

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 1 de 50

PROTOCOLO TRANSVERSAL A LOS PROCESOS

Misionales: Servicios de urgencias- Servicios Hospitalarios, Servicios Ambulatorios- Apoyo diagnóstico y terapéutico.

POBLACIÓN OBJETO

Este protocolo aplica para los pacientes adultos y pediátricos que se presentan intrahospitalariamente en paro cardiorrespiratorio, entendido como:

- Paciente que no responde al llamado o estímulo.
- Paciente en quien no se detecta pulso carotideo en un lapso de al menos 10 segundos.
- Paciente que no respira o solo jadea/boquea
- Pacientes en emergencias cardiovasculares tipo bradicardia o taquicardia.

Para los objetivos del protocolo, se adoptan las definiciones de edades que se encuentran en el libro Soporte Vital Básico, libro del proveedor, 2016, de la AHA, según la cual:

- Adulto se define como adolescente (a partir del comienzo de la pubertad) y mayores
- Niños se define como de 1 año hasta la pubertad.
- Lactantes son los menores de 1 año excepto los recién nacidos que se encuentran en sala de partos.

RESPONSABLES

Médicos generales, Médicos especialistas, Personal de enfermería (enfermeras jefes y auxiliares), Personal de Admisiones de los servicios de urgencias, hospitalización.

OBJETIVO

Estructurar una guía que tenga los lineamientos y las acciones a desarrollar dentro del proceso de atención de pacientes en paro cardiorrespiratorio de tal forma que se garantice un proceso de calidad, oportuno y coordinado que lleve a la atención de forma segura y a mejorar la evolución de los pacientes que ingresen a la E.S.E Carmen Emilia Ospina en población adulta y pediátrica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Prevenir la anoxia cerebral y/o muerte.
- Valorar y restablecer el gasto cardíaco.
- Permeabilizar y mantener ventiladas las vías respiratorias.
- Aplicar las secuencias de evaluación de soporte vital básico y avanzado para llevar a cabo un reconocimiento temprano, una evaluación sistemática y una intervención oportuna a cargo de equipos de reanimación.
- Realizar el manejo temprano del paro cardíaco hasta finalizar la reanimación o transferir el cuidado del paciente, incluida la atención inmediata postparto cardíaco.
- Establecer con claridad el papel específico de cada uno de los miembros que conforman el grupo de reacción inmediata ante la activación del **CÓDIGO AZUL**, para

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92



ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 2 de 50

obtener el mejor beneficio para el paciente, prevenir secuelas y casos de muerte.

- Evaluar los esfuerzos de reanimación durante un paro cardíaco por medio de la evaluación continua de la calidad de la reanimación cardiopulmonar, la monitorización de la respuesta fisiológica del paciente y a transmisión de información en tiempo real al equipo.
- Determinar algunas consideraciones especiales para el manejo del código azul en los pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19 (atención de parada cardíaca en paciente COVID-19).

DEFINICIONES

El protocolo de código azul, es un procedimiento de alerta, llamado y respuesta inmediata que implica el esfuerzo en conjunto de un grupo de personas debidamente entrenadas para trabajar coordinadamente reduciendo así los tiempos de atención y la morbilidad de los pacientes en paro cardiorespiratorio.

LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR:

Procedimiento básico de emergencia que ayuda a mantener la vida de un paciente, ya que incluye las medidas necesarias para proporcionar una ventilación y circulación eficaz, cuando ha dejado de funcionar el sistema respiratorio y el sistema circulatorio de un paciente. Comprende la respiración artificial y el masaje cardíaco. Es un procedimiento interdisciplinario que requiere ser iniciado tan pronto se determine o diagnostique el paro.

ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO AZÚL:

La activación la hará la persona designada por el primero que sospeche un Paro Cardio-Respiratorio o el primero que lo presencie en cualquier persona del hospital (paciente que no responde al llamado y estímulo táctil). La activación del Código Azul por el llamado del toque intermitente del timbre que se ubica encima de la camilla de urgencias junto a la puerta, generará como respuesta inmediata: Acudirán a la sala de urgencias donde está el paciente, el personal médico y las enfermeras.

- **Actividad eléctrica sin pulso:** Ritmicidad eléctrica continuada del corazón en ausencia de función mecánica eficaz.
- **Bradycardia:** ritmo cardíaco originado en el nodo SA con frecuencia lenta menor a 60 latidos por minuto, puede ser de origen fisiológico o un signo clínico patológico.
- **Cardioversión sincronizada:** Uso de un sensor para administrar una descarga que está sincronizada con un pico del complejo QRS
- **Fibrilación ventricular:** Contracciones flúter descoordinadas muy rápidas de los ventrículos
- **Paro cardíaco:** Cese temporal o permanente del latido cardíaco
- **Reanimación cardiopulmonar (RCP):** Procedimiento de emergencias básico para el

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

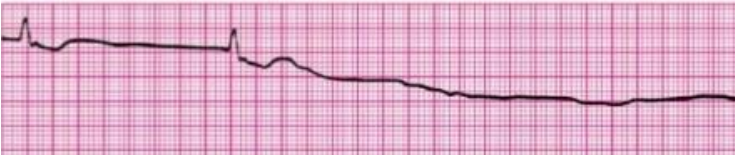
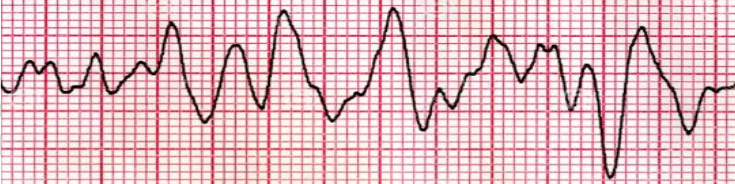
WHATSAPP
304 384 99 92


 ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL	
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023
	V6	PÁGINA 3 de 50

soporte vital, que consiste principalmente en el masaje cardíaco manual externo y en algún tipo de respiración artificial

- **Secuencia de intubación rápida:** es un procedimiento diseñado para minimizar el tiempo necesario en el aseguramiento de la vía aérea mediante la colocación de un tubo endotraqueal en pacientes con alto riesgo de broncoaspiración, especialmente en situaciones de emergencia.
- **Soporte vital básico (SVB):** Tratamiento de emergencia de una víctima de paro cardíaco a través de la reanimación cardiopulmonar y la atención cardiovascular de emergencia
- **Soporte vital cardiovascular avanzado (SVCA):** Procedimiento de emergencia médica en los que los esfuerzos de soporte vital básico de la RCP se complementan con la administración de fármacos, líquidos IV, etc.
- **Taquicardia ventricular (TV):** Latido cardíaco rápido que se origina en una de las cámaras inferiores (ventrículos) del corazón
- **Taquicardia supraventricular (TSV):** ritmo cardiaco originado en el nodo SA o encima de él. Sus ritmos son taquicardia sinusal, fibrilación o flutter auricular o TSV por reentrada.

Asistolia		Ausencia de actividad eléctrica
Bloqueo AV completo		Ondas P que no van seguidas de QRS
Fibrilación Ventricular Lenta		Actividad eléctrica muy escasa y desorganizada
Fibrilación Ventricular Rápida		Abundante actividad eléctrica, persistiendo la desorganización

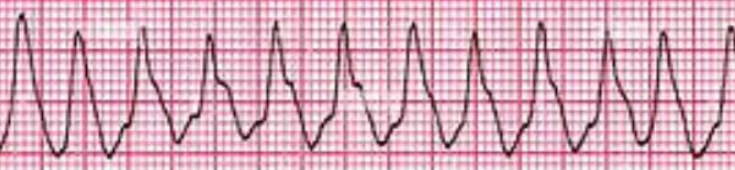
Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92


 ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 4 de 50

Taquicardia Ventricular sin pulso central		Complejos de morfología aberrante
Cualquier Ritmo sin pulso central		Ondas P seguidas de QRS

MATERIALES

1. MATERIALES Y EQUIPO

DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE REANIMACIÓN:

- Bomba de vacío para aspiración.
- Monitores de signos vitales.
- Carro de Paro con desfibrilador. (Componentes).

Se contará con un carro de paro completamente equipado, con dotación para reanimación de pacientes adultos y pediátricos en el mismo carro; debe incluir un atril para disposición de líquidos, gel para aplicar a las paletas del desfibrilador, paletas pediátricas.

