivalente	Acta del grupo		
Auditoria del contenido y funcionamiento de los carros de parada y de los monitores desfibriladores	Unidad de calidad	Informe de auditoria carros de parada		

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	<b>ATENCIÓN A LA PARADA CARDIO RESPIRATORIA</b>	 <b>COMISIÓN de RCP</b>
	Marzo 2011	
	Edición: 01 POCAL021	

## REGISTROS

1. Registro PCR
2. Registro general llamada de RCP
3. Registro revisión de carros y desfibriladores
4. Registro de material reposición. Material utilizado



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

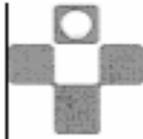
## ATENCIÓN A LA PARADA CARDIO RESPIRATORIA

Marzo 2011

Edición: 01  
POCAL021



COMISIÓN de RCP



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

HOSPITAL HUCA

## REGISTRO DE PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS

Código: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Página 1 de 1

### SECCIÓN 1: Filiación del paciente.

Identificación: \_\_\_\_\_ N° Historia: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_  
 Sexo: ( "V" hombre, "M" mujer ) \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses Peso: \_\_\_\_\_ kg Talla: \_\_\_\_\_ cm (EN NIÑOS)  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Población: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

### SECCIÓN 2: Datos generales de la P.C.R.

LUGAR DE LA PCR: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Día de la semana: \_\_\_\_\_ Hora de la P.C.R.: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Sala Médica	<input type="checkbox"/> UCI	Testigo de la PCR:	<input type="checkbox"/> Nadie	<input type="checkbox"/> Médico
<input type="checkbox"/> Sala Cirugía	<input type="checkbox"/> Diálisis		<input type="checkbox"/> Familia	<input type="checkbox"/> Enfermera
<input type="checkbox"/> Quirófano	<input type="checkbox"/> C. Externas		<input type="checkbox"/> Acompañante	<input type="checkbox"/> Auxiliar
<input type="checkbox"/> Hosp. Día	<input type="checkbox"/> UCI		<input type="checkbox"/> Otro: _____	
<input type="checkbox"/> Urgencias	<input type="checkbox"/> Otro: _____			

ATENCIÓN INICIAL:  Realización de RCP básica  Realización de RCP avanzada  Ninguna

RCP básica hecha por:

<input type="checkbox"/> Nadie	<input type="checkbox"/> Enfermera	<input type="checkbox"/> Anestesia
<input type="checkbox"/> Familia	<input type="checkbox"/> Auxiliar	<input type="checkbox"/> Médico UCI
<input type="checkbox"/> Personal no sanit.	<input type="checkbox"/> Médico planta	<input type="checkbox"/> Otro: _____

CONSTANTES AL INICIAR LA RCP:  Inconsciente  Sin pulso  Apnea  VM

RCP avanzada iniciada por:

<input type="checkbox"/> Nadie	<input type="checkbox"/> Médico UCI
<input type="checkbox"/> Enfermería	<input type="checkbox"/> Médico Urgencias
<input type="checkbox"/> Médico Planta	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Anestesia	

TIEMPOS DE ACTUACIÓN: Hora de la PCR: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ Alerta al Sistema Atención PCR: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_  
 Inicio RCP: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ Fin RCP: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ Llegada del Equipo de Asistencia: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_  
 1ª desfibrilación: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ Intubación: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ Acceso venoso: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ Recuperación pulso: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_  
 Duración de la RCP básica: \_\_\_\_ min Duración total de la RCP: \_\_\_\_ min

### ANTECEDENTES DE:

RCP  Ingreso hospitalario  Ingreso UCI  
 Cuando ocurrió la PCR anterior: \_\_\_\_\_ (en días)  
 Lugar:  Hospitalaria  Extrahospitalaria

### Si la parada fue en la UCI

Horas de ingreso en UCI (<= 24h): \_\_\_\_ (tiempo I)  
 Días de ingreso en UCI (> 24h): \_\_\_\_ (tiempo II)  
 Estaba con Ventilación Mecánica

### ORIGEN DE LA PCR:

<input type="checkbox"/> Sin filiar	<input type="checkbox"/> Cardiológico →	<input type="checkbox"/> No cardiológico →
	<input type="checkbox"/> C. Isquémica	<input type="checkbox"/> EPOC
	<input type="checkbox"/> Arritmias	<input type="checkbox"/> Inf. Resp. Aguda
	<input type="checkbox"/> Taposamiento	<input type="checkbox"/> TEP
	<input type="checkbox"/> EAP	<input type="checkbox"/> Intubación
	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Aspiración
		<input type="checkbox"/> Cuerpo extraño
		<input type="checkbox"/> Neurotóxico
		<input type="checkbox"/> Otra: _____
		<input type="checkbox"/> Politrauma
		<input type="checkbox"/> Hemorragia
		<input type="checkbox"/> Intoxicación
		<input type="checkbox"/> Sepsis
		<input type="checkbox"/> Metabólico
		<input type="checkbox"/> Neurológico
		<input type="checkbox"/> Atria

### RESULTADOS INICIALES TRAS RCP :

<input type="checkbox"/> Recupera movimientos (en: ____ minutos)	<input type="checkbox"/> Convulsiona	Motivo de finalizar la RCP:	<input type="checkbox"/> Recupera ritmo propio
<input type="checkbox"/> Recupera conciencia (en: ____ minutos)			<input type="checkbox"/> RCP ineficaz (> 20')
<input type="checkbox"/> Nueva PCR			<input type="checkbox"/> No viable tras reevaluar
Dónde:	Destino del paciente:	Lugar del exitus:	
<input type="checkbox"/> Lugar de PCR	<input type="checkbox"/> UCI	<input type="checkbox"/> Lugar PCR	<input type="checkbox"/> Reanimación
<input type="checkbox"/> En el traslado	<input type="checkbox"/> UCI	<input type="checkbox"/> Urgencias	<input type="checkbox"/> UCI
<input type="checkbox"/> Planta	<input type="checkbox"/> Exitus	<input type="checkbox"/> En el traslado	<input type="checkbox"/> Quirófano
<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Planta	<input type="checkbox"/> Planta	
	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Otro: _____	

Donación a corazón parado



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

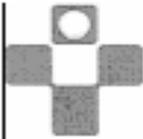
## ATENCIÓN A LA PARADA CARDIO RESPIRATORIA

Marzo 2011

Edición: 01  
POCAL021



COMISIÓN de RCP



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

HOSPITAL HUCA

## REGISTRO DE PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS

Código: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Página 2 de 2

### SECCIÓN 3: PROCEDIMIENTOS DURANTE LA R.C.P.

<input type="checkbox"/> Monitorización	<input type="checkbox"/> Vía venosa periférica	<input type="checkbox"/> Masaje cardíaco externo
<input type="checkbox"/> Intubación endotraqueal	<input type="checkbox"/> Vía venosa central	<input type="checkbox"/> Collarín cervical
<input type="checkbox"/> Traqueostomía	<input type="checkbox"/> Ventilación Mecánica	<input type="checkbox"/> Inmovilización ósea
<input type="checkbox"/> Cricotiroidotomía	<input type="checkbox"/> Drenaje torácico	<input type="checkbox"/> Otro: _____

#### RITMO ELÉCTRICO

<input type="checkbox"/> Asistolia	<input type="checkbox"/> Disociación E.M.
<input type="checkbox"/> F.V.	<input type="checkbox"/> Bloqueo avanzado
<input type="checkbox"/> T.V.	<input type="checkbox"/> Bradicardia extrema
<input type="checkbox"/> Ritmo propio	<input type="checkbox"/> Otro: _____

#### TRATAMIENTO ELÉCTRICO

<input type="checkbox"/> Desfibrilación	Nº de desfibrilaciones: _____
<input type="checkbox"/> Cardioversión	<input type="checkbox"/> MP Transcutáneo <input type="checkbox"/> Ninguno

#### FARMACOS EMPLEADOS

<input type="checkbox"/> Adrenalina	<input type="checkbox"/> Amiodarona	<input type="checkbox"/> Nitroglicerina	<input type="checkbox"/> Fibrinolíticos										
<input type="checkbox"/> Atropina:	<input type="checkbox"/> ATP/Adenosina	<input type="checkbox"/> Diuréticos de asa	<table border="1"> <tr><td colspan="2">Otros</td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>	Otros									
Otros													
<input type="checkbox"/> Bicarbonato	<input type="checkbox"/> β-bloqueantes	<input type="checkbox"/> Diuréticos osmóticos											
<input type="checkbox"/> Calcio	<input type="checkbox"/> Bretilio												
<input type="checkbox"/> Isoproterenol	<input type="checkbox"/> Fenitoina												
<input type="checkbox"/> Otras aminas:	<input type="checkbox"/> Lidocaina	<input type="checkbox"/> Benzodiazepinas											
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Procainamida	<input type="checkbox"/> Miorelajantes											
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Verapamil	<input type="checkbox"/> Opiáceos											

#### EVOLUCIÓN POSTERIOR EN UCI: (Si se produce nueva PCR durante la evolución en UCI, abrir formulario nuevo)

Ingresado en UCI antes de la PCR. PCR nueva n°: \_\_\_\_\_ (durante su estancia en UCI, sin contar la que motivó el ingreso)