Equipo de vía aérea y respiración:

ELEMENTO MEDICOQUIRÚRGICO O DISPOSITIVO MÉDICO	CANTIDAD
Cánula de Guedel 1	2
Cánula de Guedel 2	2
Cánula de Guedel 3	2
Cánula de Guedel 4	2
Cánula de Guedel 5	2
Cánula oxígeno adulto	2
Cánula oxígeno pediátrico	2
Guía endotraqueal adulto	2
Guía endotraqueal pediátrica	1
Macarilla venturi pediátrico	2
Mascarilla venturi adulto	2
Sonda Nasogátrica No. 6	2
Sonda Nasogátrica No. 8	2
Sonda Nasogátrica No. 10	2

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92


 ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 5 de 50

Sonda Nasogátrica No. 12	2
Sonda Nasogátrica No. 14	2
Sonda Nasogátrica No. 16	2
Sonda Nasogátrica No. 18	2
Tubo endotraqueal 2,5	2
Tubo endotraqueal 3,0	2
Tubo endotraqueal 3,5	2
Tubo endotraqueal 4,0	2
Tubo endotraqueal 4,5	2
Tubo endotraqueal 5,0	2
Tubo endotraqueal 5,5	2
Tubo endotraqueal 6,0	2
Tubo endotraqueal 6,5	2
Tubo endotraqueal 7,0	2
Tubo endotraqueal 7,5	2
Tubo endotraqueal 8,0	2
Tubo endotraqueal 8,5	2
Tubo endotraqueal 9,0	2
Tubo endotraqueal 9,5	2
Guías semirígidas de intubación adulto	1
Guías semirígidas de intubación pediátrica	1
Laringoscopia adulto	1
Hoja curva No. 3 adulto	3
Hoja curva No. 2 adulto	1
Hoja recta No. 3 adulto	2
Hoja recta No. 2 adulto	3
Laringoscopia pediátrica	1
Hoja curva No. 1 pediátrica	2
Hoja curva No. 2 pediátrica	3
Hoja recta No. 0 pediátrica	2
Hoja recta No. 1 pediátrica	2
Pilas para laringoscopia	1
Bombillo para laringoscopia	1
Ambú adulto	1

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 **LÍNEA AMIGA**
863 2828

 **WHATSAPP**
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 6 de 50

Ambú pediátrico	2
Ambú neonatal	1
Bajalenguas	10
Máscara laríngea No. 2	1
Máscara laríngea No. 4	1
Filtro Viral/antibacterial hidrofóbico electrostático (HME)	2
Cánula de Succión Yankauer	2

Equipos para acceso venoso:

ELEMENTO MEDICOQUIRÚRGICO O DISPOSITIVO MÉDICO	CANTIDAD
Buretrol	3
Catéter No14	3
Catéter No 16	3
Catéter No 18	3
Catéter No 20	3
Catéter No 22	3
Catéter No 24	3
Equipo macrogoteo	3
Equipo microgoteo	3
Jeringas 1 cc	5
Jeringas 2 cc	5
Jeringas 3 cc	5
Jeringas 5 cc	5
Jeringas 10 cc	5
Jeringas 20 cc	2
Jeringas 50 cc	2

Medicamentos:

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN FARMACÉUTICA	CONCENTRACIÓN	CANTIDAD
Ácido acetil salicílico	Tableta	100 mg	10
Adenosina	Ampolla	6 mg/2 ml	3
Adrenalina	Ampolla	1 mg/1ml	10
Atropina	Ampolla	1mg/1ml	10
Bicarbonato	Ampolla	1mEq/10 ml	3

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92


 ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 7 de 50

Captopril	Tableta	25mg	10
Carbón activado	Sobre	50gr	3
Cloruro de potasio	Ampolla	20 meq / 10ml	5
Cloruro de sodio	Ampolla	20 meq/10ml	5
Dexametasona	Ampolla	4 mg/2ml	5
Diazepam	Ampolla	10mg/2ml	4
Digoxina	Ampolla	0,25 mg/1ml	2
Dobutamina	Ampolla	250 mg/20ml	2
Dopamina	Ampolla	200 mg/5ml	2
Fenitoina sódica	Ampolla	250 mg	5
Fenobarbital	Ampolla	200mg/1ml	2
Furosemida	Ampolla	20mg/2ml	5
Fentanilo	Ampolla	0,5 mg/10 ml	2
Gluconato de calcio	Ampolla	93mg / 10 ml	5
Haloperidol	Ampolla	5mg / 1ml	2
Heparina sódica	Ampolla	5.000 UI / 1ml	1
Hidrocortisona	Polvo estéril para inyección	100mg	5
Isosorbide dinitrato	Tableta Sublingual	5mg	10
Lidocaína al 2 % sin epinefrina	Frasco	Frasco	1
Lidocaína	Tubo	Jalea	1
Meperidina	Ampolla	100mg / 2ml	3
Metoprolol	Tableta	50mg	10
Metoprolol	Ampolla	5mg/5ml	2
Labetalol	Ampolla	100mg / 20ml	2
Midazolam	Ampolla	5mg/5 ml	4
Morfina	Ampolla	10mg / 1ml	3
Nitroglicerina	Ampolla.	50mg/10 ml	2
Noradrenalina	Ampolla	4 mg/4ml	4
Rocuronio	Ampolla	50 mg/5 ml	2
Sulfato de magnesio	Ampolla	1,5 g/10 ml	4
Succinilcolina	Ampolla	1g/10ml 40 mg/2 ml	2

Nota: Se presentó en el mes de octubre de 2020 alerta sanitaria del medicamento: AMIODARONA CLORHIDRATO 150 mg / 3 mL SOL. INY; producto que se requiere de orden de retiro, por parte del laboratorio e INVIMA y aún se encuentra en desabastecimiento.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 **LÍNEA AMIGA**
863 2828

 **WHATSAPP**
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 8 de 50

Líquidos endovenosos:

NOMBRE DEL LÍQUIDO	PRESENTACIÓN FARMACÉUTICA	CONCENTRACIÓN	CANTIDAD
Agua destilada	Bolsa	500 ml	2
DAD 5% (dextrosa en agua destilada al 5%)	Bolsa	500 ml (5 g/100 ml)	3
DAD 10% (dextrosa en agua destilada al 10%)	Bolsa	500 ml (10 g/100 ml)	3
Lactato Ringer (Hartman)	Bolsa	500 ml	5
SSN (Solución Salina Normal 0,9%)	Bolsa	500 ml	5

Material Médico - Quirúrgico:

ELEMENTO MEDICOQUIRÚRGICO O DISPOSITIVO MÉDICO	CANTIDAD
Cystoflo	2
Set de bombas de infusión	3
Electrodos	3
Torniquete	1
Gel conductor	1
Caja de guantes desechables no estériles	1
Guantes desechables estériles	1
Esparadrapo	1
Tijera Fuller	1
Corta Frío (Aplica sólo para urgencias)	1
Tabla rígida para compresiones (en la parte trasera del carro).	1
Cronómetro	1
Pinza Rochester para clampear el tubo orotraqueal después de realizar la intubación.	1
Pinza Magill	1
Niples	2
Caja de Taiwán (opcional)	1

Adicionalmente en cada uno de los carros estarán ubicadas las tarjetas de funciones de cada uno de los miembros del equipo de reanimación que deberán ser consultadas periódicamente

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92



 ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 9 de 50

por cada uno de los miembros asignados a las diferentes funciones, antes y durante la reanimación.

PROCEDIMIENTO

1. Cadena de supervivencia y activación del Código Azul

La reanimación con éxito tras un paro cardíaco requiere un conjunto de integrado de acciones coordinadas que se representan con los eslabones de la cadena de supervivencia de la AHA 2021. Según la edad y el escenario donde se presente el paciente, se aplicarán distintos tipos de cadenas de supervivencia como se describen a continuación:

Paro cardíaco intrahospitalario. (Figura 1):

Figura 1. Eslabones de la cadena de supervivencia adultos 2020 AHA



Figura 2. Eslabones de la cadena de supervivencia pediátrica 2020

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 10 de 50

INTRAHOSPITALARIA

PCIH



EXTRAHOSPITALARIA

PCEH



Activación del CÓDIGO AZUL

La E.S.E. Carmen Emilia Ospina cuenta con un sistema sonoro o timbre para activación del Código Azul en todas las sedes de la institución con atención de urgencias.

Cualquier miembro del equipo de salud puede activar el código azul según la secuencia de acciones que se explican en la cadena de llamado y el algoritmo de soporte vital. **Al activar el timbre se debe señalar, en voz alta y lo más fuerte posible, el grupo de edad y la ubicación del paciente**, por ejemplo: “Código azul pediátrico en sala de reanimación” y retornará al lado del paciente hasta que llegue el equipo de intervención de paro y se encargue de la situación. En ese momento, la persona que activo el código deberá indicarle al médico líder los detalles del evento y resumir las intervenciones y el tiempo estimado desde el colapso.

Si el código azul es activado a la llegada de un paciente en la institución (en ambulancia, o en automóvil) se le trasladará inmediatamente al área de reanimación; si el código es dentro de la institución (habitación de hospitalización, radiología, ecografía, laboratorio o cualquier otro

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

SE  **ESE Carmen Emilia Ospina**

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 11 de 50

servicio) se iniciará la RCP básico en el sitio del evento y la enfermera jefe se trasladará con el carro de paro al lugar del código azul.

La reanimación avanzada se realizará en el sitio adecuado más cercano ya sea sala de reanimación de urgencias, según lo amerite el caso, indicada por el LÍDER del equipo de reanimación.

Figura 3. Timbre de activación del código azul



2. Conformación y dinámica de equipo de intervención de paros cardíacos

En consideración a los recursos disponibles, la E.S.E. Carmen Emilia Ospina ha dispuesto un sistema de respuesta que incluya el Equipo de Intervención de Paros Cardíacos conformado de la siguiente forma:

- Un médico 1 o Líder
- Un médico 2 o de vía aérea
- Un Profesional de Enfermería
- Un Auxiliares de Enfermería 1 o de apoyo respiratorio
- Un Auxiliares de Enfermería 2 o de apoyo cardiovascular
- Un Auxiliares de Enfermería 3 o administrativo.

Primera actividad:

- La primera activación del sistema de emergencia (Voz de alarma), lo realizará el primer funcionario en detectar el PCR, para solicitar ayuda. Quedándose con el paciente.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 12 de 50



- La segunda activación del sistema de comunicaciones tras el PCR, se hará mediante la voz de alarma al equipo local, responsable del servicio.



- La tercera activación deberá hacerse por teléfono y/o código al médico encargado del servicio (médico de turno) o residente.



- La cuarta activación es una vez controlada la situación, con un paciente con el evento crítico inmediato solucionado, deberá existir un flujo de comunicación interno inicial liderado por el médico encargado del paciente al Médico del servicio en donde debe ser trasladado, reubicar así al paciente según nivel de complejidad y dependencia.

Reanimación cardiopulmonar: papel de la prevención del PCS (ERC 2021).

Sin duda alguna se deben implementar sistemas de alerta temprana, identificar con antelación a los enfermos cuyo estado de salud haya empeorado significativamente, debe constituir en crear un equipo multidisciplinar que, después de identificar al paciente en riesgo mortal, tome las medidas terapéuticas adecuadas para prevenir el paro cardíaco en la medida de lo posible.

En el caso de los paros cardíacos extrahospitalarios, aproximadamente 1/3 de los afectados presentan síntomas de alerta de un PCS días u horas antes del evento. Por lo tanto, es

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 **LÍNEA AMIGA**
863 2828

 **WHATSAPP**
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 13 de 50

importante tomar medidas que aumenten la concienciación de los pacientes con respecto a los síntomas que pueden preceder a un paro cardíaco, como el dolor torácico, la sensación de falta de aire, el desmayo o la sudoración excesiva.

Figura 4. Algoritmo de SVA (con base en las guías del ERC de 2021).

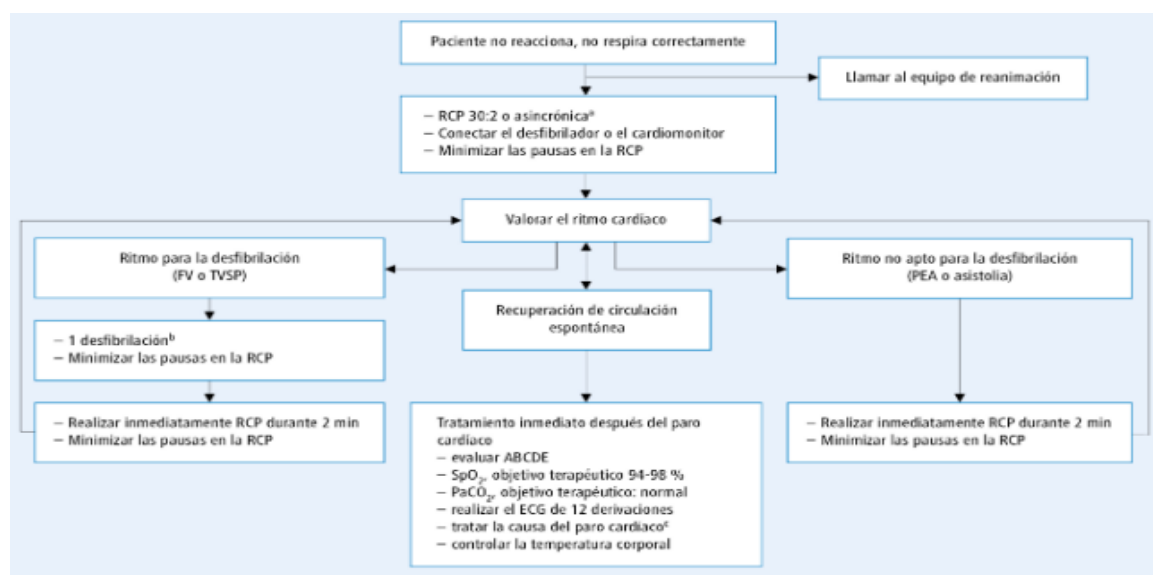
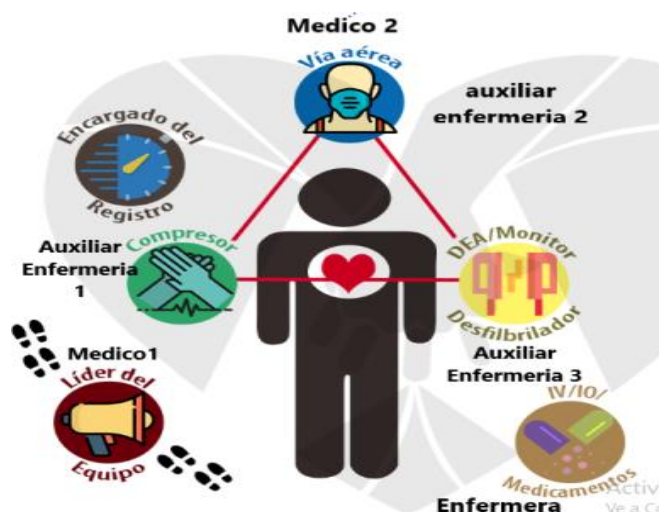


Figura 5. Esquema general de abordaje del paciente y disposición del equipo de intervención



Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

Twitter Facebook YouTube
ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 14 de 50

- 1) Es fundamental proporcionar compresiones de tórax de buena calidad, limitando al mínimo las pausas en el procedimiento.
- 2) Si la RCP la llevan a cabo personas con menos experiencia en la compresión de tórax, se debe considerar el uso de dispositivos que informen sobre la calidad de la RCP, integrados en un desfibrilador.
- 3) Reanimación asincrónica: después de asegurar la permeabilidad de las vías respiratorias mediante un tubo endotraqueal o un dispositivo supraglótico, se puede intentar llevar a cabo una reanimación asincrónica, que consiste en presionar el tórax sin pausas para ventilar y realizar una ventilación cada 6 segundos, a veces se producen fugas entre el dispositivo y la zona a la que este se adhiere en las vías respiratorias, por lo que sigue siendo necesario realizar compresiones y ventilaciones en una proporción de 30:2.