Convulsiones

Tiempo en recuperar conciencia: Días: \_\_\_\_\_ Horas: \_\_\_\_\_ Minutos (Si tiempo recuperación breve): \_\_\_\_\_

Tiempo en recuperar movimientos: Días: \_\_\_\_\_ Horas: \_\_\_\_\_ Minutos (Si tiempo recuperación breve): \_\_\_\_\_

Monitorización arterial continua  Monitorización arteria pulmonar  Depuración extrarrenal  MP endocavitario

Otras técnicas (V.g traqueostomía reglada, drenaje pericárdico...): \_\_\_\_\_

Días de estancia en UCI: \_\_\_\_\_ Días en Ventilación Mecánica: \_\_\_\_\_

Éxito en UCI

#### ESCALA CPC: (1 a 5)

24h:

48h:

Alta:

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	<b>ATENCIÓN A LA PARADA  CARDIO RESPIRATORIA</b>	 <b>COMISIÓN de RCP</b>
	Marzo 2011	

## ANEXOS

1. Plano General HUCA
2. Cuadro distribución de asistencia a la PCR dentro de los edificios del HUCA
3. Hoja Limitación Esfuerzo Terapéutico
4. Algoritmos de actuación
5. Protocolo gestión y control de los carros de paradas
6. Flujograma PCR
7. Limpieza del material utilizado



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

## ATENCIÓN A LA PARADA CARDIO RESPIRATORIA

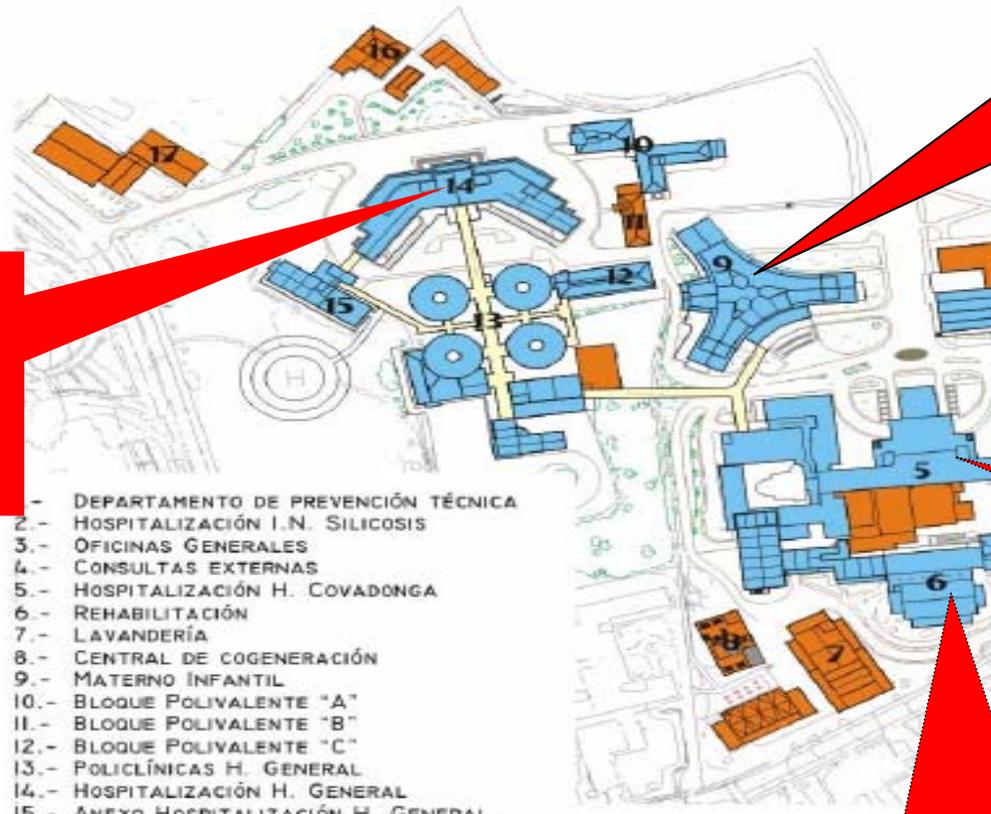
Marzo 2011

Edición: 01  
POCAL021



COMISIÓN de RCP

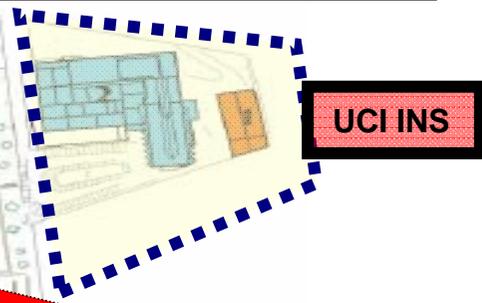
### ANEXO I. PLANO GENERAL HUCA



AREA QUIRURGICA/ REANIMACION PLANTAS 8º; 9º; HOSPITAL DE DIA 3º	ANESTESIA
	CARDIOLOGIA
RESTO DEPENDENCIAS	UCI HGA

- 1.- DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN TÉCNICA
- 2.- HOSPITALIZACIÓN I.N. SILICOSIS
- 3.- OFICINAS GENERALES
- 4.- CONSULTAS EXTERNAS
- 5.- HOSPITALIZACIÓN H. COVADONGA
- 6.- REHABILITACIÓN
- 7.- LAVANDERÍA
- 8.- CENTRAL DE COGENERACIÓN
- 9.- MATERNO INFANTIL
- 10.- BLOQUE POLIVALENTE "A"
- 11.- BLOQUE POLIVALENTE "B"
- 12.- BLOQUE POLIVALENTE "C"
- 13.- POLICLÍNICAS H. GENERAL
- 14.- HOSPITALIZACIÓN H. GENERAL
- 15.- ANEXO HOSPITALIZACIÓN H. GENERAL
- 16.- ZONA DE TALLERES H. GENERAL
- 17.- ALMACÉN H. GENERAL

AREA QUIRURGICA; REANIMACION, ADULTOS	ANESTESIA
AREAS DE NEONATOS(PARTOS,UCIN)	NEONATOLOGIA
PACIENTES PEDIATRICOS CONSULTAS PEDIATRIA	UCIP



AREA QUIRURGICA; REANIMACION, ADULTOS	ANESTESIA
DEPENDENCIAS NO QUIRURGICAS POR ENCIMA DE LA PLANTA BAJA	UCI C GENERAL

HOSPITALIZACION	UCI C GENERAL
CONSULTAS, PISCINA, GIMNASIO, PASILLO	URGENCIAS



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

## ATENCIÓN A LA PARADA CARDIO RESPIRATORIA

Marzo 2011

Edición: 01  
POCAL021



COMISIÓN de RCP

### ANEXO 2. CUADRO DISTRIBUCIÓN ASISTENCIA A LA PCR DENTRO DE LOS EDIFICIOS DEL HUCA

Edificio	Localización	Responsable	Activación
Centro General	Todas las dependencias de la planta baja y las inferiores	Urgencias	38848
	Área Quirúrgica y Reanimación	Anestesia	75340
	Plantas de hospitalización, pasillos y resto de dependencias que no dependan de Anestesia por encima de la planta baja	UCI-CG	75820
Consultas Externas	Todas las dependencias y pacientes adultos	Urgencias	38848
	Consultas Externas de Pediatría	UCIP	75910
INS	Todas las dependencias del edificio y el Departamento técnico	ICI-INS	75320
Centro de Rehabilitación	Edificio de Hospitalización y todas las dependencias de esas plantas	UCI-CG	75820
	Edificio de Consultas, gimnasio, piscina, pasillos, acceso por planta baja a CG y resto de dependencias	Urgencias.	38848
Lavandería y Talleres	Todas las dependencias	Urgencias	38848
CMI	Área quirúrgica, Reanimación y todos los incidentes de pacientes o usuarios adultos	Anestesia	75792 / 75695
	Áreas de Neonatos (Hospitalización, partos, observación RN, UCIN)	Neonatología	38234 / 75544
	Todos los pacientes o usuarios pediátricos excepto Neonatos	UCIP	75910
HGA	Todas las dependencias de la 8ª y 9ª, Hospital de día de la 3ª	Cardiología	75702
	Área Quirúrgica y Reanimación	Anestesia	75613
	Resto de dependencias	UCI-HGA	75622
Edificio A	Todas las dependencias	UCI-HGA	75622
Edificios Polivalentes A y B	Todas las dependencias	UCI-HGA	75622
Centro Comunitario	Todas las dependencias	Urgencias	38848



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

## ATENCIÓN A LA PARADA CARDIO RESPIRATORIA

Marzo 2011

Edición: 01  
POCAL02I



COMISIÓN de RCP

### 3. HOJA LIMITACIÓN ESFUERZO TERAPÉUTICO



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

N.º Historia \_\_\_\_\_ Cama \_\_\_\_\_

Primer apellido \_\_\_\_\_

Segundo apellido \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Servicio \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso \_\_\_\_\_

#### Diagnóstico Principal:

✓	Fecha	Médico responsable	Firma
---	-------	--------------------	-------

En caso de parada cardiorespiratoria  
No instaurar medidas de RCP.....

<input type="checkbox"/>			
--------------------------	--	--	--

RESCISION DE LAS ORDENES ANTERIORES

<input type="checkbox"/>			
--------------------------	--	--	--

#### Otras limitaciones de tratamiento

No intubación.....

<input type="checkbox"/>			
--------------------------	--	--	--

No fármacos vasopresores.....

<input type="checkbox"/>			
--------------------------	--	--	--

No transfusión de componentes sanguíneos...

<input type="checkbox"/>			
--------------------------	--	--	--

No antibióticos.....

<input type="checkbox"/>			
--------------------------	--	--	--

No diálisis.....

<input type="checkbox"/>			
--------------------------	--	--	--

No hidratación artificial.....

<input type="checkbox"/>			
--------------------------	--	--	--

No nutrición artificial.....

<input type="checkbox"/>			
--------------------------	--	--	--

.....

<input type="checkbox"/>			
--------------------------	--	--	--

RESCISION DE LAS ORDENES ANTERIORES

<input type="checkbox"/>			
--------------------------	--	--	--

<sup>1</sup> Marcar, poner fecha y firmar las opciones correspondientes. Si se ha de rescindir una o más de las órdenes, cubrir el espacio de rescisión e iniciar un nuevo formulario actualizado si fuese necesario. Los argumentos médicos que sustentan estas órdenes así como la expresión de la voluntad del paciente o sus representantes ha de constar en el curso clínico.

<sup>2</sup> La utilización de estos formularios exige la verificación de que se han tomado todas las medidas necesarias para el confort y control del dolor del paciente.



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

## ATENCIÓN A LA PARADA CARDIO RESPIRATORIA

Marzo 2011

Edición: 01  
POCAL021

**huca+** hospital  
universitario central  
asturias

COMISIÓN de RCP

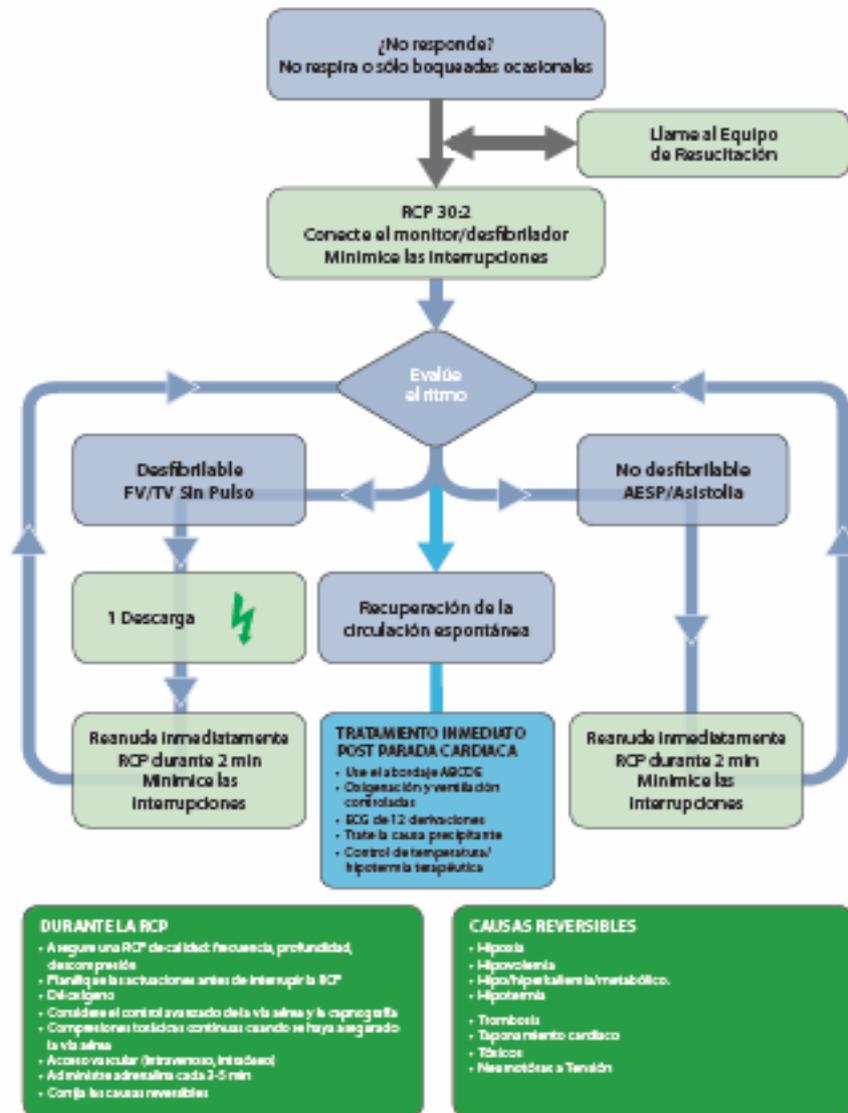
### 4. ALGORITMOS DE ACTUACIÓN



EUROPEAN  
RESUSCITATION  
COUNCIL



## Soporte Vital Avanzado Algoritmo Universal



ERC

www.erc.edu | info@erc.edu | www.erc.org  
 Publicado octubre 2010 europeo resuscitation council secretariat: se e cre@ercstaff.eu. 2010 edicón. según  
 versión del producto: rcp\_10\_AU\_01\_01\_01A copyright european resuscitation council



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

## ATENCIÓN A LA PARADA CARDIO RESPIRATORIA

Marzo 2011

Edición: 01  
POCAL021

**huca+** hospital  
universitario central  
asturias

COMISIÓN de RCP



## Soporte Vital Avanzado Algoritmo de Bradicardia

- Evalúe utilizando el abordaje ABCDE
- Asegure aporte de oxígeno y obtenga un acceso iv
- Monitoreo ECG, TA, SpO<sub>2</sub>; registre ECG de 12 derivaciones
- Identifique y trate las causas reversibles (p.e. alteraciones electrolíticas)

Evalúe la presencia de signos adversos:  
1 Shock  
2 Síncope  
3 Isquemia miocárdica  
4 Insuficiencia cardíaca

SI

No

Atropina  
500 mcg iv

¿Respuesta Satisfactoria?

SI

No

- Medidas transitorias:**
- Atropina 500 mcg iv  
Repetir hasta un máximo de 3 mg
  - Isoproterenol 5 mcg min<sup>-1</sup>
  - Adrenalina 2-10 mcg min<sup>-1</sup>
  - Fármacos alternativos\*

O

- Marcapasos transcutáneo



Busque ayuda experta  
Preparar marcapasos transvenoso

- \* Las alternativas incluyen:
- Aminofilina
  - Dopamina
  - Glucagón (si sobredosis de betabloqueantes o antagonistas del calcio)
  - Glícopirato puede utilizarse en lugar de atropina

¿Riesgo de asistolia?  
- Asistolia reciente  
- Bloqueo AV Móbitz II  
- Bloqueo cardíaco completo con QRS ancho  
- Pausa ventricular > 3 seg

SI

No

Observa

ESRCP



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

## ATENCIÓN A LA PARADA CARDIO RESPIRATORIA

Marzo 2011

Edición: 01  
POCAL021



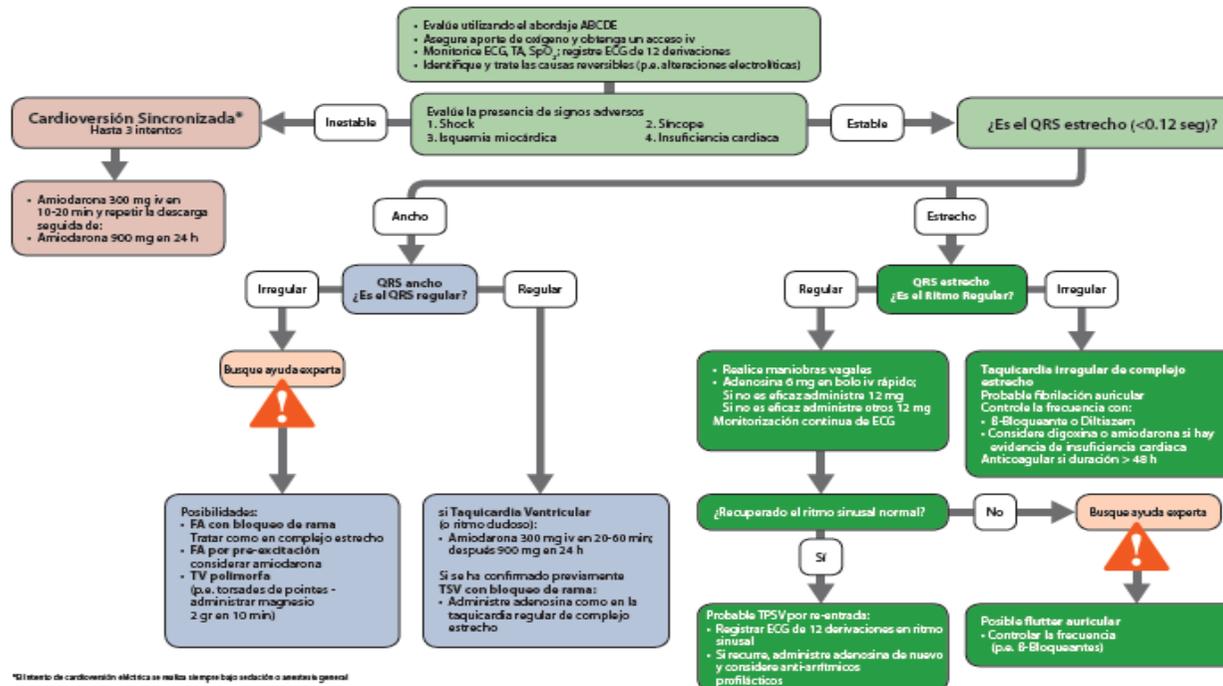
COMISIÓN de RCP



EUROPEAN  
RESUSCITATION  
COUNCIL



## Soporte Vital Avanzado Algoritmo de Taquicardia



 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	<b>ATENCIÓN A LA PARADA  CARDIO RESPIRATORIA</b>	 <b>COMISIÓN de RCP</b>
	Marzo 2011	
	Edición: 01 POCAL021	