VENTILACIÓN

1. La relación entre las compresiones de tórax y las ventilaciones es de 30:2. Después de 30 compresiones, se deben despejar las vías respiratorias y realizar 2 ventilaciones con un volumen que cause una elevación del tórax como durante la respiración normal. El personal médico formado en reanimación debe iniciar la ventilación lo antes posible en cualquier paciente con insuficiencia respiratoria o falta de respiración.
2. Si está disponible, se debe administrar oxígeno durante la RCP en la mayor concentración posible, con un flujo de 10-15 l/min y utilizando una bolsa autoexpandible con reservorio.
3. Se debe continuar presionando el tórax y ventilando hasta que, después de haber recibido y encendido el desfibrilador, sea posible valorar el ritmo cardíaco.

a. Actividades y funciones de cada miembro del equipo de intervención.

i. Médico 1 o Líder:

La función de líder de equipo es diversa y es este quién coordina toda la reanimación:

- Organiza y coordina al grupo, dando órdenes claras y sencillas y facilitando explicaciones.
- Supervisa las actuaciones individuales de los miembros del equipo.
- Se centra en el cuidado integral del paciente.
- Recibe sugerencias e información del equipo de trabajo, en especial sugerencias de manejo cuando esté concentrado en la colocación del dispositivo avanzado para la vía aérea.
- Verificar que se realicen todos los procedimientos en forma oportuna y adecuada.
- Reconocer en voz alta la arritmia que aparezca en el monitor.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

Twitter Facebook YouTube
ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 15 de 50

- Ordenar la administración de medicamentos (dosis, vías, intervalos) según los algoritmos aprobados. Todas las dosis las dará en concentraciones (mg- mcg).
- Determinar el momento en que deben suspenderse las maniobras de reanimación.
- Indicar el traslado del paciente al servicio que requiera o a la red complementaria.
- Solicitar ayudas diagnósticas si es necesario.
- Entregar el paciente a la unidad de transporte según corresponda.
- Informar a los familiares.
- Firmar los registros en la historia clínica y el formato de Acta de apertura del carro de paro (SU-S1-F18).

ii. Medico 2 de vía aérea:

- Se ocupa de la vía aérea, abrir la vía aérea con maniobra de extensión del cuello si se ha descartado plenamente lesión cervical, de lo contrario se realiza la inmovilización de columna cervical (**ver Anexo 1**).
- Mantener permeable la vía aérea con accesorios para vía aérea: cánula orofaríngea, succión de la vía aérea, etc.
- Ventilar con dispositivo bolsa-mascarilla-válvula apropiada o el dispositivo disponible.
- Proceder a intubar si está indicado o colocar un dispositivo diferente como la máscara laríngea si está disponible (**ver Anexo 2**).
- Ventile una vez lentamente, durante aproximadamente 1 segundo. Observe que el tórax se eleva. Si el tórax no se eleva, vuelva a abrir la vía aérea. Compruebe que la mascarilla está fijada mediante sello hermético al rostro. Intente de nuevo la ventilación.
- Verifica posición de tubo y garantiza fijación de mismo.
- Con dos reanimadores administrar en promedio de 20 respiraciones por minuto (mencionando en voz alta 1,2,3, ventilo...) mientras se realizan compresiones torácicas continuas (solo un reanimador frecuencia compresiones/ventilación de adultos 30*2, pediatría 15*2).
- Una vez asegurada la vía aérea, apoya las compresiones torácicas y se releva cada 2 minutos con el auxiliar de apoyo cardiovascular.
- Trabaja en equipo con el médico líder en la interpretación de los ritmos del monitor.

iii. Profesional de Enfermería (Jefe):

- Colaborar en la preparación del paciente para inicio de reanimación y compresiones cardíacas: descubrir dorso, posición correcta (supino), colocación de tabla debajo en la espalda del paciente para iniciar las maniobras de reanimación.
- Ayuda a colocar los electrodos para monitorizar con el desfibrilador en modo de

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92



 ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 16 de 50

visualización de derivación D II.

- Realizar venopunción, 2 vías venosas (miembros superiores) luego se posiciona a la izquierda del paciente, toma muestras de laboratorio según indicación médica.
- Realizar preparación de mezclas, envase, marcado y aplicación de los medicamentos, nunca abandona el área de **código azul**.
- Informar en voz alta la preparación del medicamento, (envasado y preparado) a medida que va alistando medicamentos y se lo entrega a la auxiliar de medicamentos o de registro ordenando su aplicación en voz alta.
- Regular y programar el volumen de soluciones y mezclas en coordinación con el médico líder.
- Realizar el diligenciamiento formato de Acta de apertura del carro de paro (SU-S1-F18), realizar registro de participantes de código azul, identificando nombres completos y el rol dentro de la atención del código azul; hace firmar el formato por todos los intervinientes, hacer registro de la hora de terminación del Código Azul.
- Asegurar de la elaboración de órdenes o las elabora y hace firmar por el médico líder.
- Hacer Registro de la hora de terminación del CÓDIGO AZUL.

iv. Auxiliar de enfermería o reanimador 1, apoyo cardiovascular:

- Colocar la tabla para compresiones cardiacas en conjunto con enfermera responsable del paciente.
- Verificar presencia o ausencia de pulso cuando esté indicado.
- Iniciar compresiones torácicas de manera muy rápida.
- Debe turnarse en la aplicación de las compresiones cada 2 minutos con el médico de vía aérea. Es responsable de la calidad de las compresiones que realiza personalmente y las que realizan sus relevos.
- Verificar el correcto funcionamiento del monitor desfibrilador. Es responsable de la desfibrilación si estuviere indicado, según órdenes dadas por el líder.

v. Auxiliar de enfermería o reanimador 2, apoyo respiratorio y registro de reanimación.

- Retira prótesis, limpia secreciones.
- Está pendiente en relevar al que aplica compresiones torácicas y/o ventilaciones con dispositivo de Bolsa Válvula y Mascarilla.
- Preparar cánulas de Guedel, si fuera necesario.
- Montar hoja en laringoscopio del tamaño adecuado y la prueba, alistar Tubos orotraqueales, Máscaras laringeas, Guías para tubos traqueales, pinza de Maguill.
- Realizar la aspiración de secreciones cuando lo indique el médico líder responsable de vía aérea, preparar Jeringas, prueba neumotaponador de Tubo endotraqueal, preparar

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92





 ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 17 de 50

dispositivo para fijación de tubo endotraqueal.

- Prepara dos cánulas, una para aspiración de cavidad oral (faringe, laringe) y otra para succión exclusivamente del tubo orotraqueal, con sus respectivas bolsas para irrigación o lavado y medidas asépticas.
- Alistar los dispositivos necesarios (bala de oxígeno de transporte, monitor, succionador, etc.) para el traslado a la red complementaria.
- Una vez asegurada la vía aérea. (Intubación, máscara laríngea, etc.) y antes de fijar el dispositivo conecta la bolsa e insufla el pulmón para que el líder o el encargado de la vía aérea verifique la posición correcta del tubo.
- Fijar correctamente el dispositivo avanzado para la vía aérea, una vez asegurada la vía aérea se encarga de continuar con registro de reanimación o de ventilar al paciente realizado técnica en voz alta (1,2,3 ventilo...).
- Llevar el tiempo de reanimación en el registro.
- Revisar periódicamente la conexión de oxígeno, la oximetría (entre 94 y 99), la adecuada ventilación y la permeabilidad del dispositivo.

vi. Auxiliar de enfermería o reanimador 3, manejo de equipo desfibrilador:

- Administrar los elementos necesarios para realización de venopunción y ayuda a fijarlas.
- Ayudar a la colocación del material para la monitorización del paciente.
- Alistar carro de paro, lo traslada, lo abre y realiza las conexiones necesarias.
- Preparar y encender el desfibrilador y alistar gel.
- Verificar en conjunto con médico de circulación, estado del desfibrilador en palas, modo sincrónico o asincrónico.
- Relevar al médico de circulación en las compresiones cardíacas cada dos minutos.
- Preparar insumos requeridos para los sondajes y realizar la colocación de sonda nasogástrica, vesical y lo que requiera el paciente.

Nota: En el **Anexo 3** se presentan los conceptos básicos del monitor/desfibrilador.

En el contexto de reanimación del paciente sospechoso, probable o confirmado de COVID-19, se plantea el equipo de reanimación reducido de la siguiente manera (ver **Anexos 5a y 5b**) :

Reanimador 1 (médico): Vía aérea (garantiza cierre hermético entre máscara facial y cara del paciente, realiza la intubación orotraqueal en caso de no estar en ventilación mecánica). Reemplaza al médico líder y médico de vía aérea.

Reanimador 2 (médico/auxiliar de enfermería): Masaje Cardíaco, apoyo respiratorio y

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 18 de 50

apoyo cardiaco (reemplaza auxiliar 1 y auxiliar 2).

Reanimador 3 (jefe de enfermería): Desfibrilación, monitoria, administración de medicamentos, asiste durante intubación al reanimador 1.

Nota: En el **Anexo 4** se presenta una guía para el uso de elementos para la reanimación de acuerdo a la edad del paciente.

3. Terminación del código azul: Conforme a las actividades y funciones designadas con anterioridad, cada miembro del equipo procederá a la terminación del código de la siguiente forma:

- **Líder:** Declara la estabilidad del paciente o la pérdida. Se encarga de llenar la historia clínica, la cual será firmada junto con el médico 2.
- **Médico 2:** Constata los resultados de la RCP avanzada con cifras de Pulso-oximetría, monitoreo cardiaco, lectura de EKG seriados, resultados de laboratorios de urgencia.
- **Profesional de Enfermería:** Cuantifica el material utilizado y hace el balance de líquidos y medicamentos. Asegura traslado del paciente según el nivel de complejidad o asegura el recinto en caso de defunción, sin retirar los elementos utilizados en la RCCP, realiza la reposición completa de los insumos y medicamentos utilizados.
- **Auxiliar de Enfermería o reanimador 1:** Suministra la información recolectada al médico líder para el diligenciamiento de la historia clínica, al profesional de enfermería para el levantamiento del acta de apertura del carro de paros y al personal de admisiones.
- **Auxiliar de Enfermería o reanimador 2:** Ayuda al traslado del paciente dentro de la institución o hasta la entrega de este al personal calificado para su traslado, Medidas físicas para evitar hipotermia. Se encarga de los objetos personales del paciente hasta su entrega a los familiares.
- **Auxiliar de Enfermería o reanimador 3:** Asegura las sondas para el transporte del paciente, cuantifica los líquidos corporales en los recipientes de colección.

4. Algoritmos generales

Las intervenciones del equipo de salud utilizan un enfoque sistemático para evaluar y tratar a los pacientes de paro cardíaco para una aplicación óptima de cuidados de tal forma que se soporte y se restablezca la oxigenación, ventilación y circulación efectivas con mantenimiento de la función neurológica intacta. Este enfoque sistemático está organizado en secuencias de evaluaciones e intervenciones esquematizadas en algoritmos específicos para cada condición.

Para el correcto uso de los algoritmos es indispensable el reconocimiento de los ritmos de paro, que son fundamentalmente tres:

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92





 ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 19 de 50

1. Fibrilación ventricular/Taquicardia ventricular sin pultos
2. Actividad eléctrica sin pulso

Se presentan a continuación dos de los ritmos más comunes en el paro cardiorespiratorio.

Figura 6. Fibrilación ventricular

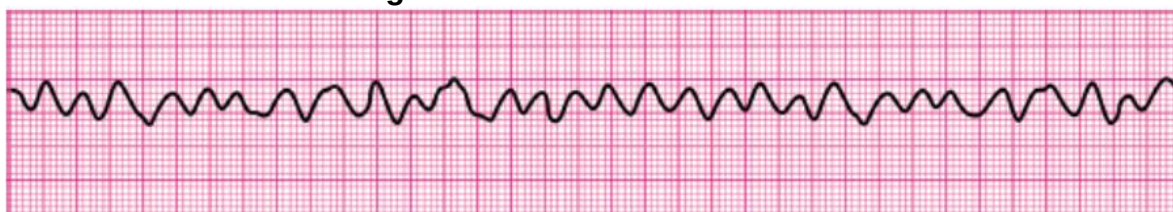
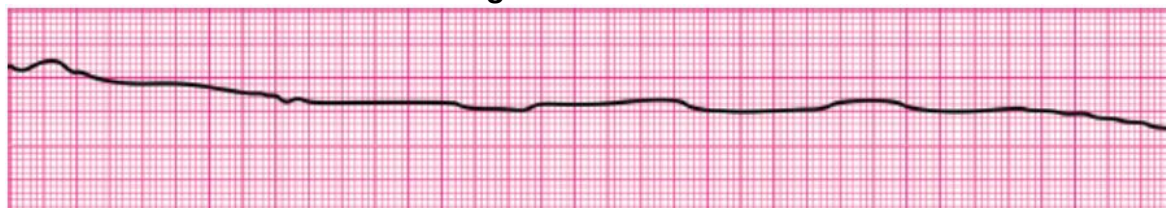


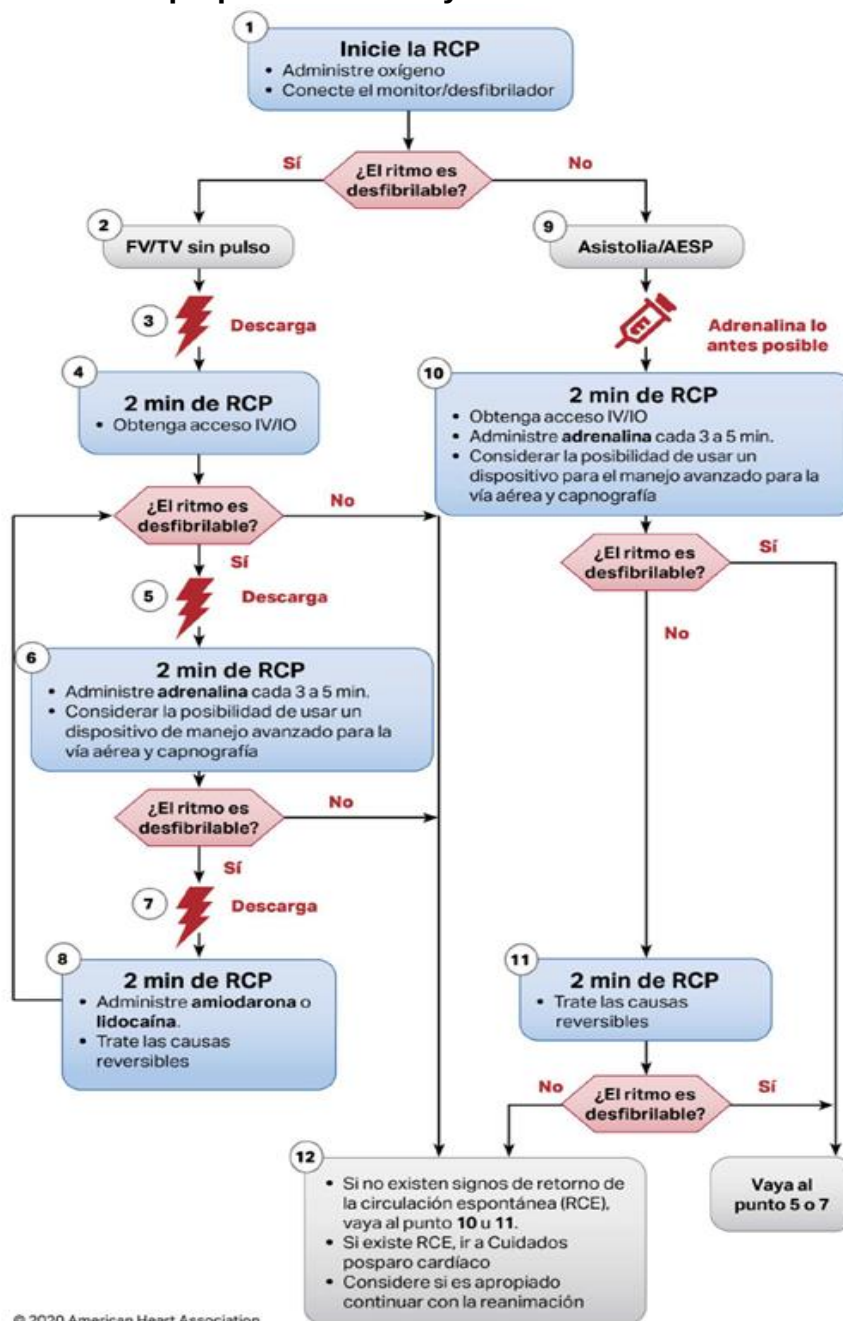
Figura 7. Asistolia



Una vez reconocidos los ritmos de paro, se procede a seguir los algoritmos que se describen a continuación, adoptados del consenso AHA 2020 vigente:

 ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 20 de 50

Figura 7. Algoritmo de paro cardíaco en adultos para profesionales de salud que proporcionan SVB y avanzado.