## 5. PROTOCOLO GESTIÓN Y CONTROL DE LOS CARROS DE PARADAS

### INDICE

1. Introducción
2. Objetivos
3. Ámbito
4. Mapa del carro de paradas y desfibriladores
  - 4.1. (Anexo I)
5. Contenido
  - Carro (Anexo II)
  - Caja de Farmacia (Anexo III)
6. Normas de utilización y registro
  - 6.1. Quien atiende la P.C.R.
  - 6.2. Comunicación de incidencia
  - 6.3. Comprobación y verificación del carro
  - 6.4. Supervisión y control del carro de paradas y desfibrilador  
(Anexo IV)  
(Anexo V)  
(Anexo VI)
  - 6.5. Revisiones de la Gestión del carro de paradas
7. Formación
8. Evaluación
  - 8.1. Relativos a las personas
  - 8.2. Accesibilidad
  - 8.3. Supervisión
  - 8.4. Aperturas Urgentes

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	<b>ATENCIÓN A LA PARADA  CARDIO RESPIRATORIA</b>	 <b>COMISIÓN de RCP</b>
	Marzo 2011	
	Edición: 01 POCAL02I	

## 1. INTRODUCCIÓN

En las Unidades y Servicios del HUCA existen diferentes modelos de carros de paradas dependiendo de las necesidades asistenciales.

Hay en total 58 carros de los cuales 20 son nuevos, 16 de “Metro” y 4 de “Insausti”, 20 son de un modelo más antiguo y el resto están más obsoletos.

Los carros acondicionados son carros de curas equipados únicamente con el material de RCP.

La necesidad de unificar el contenido de los mismos, tanto en lo referido a fármacos como material, hace imprescindible la elaboración del presente **Protocolo de Gestión y Control**.

## 2. OBJETIVOS

- Describir el material y fármacos a incluir en el carro de paradas.
- Unificar el contenido de los carros existentes en el HUCA.
- Establecer mecanismos de revisión y control del contenido.
- Informar y formar a los profesionales implicados, para la correcta gestión y manejo.

## 3. ÁMBITO

Todas las Unidades y Servicios de HUCA, en las que esté ubicado un carro de paradas

## 4. MAPA DEL CARRO DE PARADAS Y DESFIBRILADORES (Anexo I)

Los carros de parada, deberán de estar ubicados en lugar accesible, que permita la movilidad, para el traslado allí donde se necesite.

La ubicación debe de ser conocida por todos los profesionales, que llegado el momento, puedan utilizarlo.

*En esta Unidad de .....ubicada en.....del Centro.....  
el carro de paradas esta situado en.....*

 <b>SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS</b>	<b>ATENCIÓN A LA PARADA CARDIO RESPIRATORIA</b>	 <b>COMISIÓN de RCP</b>
	Marzo 2011	
	Edición: 01 POCAL02I	

## 5. CONTENIDO

El carro de paradas contiene todo el material imprescindible para la atención inmediata del paciente en parada cardiorrespiratoria.

Carro (Anexo II)

Caja Farmacia (Anexo III)

*Siempre que la características del carro lo permitan, este deberá de estar precintado*

## 6. NORMAS DE UTILIZACIÓN Y REGISTRO

### 6.1. Quien atiende la PCR

La distribución arquitectónica del Hospital Universitario Central de Asturias, ocasiona que dependiendo del edificio donde se produzca la incidencia sean distintos servicios los que realizan la atención. (Cuadro adjunto)

Edificio		Servicio	Busca
INS		UCI	75320
Centro Rehab.	Hospitalización	UCI	75820 / 75662
	Ctas / Fisioterapia	Urgencias	38848
Centro General		UCI	75820 / 75662
Ctas. Externas		Urgencias	38848
CMI	(Pediatria)	UCI Pediátrica	38707 / 75910
	(Toco-Gine)	Anestesia	75695 / 75792
	Neo, UORN y RN de Toco	Neonatología	38234 / 75658
H. General / Edif. A		UCI	75622
Policlínicas			

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	<b>ATENCIÓN A LA PARADA  CARDIO RESPIRATORIA</b>	 <b>COMISIÓN de RCP</b>
	Marzo 2011	
	Edición: 01 POCAL02I	

## 6.2. Comunicación de incidencia

En caso de parada cardio-respiratoria, el personal de enfermería diplomado, comunicará el incidente al facultativo médico más cercano, o en su defecto al médico de guardia, indicando la localización del paciente.

Avisará al busca correspondiente, según cuadro adjunto (punto 6.1.).

La Enfermera y/o Facultativo, que atiende en primera instancia al paciente, procederá a la apertura del carro.

## 6.3. Comprobación y verificación del carro

Después de su uso, la Auxiliar de Enfermería y Enfermera que lo utilizaron, se encargarán de su revisión, reposición y precintado (si fuera posible). En caso de haber desprecintado la caja de medicación, esta se deberá de llevar a la Farmacia a la mayor prontitud, para su reposición.

## 6.4. Supervisión y control de carro de paradas y desfibrilador (Anexos IV, V y VI)

La Supervisora y/o Enfermera responsable, comprobará semanalmente (se utilice o no), el carro de paradas (anexo V) y diariamente el desfibrilador, en aquellas Unidades en la que exista, registrando en la hoja de supervisión (Anexo IV), el estado de conformidad así como las situaciones de no conformidad, subsanando estas de inmediato, dejando reflejado el registro de la incidencia. Independientemente, se debe de realizar la apertura programada (Quincenal).

Así mismo la apertura urgente deberá de ser registrada, en el documento (Anexo VI)

Responsable inmediata: Supervisora de Unidad / Enfermera responsable de la misma.

Responsable Final: Supervisora de Área (Trimestral)

## 6.5. Revisiones de la Gestión del carro de paradas

Con la periodicidad establecida en el propio protocolo, las Supervisoras de Área Asistencial, auditan junto con la Supervisora de Unidad y profesionales, la revisión del mismo así como la cumplimentación de los registros establecidos, subsanando y corrigiendo los posibles situaciones de no conformidad detectadas.

**Todo el personal deberá de conocer la ubicación del carro de paradas, así como el contenido y distribución del mismo.**

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	<b>ATENCIÓN A LA PARADA  CARDIO RESPIRATORIA</b>	 <b>COMISIÓN de RCP</b>
	Marzo 2011	
	Edición: 01 POCAL021	

## 7. FORMACIÓN

Las Supervisoras de Unidad será la responsable de la difusión del presente Protocolo, entre los miembros del equipo de enfermería de la misma, haciendo especial hincapié, a la incorporación de personal de nuevo ingreso.

La formación continuada sobre el presente Protocolo, quedaran registradas a través de la Supervisora de Área Asistencial .

Periódicamente dentro del Plan de Formación interna de los profesionales, se pautan ciclos de formación tanto básica como avanzada de RCP, los cuales son impartidos por profesionales, acreditados como monitores de RCP, tanto de UCI, UCIP y Urgencias.

La asistencia del personal de Enfermería que acude a los mismos, queda registrada en el Departamento de Formación de Enfermería.

## 8. EVALUACIÓN

Resulta imprescindible establecer mecanismos de evaluación de la gestión del carro de paradas y desfibriladores.

En la evaluación deben participar las personas responsables de la gestión de los carros y desfibriladores.

Periódicamente se evaluará la cumplimentación del presente protocolo atendiendo a los siguientes indicadores:

### Indicadores

#### 8.1. Relativos a las personas

- Carro de Paradas con Responsable Asignado:
  - Porcentaje de carros con responsable asignado.
  - Porcentaje de profesionales que gestionan el carro que han recibido al menos 1 hora de formación interna en el último año.
  - Porcentaje de profesionales (uso clínico) con formación al día (no más de 36 meses desde la última formación en RCP).

#### 8.2. Accesibilidad

- Porcentaje de profesionales encuestados que declaran conocer la ubicación de carro de paradas y desfibrilador más próximo a su puesto habitual de trabajo

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	<b>ATENCIÓN A LA PARADA  CARDIO RESPIRATORIA</b>	 <b>COMISIÓN de RCP</b>
	Marzo 2011	
	Edición: 01 POCAL021	

### 8.3. Supervisión

- Número de días que se realiza la supervisión diaria del carro respecto a los previstos, en porcentaje.
- Días con estado de la supervisión “conforme”, respecto al total, en porcentaje.
- Días con estado de la supervisión “no conforme”, respecto al total, en porcentaje.
- Incidencias abiertas por “no conformes”, respecto a días “no conforme”, en porcentaje.

### 8.4. Aperturas Urgentes

- Número de aperturas urgentes para cada carro de paradas.
- Registros en la Hoja de registro de apertura, respecto al total de aperturas, en porcentaje.



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

## ATENCIÓN A LA PARADA CARDIO RESPIRATORIA

Marzo 2011

Edición: 01  
POCAL021



COMISIÓN de RCP

### MAPA DE CARROS DE PARADA Y DESFIBRILADORES DEL HUCA (Anexo I)

CENTRO	UNIDAD/SERVICIO	CARRO DE PARADAS	CARRO ACONDICIONADO	UBICACIÓN	DESFIBRILADOR	CAJA PARADAS	RESPONSABLE CP	RESPONSABLE SUPERVISIÓN PERIODICA CP
INS	UVI	1		Unidad	1		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	7ª	1	1	Pasillo	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	5ª	0	1	Pasillo	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	4ª	1		Pasillo	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	2ª	0	1	Pasillo	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	1ª CTAS	0	1	Consulta de alergia	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	PTA BJA CTAS/FISIOLOGÍA	1	1	Unidad del Sueño	1		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	RADIOLOGÍA	0	0		0	1	Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	URGENCIAS	Box de Paradas	0	Unidad	1		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	FUNCIÓN PULMONAR			Ergonomía	0	2	Supervisora Área	Enfermera responsable
CR	5ª	1		Control de Enfermería	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	4ª	1		Control de Enfermería	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	3ª	1		Control de Enfermería	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	2ª	1		Control de Enfermería	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	1ª	1		Control de Enfermería	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	PTA BJA CTAS			Consulta N° 9	0	1	Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	Planta 6ª			Salud Laboral		1	Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	PISCINAS			Piscinas	0	1	Supervisor Área	Fisioterapeuta Responsable
C EXTER.	1ª	0	0		0			
	2ª	0	1	Control de Enfermería	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	3ª	0	0		0			



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

## ATENCIÓN A LA PARADA CARDIO RESPIRATORIA

Marzo 2011

Edición: 01  
POCAL021



COMISIÓN de RCP

### MAPA DE CARROS DE PARADA Y DESFIBRILADORES DEL HUCA

(Anexo I cont.)

CENTRO	UNIDAD/SERVICIO	CARRO DE PARADAS	CARRO ACONDICIONADO	UBICACIÓN	DESFIBRILADOR	CAJA PARADAS	RESPONSABLE CP	RESPONSABLE SUPERVISIÓN PERIODICA CP
EDIFICIO A	A-1	1		Pasillo	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	A-2		1	Unidad	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	A-3		1	Unidad	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	A-4				0	1	Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	A-7	1		Pasillo	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	A-8 UPA				0	1	Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	A-8		1	Pasillo	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	A-9	1		Pasillo	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	A-10			U Desintoxicación	1		Supervisora Área	Enfermera Responsable



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

## ATENCIÓN A LA PARADA CARDIO RESPIRATORIA

Marzo 2011

Edición: 01  
POCAL021



COMISIÓN de RCP

### MAPA DE CARROS DE PARADAS Y DESFIBRILADORES HUCA

(Anexo I cont.)

CENTRO	UNIDAD/SERVICIO	CARRO DE PARADAS	CARRO ACONDICIONADO	UBICACIÓN	DESFIBRILADOR	CAJA PARADAS	RESPONSABLE CP	RESPONSABLE SUPERVISIÓN PERIODICA CP	
<b>H GENERAL</b>	CORONARIAS	2		Unidad	2		Supervisora Área	Supervisora de Unidad	
	HEMODINAMICA	2		Unidad	2		Supervisora Área	Supervisora de Unidad	
	ELECTROFISIOLOGÍA	1		Unidad	1		Supervisora Área	Supervisora de Unidad	
	MARCAPASOS	1		Unidad	1		Supervisora Área	Supervisora de Unidad	
	ECOS /TEST ESFUERZO	1		Unidad	1		Supervisora Área	Supervisora de Unidad	
	8° W	1		Pasillo	1		Supervisora Área	Supervisora de Unidad	
	8° E	1		Pasillo	1		Supervisora Área	Supervisora de Unidad	
	7° W	1		Pasillo	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad	
	7° E	1		Pasillo	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad	
	6° W	1		Pasillo	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad	
	6° E	1		Pasillo	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad	
	5° W	1		Pasillo	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad	
	5° E	1		Pasillo	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad	
	4° E	1		Pasillo	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad	
	ELECTROENCEFALOS					0	1	Enfermera	Enfermera Responsable
	3° E	1		Pasillo	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad	
	3° H DIA CARDIO	1		Unidad	1		Supervisora Área	Supervisora de Unidad	
	2° UCI	2		Unidad	2		Supervisora Área	Supervisora de Unidad	
2° INTERMEDIOS	1		Unidad	1		Supervisora Área	Supervisora de Unidad		



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

## ATENCIÓN A LA PARADA CARDIO RESPIRATORIA

Marzo 2011

Edición: 01  
POCAL021



COMISIÓN de RCP

2º REANIMACION	1		Unidad	1		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
TAO				0	1	Supervisora Área	Supervisora de Unidad
POLICLINICAS	1		Hongo nº 4			Supervisora Área	Supervisora de Unidad
			Radioterapia	0	2	Supervisora Área	Supervisora de Unidad
			Test esfuerzo	1	1	Supervisora Área	Supervisora de Unidad
			Sala de extracciones	0	1	Supervisora Área	Supervisora de Unidad
			Oftalmología	0	1	Supervisora Área	Supervisora de Unidad
		M Nuclear	0	1	Supervisora Área	Supervisora de Unidad	
RADIOLOGÍA	0			0	3	Supervisora Área	Supervisora de Unidad
H DIA QUIRÚRGICO			Unidad	0	1	Supervisora Área	Enfermera responsable
LITOTRICA	1		Unidad	0		Supervisora Área	Enfermera responsable



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

## ATENCIÓN A LA PARADA CARDIO RESPIRATORIA

Marzo 2011

Edición: 01  
POCAL021



COMISIÓN de RCP

CENTRO	UNIDAD/SERVICIO	CARRO DE PARADAS	CARRO ACONDICIONADO	UBICACIÓN	DESFIBRILADOR	CAJA PARADAS	RESPONSABLE CP	RESPONSABLE SUPERVISIÓN PERIODICA CP
CMI	4º Dcha Lactantes	(Cerrada)	0	Sala de paradas	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	4º Centro Ucma	1		Control	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	4º Centro Presco		1	Sala de curas	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	4º Izda Neonato			Unidad	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	3º Dcha Escolares		1	Sala de curas	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	3º Centro Onco		1	Sala de curas	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	3º Izda Patología m		1	Sala de curas	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	2º Dcha Toco		1	Sala de curas	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	2º Centro UCI	1		Unidad	1		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	2º Centro REA	1		Unidad	1		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	2º Izda Fecunda							
	1º Dcha Toco		1	Box de RN	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	1º Centro Gine		1	Sala de curas	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	1º Salud Bucodental					1	Supervisora Área	Enfermera responsable
	1º Izda Hosp Día	1		Unidad	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	Pta baja Partos	1		Paritorio grande	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	Pta S Urgencias	1		Boxes de corta	1		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
Radiología	0	0		0	1	Supervisora Área	Supervisora de Unidad	



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

## ATENCIÓN A LA PARADA CARDIO RESPIRATORIA

Marzo 2011

Edición: 01  
POCAL021



COMISIÓN de RCP

### MAPA DE CARROS DE PARADAS Y DESFIBRILADORES HUCA

(Anexo I cont)

CENTRO	UNIDAD/SERVICIO	CARRO DE PARADAS	CARRO ACONDICIONADO	UBICACIÓN	DESFIBRILADOR	CAJA PARADAS	RESPONSABLE CP	RESPONSABLE SUPERVISIÓN PERIODICA CP
C GENERAL	6º HEMATOLOGÍA	0		H. día - Aféresis	0	2	Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	UVI	1		Unidad	2		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	INTERMEDIOS	1		Unidad	1		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	5º II	1		Pasillo	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	4º II	1		Sala de curas	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	4º ID	1		Sala de curas	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	3ºII	1		Sala medicación	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	3ºID	1		Sala de curas	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	2º II	1		Control sucio	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	2ºID	1		Sala de curas	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	1º II	1		Sala de curas	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	1º ID	1		Sala de curas	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	URGENCIAS	2		Unidad	5		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
	RADIOLOGÍA	1			1	6	Supervisora Área	Supervisora de Unidad



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

## ATENCIÓN A LA PARADA CARDIO RESPIRATORIA

Marzo 2011

Edición: 01  
POCAL021



COMISIÓN de RCP

1° DD	1		Sala de curas	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
1° DI ENDOSCOPIAS	1		Control	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
2° DD	1		Sala de curas	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
2° DI	0	1	Unidad	1		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
3° DD	1		Control	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
3° DI	1		Control	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
4° DD	1		Control	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
4° DI REA	0	2	Unidad	1		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
5° DD	1		Sala de curas	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
5° DI	1		Control	0		Supervisora Área	Supervisora de Unidad
			Tx. Hematopoyético		1	Supervisora Área	Supervisora de Unidad