Fuente: Aspectos destacados de las Guías de la AMERICAN HEART ASSOCIATION del 2020 PARA RCP Y ACE. AHA 2020.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

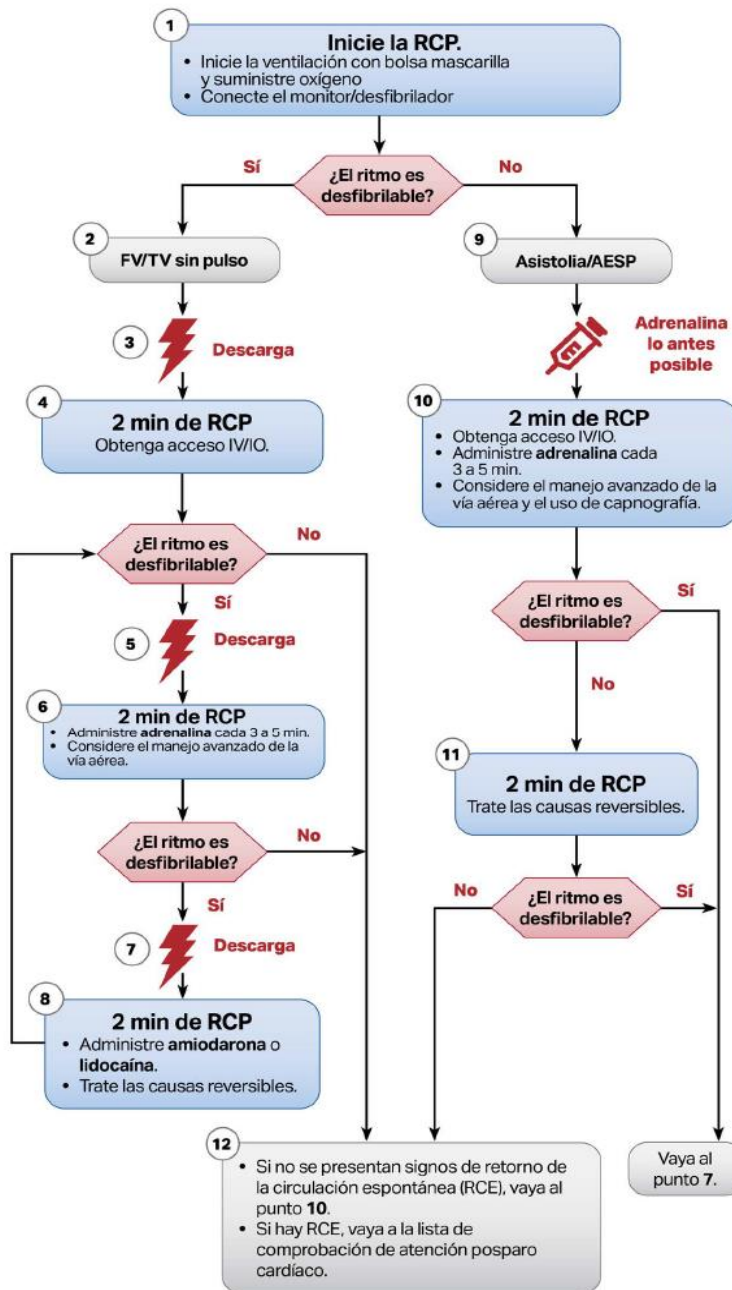
LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

ES E Carmen Emilia Ospina

 ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 21 de 50

Figura 8. Algoritmo de paro cardíaco pediátrico para profesionales de la salud que proporcionan SVB y avanzado con dos o más reanimadores.



Fuente: Aspectos destacados de las Guías de la AMERICAN HEART ASSOCIATION del 2020 PARA RCP Y ACE. AHA 2020.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 22 de 50

4.3. Paro cardíaco paso a paso según algoritmo:

En Adultos (Figura 7):

Calidad de la RCP:

- Comprima fuerte (al menos 5 cm) y rápido para lograr compresiones de 100 a 120 c.p.m y permita expansión torácica completa.
- Minimice las interrupciones entre compresiones.
- Evite ventilación excesiva.
- Cambie de compresor cada 2 minutos o antes si está cansado.
- Si no hay un dispositivo de manejo avanzado de vía aérea considere una relación compresión ventilación 30:2.
- Capnografía cuantitativa (si hay disponibilidad).

Energía de descarga para la desfibrilación:

- Bifásica: Recomendación del fabricante dosis inicial 120 a 200 J. si se desconoce use el valor máximo disponible. La segunda descarga y las posteriores deben ser equivalentes y puede considerarse valores superiores.
- Monofásica :360 J.

Farmacoterapia:

- Adrenalina 1 mg IV/IO cada 3 a 5 minutos.
- Amiodarona bolo inicial de 300 mg, segunda dosis de 150 mg IV/IO.
- Lidocaína: primera dosis 1 a 1,5 mg/Kg, segunda dosis 0,5 a 0,75 mg/Kg.

Manejo avanzado de la vía aérea:

- Intubación orotraqueal o dispositivo supraglótico para manejo avanzado.
- Capnometría o capnografía para confirmar y monitorizar colocación de tubo ET (si hay disponibilidad).
- Ventilación con dispositivo avanzado realice 10 respiraciones por minuto (1 ventilación cada 5 a 6 segundos) con compresiones torácicas continuas.

Retorno de circulación:

- Pulso y presión arterial presentes fuertes y estables.

Causas reversibles:

- Hipovolemia, hipoxia, acidosis, hipo-hiperpotasemia, hipotermia, tensión (neumotórax a tensión), taponamiento cardíaco, toxinas, trombosis pulmonar, trombosis coronaria.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 23 de 50

En pediatría (Figura 8):

Calidad de la RCP:

- Comprima fuerte (1/3 del diámetro anteroposterior del tórax) y rápido para lograr compresiones de 100 a 120 c.p.m y permita expansión torácica completa.
- Minimice las interrupciones entre compresiones.
- Cambie de compresor cada 2 minutos o antes, si está cansado.
- Si no hay un dispositivo de manejo avanzado de vía aérea, considere una relación compresión ventilación 15:2.
- Si cuenta con un dispositivo de vía aérea avanzada, realice compresiones continuas y suministre una ventilación cada 2 a 3 segundos.

Energía de descarga para desfibrilación:

- Primera descarga 2Joules/Kg.
- Segunda descarga 4 Joules/kg.
- Descargas posteriores 4 Joules/Kg hasta máximo 10 Joules/Kg o la descarga para adultos.

Farmacoterapia:

- -Adrenalina IV/IO 0,01 mg / kg (0,1 ml/Kg concentración 0,1 mg/ml) dosis máxima 1 mg repetir cada 3 a 5 minutos. De no contar con acceso IV/IO se administra endotraqueal 0,1 mg/Kg de concentración 1 mg/ml).
- Amiodarona bolo inicial de 5mg/Kg durante paro, se puede repetir hasta 3 dosis totales para FV refractaria o TV sin pulso.
- Lidocaína IV/IO: dosis 1 mg/Kg.

Vía aérea:

- Intubación orotraqueal o dispositivo supraglotico para manejo avanzado.
- Capnometría o capnografía para confirmar y monitorizar colocación de tubo ET (si hay disponibilidad).

Causas reversibles:

- Hipovolemia, hipoxia, acidosis, hipo-hiperpotasemia, hipotermia, tensión (neumotórax a tensión), taponamiento cardíaco, toxinas, trombosis pulmonar, trombosis coronaria.