 <p>SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS</p>	<p><b>ATENCIÓN A LA PARADA CARDIO RESPIRATORIA</b></p>	 <p><b>COMISIÓN de RCP</b></p>
	<p>Marzo 2011</p>	
	<p>Edición: 01 Cod: POCAL021</p>	

(Anexo II)

**MATERIAL CARRO DE SOPORTE VITAL AVANZADO**

**Código de precinto (si lo hubiere):**

**Fecha de cumplimentación:**

**Fecha de apertura programada:**

**BANDEJA SUPERIOR O PRIMER CAJON (Pacientes adultos)**

**MATERIAL PARA APERTURA DE VIA AEREA Y VENTILACION.**

Material	Cantidad	Fecha de caducidad
Alargadera de O <sub>2</sub> .	1	
Apósitos 9*9, 9*15	2/2	
Aspirador de boca tipo yankahuer	1	
Bombillas repuesto	1	
Cinta para fijar tubos endotraqueales.	1	
Esparadrapo antialérgico	1	
Fiadores de tubos endotraqueales.	1	
Filtro antimicrobiano ambú	1	
Gafas O <sub>2</sub>	1	
<b>Guedel n<sup>o</sup> 3,4</b>	2 por n <sup>o</sup>	
Hoja de bisturí n <sup>o</sup> 11	2	
Laringoscopio con palas	1	
Lubricante hidrosoluble en spray.	1	
Mascarilla con borde almohadillado para la ventilación artificial.	1	
Mascarilla con reservorio	1	
Mascarilla de O <sub>2</sub> tipo venturi.	1	
Mix o mask	1	
Pilas de repuesto.	2	
Pinza de disección	1	
Pinzas de Magill adultos.	1	
Portaagujas	1	
Seda 2/0, con aguja	2	
Sondas aspiración n <sup>o</sup> 14, 16	3 por n <sup>o</sup>	
Tubos de extracción Bq, Hemos, Coag	2/2/2	
Tubos endotraqueales con balón de baja presión: 6, 7, 8	2 por n <sup>o</sup>	
Ventilador manual tipo balón (Ambú)	1	

**El ambú debe estar preparado con filtro, mascarilla y alargadera**

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	<b>ATENCIÓN A LA PARADA  CARDIO RESPIRATORIA</b>	 <b>COMISIÓN de RCP</b>
	Marzo 2011	
	Edición: 01 Cod: POCAL021	

(Anexo II cont)

**MATERIAL CARRO DE SOPORTE VITAL AVANZADO**

**Código de precinto (si lo hubiere):**

**Fecha de cumplimentación:** Fecha de apertura programada:

**BANDEJA SUPERIOR O PRIMER CAJON (Pacientes Pediátricos)**

***MATERIAL PARA APERTURA DE VIA AEREA Y VENTILACION.***

Material	Cantidad	Fecha de caducidad
Alargadera de O2.	1	
Apósitos 9*9, 9*15	2/2	
Aspirador de boca tipo yankahuer	1	
Bombillas repuesto	1	
Cinta para fijar tubos endotraqueales.	1	
Esparadrapo antialérgico	1	
Fiadores de tubos endotraqueales.	1	
Filtro antimicrobiano ambú	1	
Gafas O2	1	
Guedel nº 1, 2,3	2 por nº	
Hoja de bisturí nº 11	2	
Laringoscopio con palas	1	
Lubricante hidrosoluble en spray.	1	
Mascarilla con borde almohadillado para la ventilación artificial.	1	
Mascarilla con reservorio	1	
Mascarilla de O2 tipo venturi.	1	
Mix o mask	1	
Pilas de repuesto.	2	
Pinza de disección	1	
Pinzas de Magill pediátrica.	1	
Portaagujas	1	
Sondas aspiración nº 6, 8, 10 y 12	3 por nº	
Tubos de extracción Bq, Hemos, Coag	2/2/2	
Tubos endotraqueales con balón de baja presión: 2, 3, 4 y 5	2 por nº	
Ventilador manual tipo balón (Ambú)	1	

***El ambú debe estar preparado con filtro, mascarilla y alargadera***

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	<b>ATENCIÓN A LA PARADA  CARDIO RESPIRATORIA</b>	 <b>COMISIÓN de RCP</b>
	Marzo 2011	
	Edición: 01 Cod: POCAL021	

(Anexo II cont)

**MATERIAL CARRO DE SOPORTE VITAL AVANZADO**

**Código de precinto (si lo hubiere) :**

**Fecha de cumplimentación:**      **Fecha de apertura programada:**

SEGUNDO CAJON O PARTE INFERIOR (*Pacientes adultos*)

VIA VENOSA

Material	Cantidad	Fecha de caducidad
Agujas desechables IM, IV	6 de cada	
Agujas venojet	4	
Antiséptico	1	
Cateter Central tipo "Drum <sup>®</sup> "	2 unidades	
Catéter periférico: nº 16,18, 20	2 por nº	
Compresor venoso elástico.	2	
Equipos perfusión IV	3	
Esparadrapo de tela.5x5	1	
Gasas estériles	4	
Guantes Estériles 6,5;7;8	2 por nº	
Jeringas desechables de 20, 10, 5 ml	2 de cada	
Jeringas gases	2	
Llaves de tres pasos.	2	
Tubos analítica (Hemograma y Bioquímica)	2 de cada	
Venojet	1	
Vía central 7F 2 luces	1	

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	<b>ATENCIÓN A LA PARADA  CARDIO RESPIRATORIA</b>	 <b>COMISIÓN de RCP</b>
	Marzo 2011	
	Edición: 01 Cod: POCAL021	

(Anexo II cont)

**MATERIAL CARRO DE SOPORTE VITAL AVANZADO**

**Código de precinto (si lo hubiere) :**

**Fecha de cumplimentación:**      **Fecha de apertura programada:**

SEGUNDO CAJON O PARTE INFERIOR (*Pacientes Pediátrico*)

VIA VENOSA

Material	Cantidad	Fecha de caducidad
Agujas desechables IM, IV	6 de cada	
Agujas venojet	4	
Antiséptico	1	
Catéter periférico: nº 20, 22 y 24	3 por nº	
Compresor venoso elástico.	2	
Equipos bomba	2	
Equipos perfusión IV	3	
Esparadrapo de tela.5x5	1	
Gasas estériles	4	
Guantes Estériles 6,5;7;8	2 por nº	
Jeringas desechables de 20, 10, 5 y 2 ml	3 de cada	
Jeringas gases	2	
Llaves de tres pasos.	2	
Sistemas de goteo	2	
Tubos analítica (Hemograma, Bioquímica y coagulación)	2 de cada	
Venojet	1	
Vía central 1 y 2 luces	1	

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	<b>ATENCIÓN A LA PARADA  CARDIO RESPIRATORIA</b>	 <b>COMISIÓN de RCP</b>
	Marzo 2011	
	Edición: 01 Cod: POCAL021	

(Anexo II cont)

**MATERIAL CARRO DE SOPORTE VITAL AVANZADO**

**Código de precinto (si lo hubiere):**

**Fecha de cumplimentación:** Fecha de apertura programada:

**3º CAJON O PARTE INFERIOR**

**MEDICACION**

Material	Cantidad	Fecha de caducidad
Amp de Solución salina 0.9%	10	
<b>Caja de medicación de urgencia precintada</b> (Adrenalina 1 mg/10amp., Atropina 1mg 5 amp, Bicarbonato 1M 250ml, CLNA 10% 3 amp, Diazepam 10mg 3amp, Dopamina 200mg 5 amp, Lidocaina 1% 3 amp, Tiobarbital 500mg 1 vial)	1	
Adenosina 3ml/ml (Adenocor® amp 2ml)	6	
Adrenalina 1mg/ml, jeringas precargadas 1ml	5	
Agua bidestilada ampolla 10 ml	10	
Amiodarona 50 mg/ml (Trangorex® amp. 3ml)	5	
Anectine (Ver SUXAMETONIO, mas abajo)	2	
Atenolol 0.5 mg/ml (Tenormin® ampolla de 10 ml)	5	
Bicarbonato Sódico 1M 8.4% (1meq/ml)amp de 10 ml	5	
Etomidato 2mg/ml (Etomidato-Lipuro®), amp 10 ml	3	
Flumaceniil (Anexate®) 0.5 mg/5ml	3	
Glucosa 50% 500mg/ml (glucosmón R-50®, amp 20 ml)	4	

 <p>SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS</p>	<p><b>ATENCIÓN A LA PARADA CARDIO RESPIRATORIA</b></p>	 <p><b>COMISIÓN de RCP</b></p>
	<p>Marzo 2011</p>	
	<p>Edición: 01 Cod: POCAL021</p>	

Hidrocortisona (Actocortina <sup>®</sup> ) viales de 100mg	2	
Lidocaina 5% (50mg/ml amp 10 ml)	5	
Midazolam amp 1mg/ml (Domicum <sup>®</sup> amp de 5 ml)	10	
Naloxona 0.4 mg/ml (Naloxone <sup>®</sup> , amp 1 ml)	5	
Propofol Lipuro 1% 10 mg/ml (Propofol, amp de 20 ml)	5	
Relajantes musculares (suxametonio, rocuronio, vecuronio, atracurio, cisatracurio)	5 "EN NEVERA"	
Sulfato de magnesio al 15%, ampollas de 1500 mg/10ml		
Verapamilo 2,5 mg/ml (manidón <sup>®</sup> , ampolla de 2 ml.)	5	
Solumoderin 500 mg	1	
Urbasón 20 y 40 mg	1 de cada	

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	<b>ATENCIÓN A LA PARADA  CARDIO RESPIRATORIA</b>	 <b>COMISIÓN de RCP</b>
	Marzo 2011	
	Edición: 01 Cod: POCAL021	

(Anexo II)

**MATERIAL CARRO DE SOPORTE VITAL AVANZADO**

**Código de precinto (si lo hubiere):**

**Fecha de cumplimentación:** Fecha de apertura programada:

FLUIDOTERAPIA

Material	Cantidad	Fecha de caducidad
Bicarbonato 1/6M	1	
Bicarbonato 1 molar	1	
Voluvent	1	
Suero fisiológico 0,9% 500cc y 100cc	1	
Suero Glucosado 5% 500cc y 250cc	1 de cada	
Ringer lactado	1 de cada	

Material	Cantidad
Vacuometro con canister	1
Caudalímetro de O2	1
Linterna + pila	1
Filtros recambio Ambú	3
Caja prótesis dental	1
Bata estéril	2

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	<b>ATENCIÓN A LA PARADA  CARDIO RESPIRATORIA</b>	 <b>COMISIÓN de RCP</b>
	Marzo 2011	
	Edición: 01 Cod: POCAL021	

(Anexo III)

## CAJA DE FARMACIA

<b>SERVICIO DE FARMACIA</b>		
<b>CAJA DE PARADA CARDIORESPIRATORIA</b>		
ADRENALINA 1mg	10	AMPOLLAS
ATROPINA 1mg	5	AMPOLLAS
BICARBONATO SODICO 1 M	250	ML
CLORURO CALCICO 10%	3	AMPOLLAS
DIAZEPAN 10 MG	3	AMPOLLAS
DOPAMINA 200 mg	5	AMPOLLAS
LIDOCAINA 1%	3	AMPOLLAS
TIOBARBITAL 500 mg	1	VIAL
<b>INSTRUCCIONES:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consérvense intactos los precintos, a menos que por urgencia se precise abrir la caja. Ello asegura que la caja esté completa.</li> <li>• Una vez abierta o rotos los precintos, por cualquier causa, deberá devolverse al Servicio de Farmacia, en el más breve plazo posible, indicando el Servicio del cual procede.</li> </ul>		
<b>CADUCIDAD</b> .....		



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

**ATENCIÓN A LA PARADA  
CARDIO RESPIRATORIA**

Marzo 2011

Edición: 01  
POCAL021



**COMISIÓN de RCP**

DIA	Centro: Unidad:  <b>REGISTRO Y SUPERVISIÓN DE DESFIBRILADOR</b>	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Desfibrilador Manual	Firma	
1															Revisión diaria de:	
2															1 Está enchufado	
3															2 Existencia de papel	
4															3 Carga/descarga de palas	
5															4 Estado de carga de la batería	
6															5 Existencia y caducidad de placas	
7															6 Existencia y caducidad de gel	
8															7 Existencia y caducidad de electrodos	
9																
10															<b>Desfibrilador con marcapasos</b>	
11															Además de lo anteriormente descrito:	
12															8 Existencia de cable	
13															9 Existencia y caducidad de placas	
14																
15																
16															Una vez revisado en la celda	
17															correspondiente al día, se anotará:	
18															* Conforme= C	
19															* No conforme= NC	
20															En este último supuesto, se anotará el	
21															tipo de incidencia, procediendo a su	
22															solución urgente	
23																
24																
25																
26																
27																
30																
31																

(Anexo IV)

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	<b>ATENCIÓN A LA PARADA  CARDIO RESPIRATORIA</b>	 <b>COMISIÓN de RCP</b>
	Marzo 2011	
	Edición: 01 POCAL021	

Anexo IV cont.)

Fecha	Situación de no conformidad nº	Solución adoptada	Resuelto	Revisión	Firma

 <b>SERVICIO DE SALUD</b> DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	<b>ATENCIÓN A LA PARADA          CARDIO RESPIRATORIA</b>	 <b>COMISIÓN de RCP</b>
	Marzo 2011	
	Edición: 01 POCAL021	

(Anexo V)

## REGISTRO Y SUPERVISIÓN DE CARRO DE PARADAS

Centro:

Unidad:

Mes	Día	Código Actual	Código post apertura	Incidencia / Solución	Nombre	Firma

 <b>SERVICIO DE SALUD</b> DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	<b>ATENCIÓN A LA PARADA          CARDIO RESPIRATORIA</b>	 <b>COMISIÓN de RCP</b>
	Marzo 2011	
	Edición: 01 POCAL021	

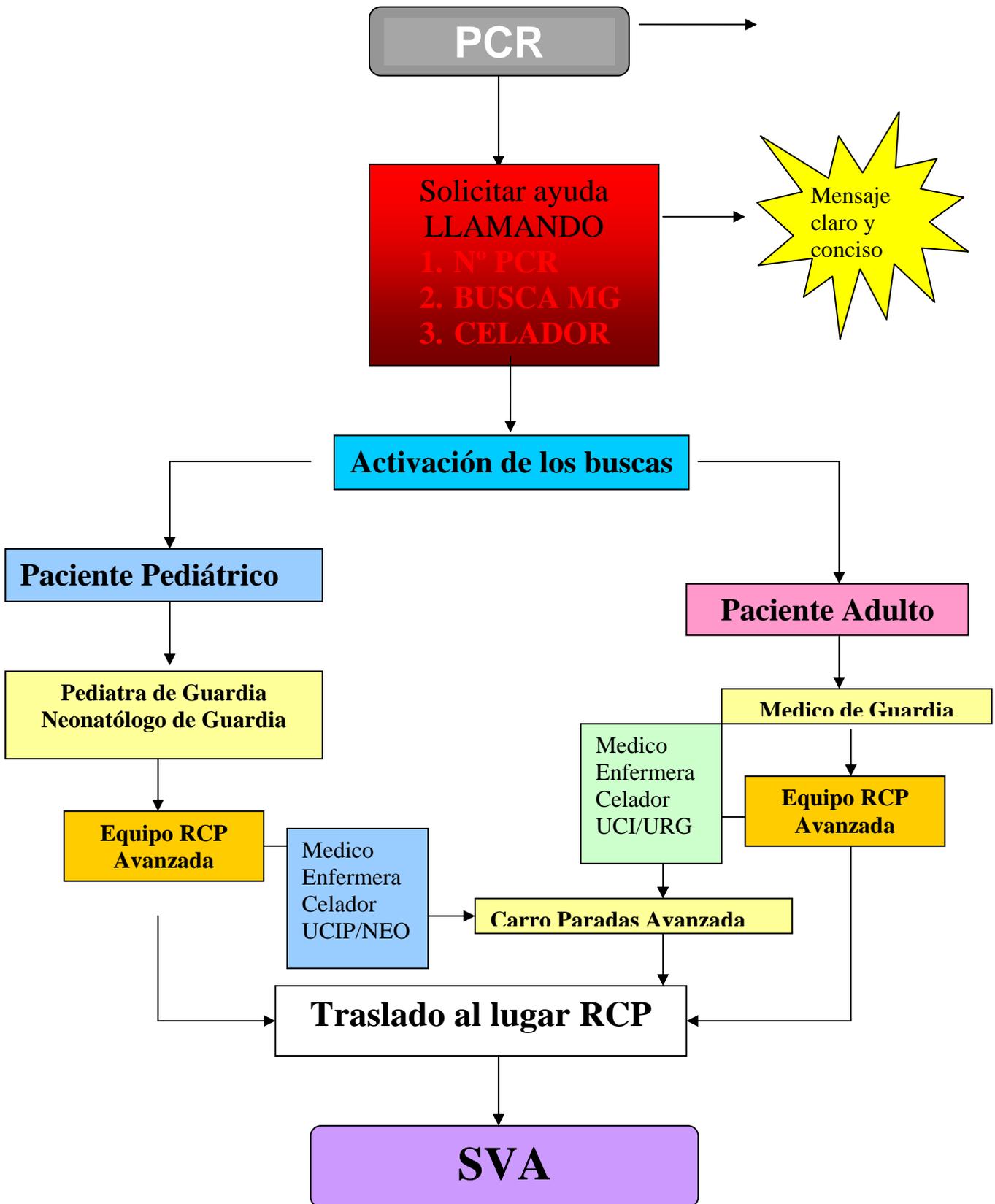
(Anexo VI)

## REGISTRO APERTURA URGENTE DE CARRO DE PARADAS

Centro:

Unidad:

Fecha	Código Actual	Nombre Apellidos (profesional que realiza la apertura)	Motivo	Repuesto y Sellado	Código post apertura	Firma