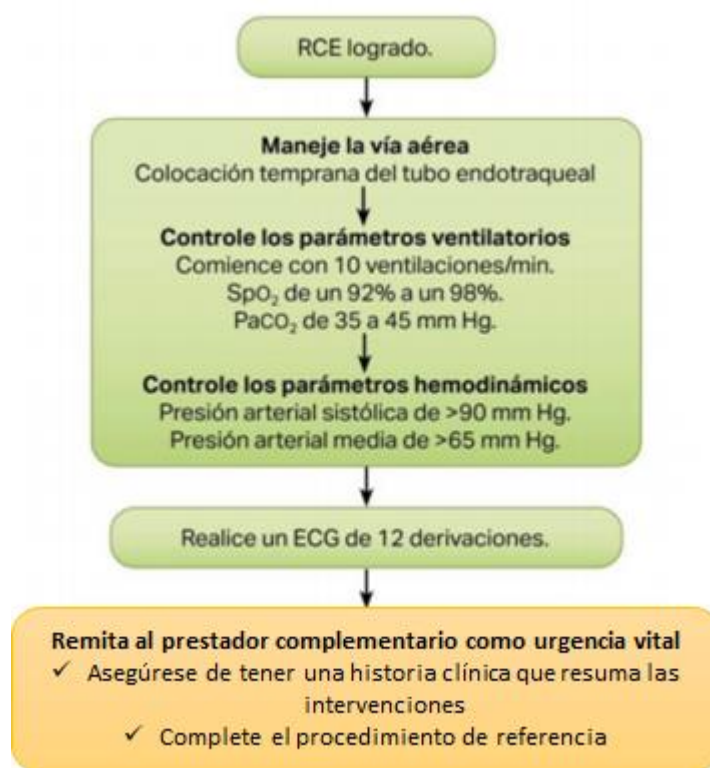
Consideraciones institucionales:

- Tratándose de un contexto intrahospitalario, el algoritmo parte desde la llegada del paciente a urgencias en Triage I o la identificación de paciente inconsciente en cualquier servicio de la institución.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 24 de 50

- El personal a cargo de la implementación del algoritmo es cualquier profesional de la salud y la secuencia de intervenciones inicia obligadamente con el SVB.
- El monitor/desfibrilador disponible en los distintos servicios de la institución, tiene la opción de función modo DEA, lo que significa que, una vez instalados el parche multiusos o las paletas, el monitor indicara automáticamente si el ritmo es desfibrilable.

Figura 9. Algoritmo de atención inmediata posparo cardíaco



Fuente: Adaptado de Aspectos destacados de las Guías de la AMERICAN HEART ASSOCIATION del 2020 PARA RCP Y ACE. AHA 2020 Vigente.

Consideraciones del manejo posparo:

- Evitar una ventilación excesiva. Empezar por ventilaciones 10 x minuto. Cuando sea posible ajustar el valor de la FIO₂ hasta el nivel mínimo necesario para alcanzar un valor de SpO₂ entre 92% y 98%.
- El bolo de líquidos endovenoso IV es aproximadamente 1-2 litros de suero salino normal o lactato ringer
- Las dosis de infusión de vasopresores son: Adrenalina 0,1 – 0,5 mcg/Kg/minuto; dopamina 5 -10 mcg/Kg/minuto; noradrenalina 0,1- 0,5 mcg/Kg/minuto.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92


 ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 25 de 50

- Las causas reversibles son: Hipovolemia, Hipoxia, Hidrogenión (acidosis), Hiper/Hipopotasemia, Hipotermia, Neumotórax a Tensión, Taponamiento cardíaco, Toxinas, Trombosis pulmonar y Trombosis coronaria
- El médico líder es el encargado de redactar la historia clínica basado en las anotaciones que se hicieron durante el código azul.
- Todo paciente que requiere reanimación cardiopulmonar en la institución debe ser remitido de manera inmediata a una institución de mayor complejidad para continuar su manejo posparo.

5. Consideraciones en el Paro respiratorio

5.1. Definiciones: Las alteraciones respiratorias pueden ser evaluadas e intervenidas correcta y eficazmente haciendo uso de tres síndromes que forman parte de un continuo de compromiso cada vez mayor y gravedad progresiva: dificultad respiratoria, insuficiencia respiratoria y paro respiratorio. La dificultad respiratoria es un estado clínico caracterizado por un esfuerzo o frecuencia respiratoria anormal, que puede ser leve a grave; los signos clínicos asociados son taquipnea, retracciones de los músculos accesorios de la respiración, bradipnea, ruidos anormales de la vía aérea, entre otros.

La insuficiencia respiratoria es un estado clínico de oxigenación y ventilación inadecuada. El paro respiratorio es la interrupción (apnea) de la respiración, que generalmente precipita la progresión al paro cardíaco cuando este no se ha presentado.

5.2. Manejo: El manejo del paro respiratorio incluye ambas intervenciones: SVB y SVCA.

Estas intervenciones deben incluir como mínimo:

- Administrar oxígeno suplementario, monitorizando la saturación de oxígeno para alcanzar un mínimo de 94% como meta.
- Apertura de la vía aérea con técnicas básicas como la maniobra de extensión de la cabeza y elevación del mentón (**ver Anexo 1**).
- Administración de ventilación básica con bolsa mascarilla.
- Utilización de dispositivos complementarios como las cánulas orofaríngea y nasofaríngea.
- Aspiración, controlando la frecuencia cardíaca, pulso, saturación de oxígeno y apariencia clínica del paciente durante el procedimiento. Si desarrolla bradicardia, desciende la saturación de oxígeno o se deteriora la apariencia clínica, interrumpir la aspiración de inmediato.
- En la E.S.E. Carmen Emilia Ospina, la ventilación con un dispositivo avanzado para la vía aérea se realiza con la inserción de un tubo endotraqueal, **SOLO LOS PROVEEDORES EXPERIMENTADOS DEBEN REALIZAR LA INTUBACIÓN ET.**

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92



 ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 26 de 50

Si el paciente no responde, la lengua puede obstruir la vía aérea. La maniobra de la extensión de la cabeza y elevación del mento (1) libera la obstrucción de la vía aérea haciendo que se levante la lengua. Si se sospecha traumatismo de la zona cervical de la columna vertebral, los profesionales de salud deben utilizar la tracción mandibular sin extensión de la cabeza.

Uso del dispositivo bolsa mascarilla con uno y dos reanimadores. El reanimador situado junto a la cabeza del paciente inclina la cabeza de éste y pega la mascarilla contra su rostro con los dedos pulgar e índice de cada mano creando una "C" para ajustar completamente los bordes de la mascarilla. El reanimador usa los tres dedos restantes (formando una "E") para elevar la mandíbula. El segundo reanimador (2) comprime lentamente la bolsa hasta que el tórax se eleve.

Figura 10. Utilización de dispositivos complementarios para la vía aérea (cánula orofaríngea)

1. Cánulas



2. Posicionamiento



Fuente: Soporte Vital Avanzado. American Heart Asociation 2015.

La cánula orofaríngea se aplica en paciente con riesgo de que la lengua o los músculos de la vía aérea superior se relajen y obstruyan la vía y no debe usarse en pacientes conscientes porque podría estimular la náusea y el vómito.

6. Secuencia de intubación rápida (SIR)

La secuencia de intubación rápida es el procedimiento diseñado para minimizar el tiempo necesario en el aseguramiento de la vía aérea mediante la colocación de un tubo endotraqueal, disminuyendo la posibilidad de presentar complicaciones derivadas de la hipoxemia, en pacientes con alto riesgo de broncoaspiración, especialmente en situaciones

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 27 de 50

de emergencia, como lo es el escenario habitual en los servicios de urgencias, observación u hospitalización.

Los criterios de intubación son los siguientes, basados en la incapacidad del paciente para mantener una vía aérea protegida:

- ✓ Glasgow igual o menor de 9 (no solo se incluyen pacientes con trauma encéfalo craneano),
- ✓ Hematoma sofocante en cuello,
- ✓ Obstrucción de la vía aérea,
- ✓ Trauma de la vía aérea o maxilofacial,
- ✓ Paciente agitado que requiere sedación,
- ✓ Trauma torácico con hipotensión,
- ✓ Hipoxia posreanimación,
- ✓ Paro cardíaco,
- ✓ Estigma de quemadura de vía aérea,
- ✓ Quemaduras extensas,
- ✓ Trauma raquímedular cervical,
- ✓ Choque severo,
- ✓ Insuficiencia respiratoria e incapacidad para mantener la vía aérea permeable.