 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	<b>ATENCIÓN A LA PARADA  CARDIO RESPIRATORIA</b>	 <b>COMISIÓN de RCP</b>
	Marzo 2011	
	Edición: 01 POCAL021	

## LIMPIEZA AMBÚ

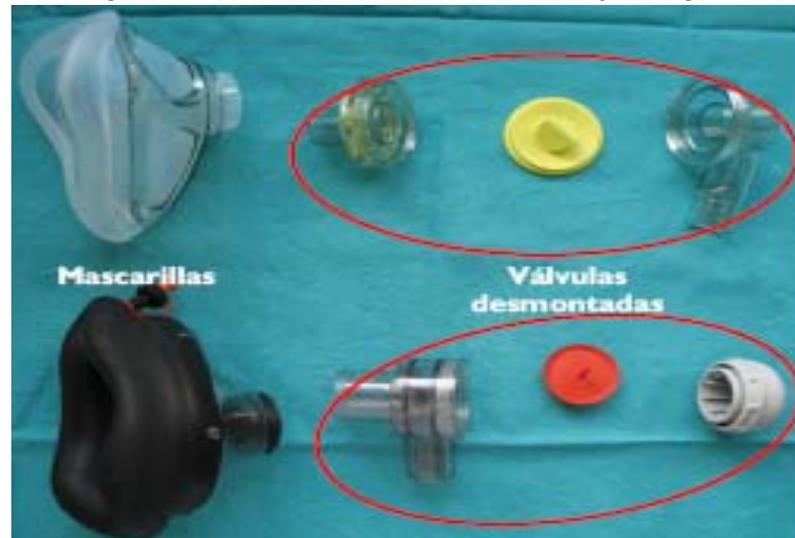
### Limpieza manual:

Aclarar en agua fría y sumergir las piezas en agua caliente que contenga un detergente tipo lavavajillas.

Limpiar en profundidad todas las superficies utilizando una esponja si es necesario. Aclarar en agua templada y dejar secar todos los componentes.

### Desinfección de alto nivel:

La mascarilla y la válvula desmontada se introducirán en ácido peracético, durante 10 minutos. (*Anioxyde 1000<sup>®</sup>*)



La bolsa-balón y el reservorio se desinfectarán sin inmersión, utilizando Cloruro de didecildimetilamonio (*SurfaSafe<sup>®</sup>*).



los restos de desinfectante de forma minuciosa en agua estéril y dejar secar (muy importante que no queden restos de humedad que favorezcan posibles recontaminaciones). Una vez montado se colocará filtro y alargadera y se introducirá en bolsa cerrada.

Tanto el resucitador de ambú como las mascarilla (si no es de caucho) permiten su esterilización en ciclos no gravitatorios (121-134°). Se deberán separar ambas piezas. Para la esterilización de la mascarilla, se deberá dejar abierta la válvula de bloqueo que trae ésta. La válvula se cierra en el proceso de lavado y

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	<b>ATENCIÓN A LA PARADA  CARDIO RESPIRATORIA</b>	 <b>COMISIÓN de RCP</b>
	Marzo 2011	
	Edición: 01 POCAL021	

## LIMPIEZA MATERIAL RCP

### Limpieza manual:

Aclarar en agua fría y sumergir las piezas en agua caliente que contenga un detergente tipo lavavajillas.

Limpiar en profundidad todas las superficies utilizando una esponja si es necesario. Aclarar en agua templada y dejar secar todos los componentes. La limpieza del mango del laringoscopio se realizará sin inmersión (compresas sumergidas en detergente-compresa en agua estéril-compresa seca).

### Desinfección:

El laringoscopio se introducirá ácido peracético, durante 10 minutos (*Anioxyde 1000*<sup>®</sup>). El mango se desinfectará con *Surfasafe*<sup>®</sup>.



Las pinzas de Magill permiten su esterilización por vapor (134°). Se les dará igual tratamiento que al material instrumental de curas. Se puede realizar desinfección de alto nivel con ácido peracético, durante 10 minutos (*Anioxyde 1000*<sup>®</sup>).



Aclarar los restos de desinfectante de forma minuciosa en agua estéril y dejar secar. El *Surfasafe*<sup>®</sup> en el mango del laringoscopio se utilizará según instrucciones del producto. La solución de ácido peracético se preparará 30' antes de su uso.

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	<b>ATENCIÓN A LA PARADA CARDIO RESPIRATORIA</b>	 <b>COMISIÓN de RCP</b>
	Marzo 2011	
	Edición: 01 POCAL021	

## CLASIFICACIÓN y RIESGO DEL MATERIAL RESPIRATORIO y de ANESTESIA

### ¿Qué debemos desinfectar y qué esterilizar?

Material **CRÍTICO**: es aquél que entrará en contacto con cavidades estériles del organismo. Requiere siempre **ESTERILIZACIÓN**.

Material **SEMI-CRÍTICO**: es aquél que entrará en contacto con mucosa o piel no intacta. Requiere **DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL**.

Material **NO CRÍTICO**: es aquel que estará en contacto con piel intacta. Requiere **DESINFECCIÓN DE MEDIO O BAJO NIVEL**.

CATEGORÍA	CRÍTICO	SEMICRÍTICO	NO CRÍTICO
Material	Catéter endovenoso, catéter cardíaco, instrumental quirúrgico, artroscopio...	Broncoscopio, gastroscopio, laringoscopio, espéculo vaginal...	Termómetros, cuñas, fonendoscopios, desfibriladores...
Contacto con	Tejidos estériles Cavidades estériles Sistema vascular	Membranas mucosas Mucosas Piel no intacta	Piel intacta
Tratamiento del material	Esterilización	Desinfección de alto nivel	Desinfección de intermedio o bajo nivel

### Tabla de Clasificación:

NIVEL DE DESINFECCIÓN	DESINFECTANTE
Alto	Glutaraldehído 2%, peróxido de hidrógeno 6%, ácido peracético, amina+amonio
Intermedio-alto	Compuestos clorados
Intermedio	Alcohol, iodóforos
Intermedio-bajo	Fenoles, clorhexidina
Bajo	Amonios cuaternarios

EJEMPLOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN EN CLÍNICA		
MATERIAL	LIMPIEZA	DESINFECCIÓN
Balón de oxigenación y conexiones	Aqua y detergente	Glutaraldehído 2% . Aclarado agua estéril
Laringoscopio	Aqua y detergente	Glutaraldehído 2% . Aclarado agua estéril
Instrumental quirúrgico	Aqua y detergente	Esterilización
Termómetros, fonendoscopio, batea metálica, tensiómetro	Aqua y detergente	Solución de clorhexidina 0,5% y alcohol 70º
Cuñas, botellas de orina, frascos aspiración	Aqua y detergente	Lejía 1:10
Superficies metálicas (baldas, carros de curas, lámparas, mesa instrumental...)	Aqua y detergente si precisa	Desinfectante recomendado
Superficies no metálicas (suelos, paredes, mobiliario, sanitarios...)	Aqua y detergente	Lejía 1:10



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

## ATENCIÓN A LA PARADA CARDIO RESPIRATORIA

Marzo 2011

Edición: 01  
POCAL021



COMISIÓN de RCP

MATERIAL	RIESGO	CLASIFICACIÓN DE RIESGO	DESINFECCIÓN TIPO	ESTERILIZACIÓN VAPOR	FRECUENCIA PROCEDIMIENTO
Pinzas Magill	MEDIO	SEMICRÍTICO	DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL	SÍ	CADA USO
Fiadores Tubo	MEDIO	SEMICRÍTICO	DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL	SÍ	CADA USO
Mangueras Ventilación	BAJO (Si filtro)	NO CRÍTICO (Si Filtro)	TERMODESINFECCIÓN	SÍ, excepto cauchos	DIARIO
Codos conexiones	BAJO (Si filtro)	NO CRÍTICO (Si Filtro)	DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL	SÍ en infecciosos	DIARIO
Fuelles / bolsas	BAJO (Si filtro)	NO CRÍTICO (Si Filtro)	DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL	SÍ, excepto cauchos	DIARIO
Ambú	BAJO	NO CRÍTICO	DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL	SÍ en infecciosos	CADA USO
Mascarilla Ambú	BAJO	NO CRÍTICO	DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL	SÍ en infecciosos	CADA USO
Pala Laringoscopio	MEDIO	SEMICRÍTICO	DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL	NO	CADA USO
Mango Laringoscopio	BAJO	NO CRÍTICO	DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL (en seco)	NO	CADA USO
Mascarilla Laringea	MEDIO	SEMICRÍTICO	DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL	SÍ	CADA USO
Gasómetros / Caudalímetros	BAJO	NO CRÍTICO	DESINFECCIÓN SUPERFICIES	NO	DIARIO
Aparataje y Monitores	BAJO	NO CRÍTICO	DESINFECCIÓN SUPERFICIES	NO	DIARIO y CADA USO

**PARA LOS MATERIALES CLASIFICADOS COMO SEMICRÍTICOS (contacto con MUCOSAS y PIEL NO INTACTA),  
-SIEMPRE QUE SEA POSIBLE- ES PREFERIBLE MATERIAL DE UN SOLO USO (DESECHABLE)**