Los pasos en la secuencia de intubación rápida son los siguiente (las 7 p):

1. Preparación (10 minutos)
2. Preoxigenación (5 minutos)
3. Pretratamiento o premedicación (3 minutos)
4. Parálisis con inducción (minuto 0)
5. Protección o intubación orotraqueal (20 a 30 segundos)
6. Posicionamiento del tubo (45 segundos)
7. Posintubación (1 minuto)

Se describen a continuación de manera concreta cada uno de los pasos:

6.1. Preparación: la preparación significa tener listo el equipo necesario, los equipos de seguimiento mínimos disponibles y los medicamentos tanto para premeditación, inducción y relajación como para una eventual complicación relacionada con el procedimiento o la enfermedad de base que ocasiona la necesidad de la intervención.

En este punto también se incluye tener preparados todos los EPP requeridos de acuerdo a lo descrito en la *GUÍA PARA EL USO DE ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) PLAN DE CONTINGENCIA PARA LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS (COVID-19) E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA (SOA-S1-G2)*.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 28 de 50

Previamente se describieron todos los materiales y medicamentos que deben estar disponibles. Estos elementos deben ser auditados de manera periódica por el equipo de calidad, para lo cual se cuenta con el *Protocolo Manejo Carro de Paro (SU-S1-D3)*.

La monitorización mínima de un paciente durante la SIR incluye tensión arterial, pulsoximetría y ritmo cardiaco, por lo que los equipos correspondientes deben estar disponibles y funcionando adecuadamente.

Realizar una rápida y concisa valoración clínica permite al médico predecir si se encuentra ante un paciente con predictores de difícil intubación y anticiparse a su manejo. Se propone una mnemotecnica de A-B-C-D parecida a la utilizada en reanimación básica.

La evaluación primaria utiliza un modelo ABCDE:

- **Aérea:** tener listos todos los dispositivos para el manejo de la vía aérea.
- **Buena respiración:** disponer de los sistemas de administración de oxígeno suplementario (máscara de no reinhalación, dispositivo BVM).
- **Circulación:** revisar y garantizar permeabilidad de los accesos venosos, tener preparados los medicamentos a utilizar y monitorizar al paciente.
- **Difícil vía aérea:** examinar rápidamente si el paciente tiene predictores de vía aérea difícil y tener listos los dispositivos para enfrentarla.

El hallazgo de variaciones anatómicas o patológicas a nivel facial, arcada dental, boca, maxilar, faringe, laringe, cuello, tráquea, mediastino y tórax, valoración de la apertura oral, la distancia tiromentoniana, diámetro del cuello, extensión cervical, espacio mandibular lateral y la capacidad de subluxación de la mandíbula nos dan una idea de las características de la vía aérea del paciente

6.2. Preoxigenación: El objetivo de una buena preoxigenación es desplazar el nitrógeno que se encuentra en los alvéolos y reemplazarlo por oxígeno con el fin de aumentar su aporte a los tejidos y aumentar el tiempo de tolerancia de la apnea durante las maniobras de intubación orotraqueal.

La administración de oxígeno debe realizarse con máscara de no reinhalación en pacientes que conservan la ventilación espontánea y en los cuales el uso de BVM (ambú) no garantiza la administración de oxígeno al 100%. En algunos casos puede ser necesaria la inserción de una cánula orotraqueal del tamaño adecuado para el paciente (a longitud entre el lóbulo de la oreja y la comisura labial ipsolateral), siempre y cuando no esté consciente y tenga ausencia de los reflejos nauseoso y tusígeno.

Debe realizarse por no menos de tres minutos con FiO2 del 100% y garantizando que el

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 29 de 50

número de ventilaciones administradas con el BVM* corresponda con una frecuencia de 10 a 12 por minuto y tener una duración aproximada de 1,5 s. Si el paciente presenta esfuerzos inspiratorios, se le debe asistir con compresiones del balón con frecuencia de 10 a 12 ventilaciones por minuto, teniendo en cuenta que estas deben administrarse en forma de apoyo durante el inicio del respectivo esfuerzo inspiratorio, pero no durante la espiración, porque podría causar barotrauma.

EN COVID-19:

el paciente debe portar una mascarilla quirúrgica sobre el dispositivo de oxigenoterapia durante la pre-oxigenación, o se puede colocar una compresa húmeda sobre la válvula de sobrepresión para minimizar la generación de aerosoles.

INTUBACIÓN OROTRAQUEAL Y VENTILACIÓN MECÁNICA EN SERVICIOS DE URGENCIAS

Para realizar intubación orotraqueal en el servicio de urgencias se contará con el equipo de protección personal para procedimientos generadores de aerosoles dentro de la zona que se haya definido para tal procedimiento y para todo el personal que se deba estar dentro de ella: jefe enfermería, medico a cargo, auxiliar de enfermería.

Se tendrá en cuenta que para ésta área los procedimientos con mayor riesgo de generar aerosoles son, el uso de cánula nasal por lo cual se recomienda no usarla y en caso de requerirla entonces cubrir con mascarilla, la ventilación manual antes de la intubación orotraqueal, la intubación orotraqueal, la ventilación mecánica no invasiva, los tratamientos con nebulizaciones por lo cual se preferirá en la medida de lo posible inhalador con inhalocámara y de dosis medida.

La ventilación mecánica no invasiva no se recomienda, se debe evitar por su alta producción de aerosoles y su alta tasa de fracaso con este tipo de pacientes

Secuencia de intubación oro traqueal:

Preparación EXAHUSTIVA:

- Conocer equipos y disponibilidad
- Verificar siempre tener disponible dos filtros de alta eficiencia.
- Verificar que la máscara bolsa válvula tenga filtro viral.
- Utilizar tubos de tamaño grande: 7 ½ (Mujeres) -8 a 8 ½ (Hombres).
- Laringoscopio con luz verificar - Hojas 3 - 4
- Definir plan B: Mascarilla Laríngea - (Solo si no hay otra opción).

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92



 ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 30 de 50

PRE OXIGENACIÓN: (Tiempo 3 minutos)

- Preferible ventilación espontánea: 8 respiraciones profundas NO dar ventilación con presión positiva - NO usar BVM
- Verificar que dispositivo BVM tenga filtro de alta eficiencia.
- Usar mascarilla de oxígeno con reservorio a 14 litros minuto

PREMEDICACIÓN: Disminuir respuesta simpática "disminuir Reflejo de tos"

- Fentanyl 1 a 3 mcg kg iv (30 segundos)
- Lidocaina 1 a 1.5 mg/kg iv

POSICION:

- Alinear
- Elevar la cabecera del paciente.

INDUCCION: Se puede realizar con estos medicamentos:

- Midazolam:

No es el ideal

Tiempo de inicio de acción: 60 a 90 segundos.

Tiene agente reversor.

PARALISIS RELAJACIÓN:

- Succinicolina: Medicamento de elección
Dosis: 1.5 mg kg v

Inicio de acción: 45 segundos

Evitar en Hiperkalemia, evitar en falla renal, gran quemado (30% SCT), evitar en pacientes con antecedentes de hipertermia maligna, no en enfermedades de placa neuromuscular, no en hipertensión endocraneana.

- Rocuronio:
Dosis: 1 a 1.2 mg/kg iv
Tiempo de inicio de acción: 30 a 60 segundos.
Agente reversor: Sugamadex.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 31 de 50

INTUBACIÓN RÁPIDA



- Inflar rápidamente el neumotaponador para evitar fugas
- Clampear el tubo mientras se conecta el ventilador (Pinza Magill)
- Volumen del neumotaponador: Tener en cuenta la presión para evitar trauma de tráquea
- No dar ventilación positiva
- El montaje del ventilador debe ser rápido. (no hay en la institución)
- Asegurarse de filtro viral /bacteriano en rama inspiratoria o espiratoria
- Evitar que el gas exhalado contamine el ambiente y el equipo de ventilación.

Los principios teniendo en cuenta la referencia de las guías europeas de reanimación 2021 para la resucitación en pacientes con sospecha y confirmación de COVID-19 incluyen:

- **Reducir la exposición del proveedor a COVID-19.** Limitar el personal en la habitación o en el lugar de los hechos sólo a los esenciales para el cuidado del paciente.
- **Dar prioridad a las estrategias de oxigenación y ventilación con menor riesgo de aerosolización.** Se ha hecho hincapié en el uso de filtros HEPA “filtro de aire de partículas de alta eficiencia” para toda la ventilación y la intubación temprana y exitosa con intubación mecánica para minimizar la propagación del virus por el aire.
- **Considerar la conveniencia de iniciar y continuar la reanimación.** Los sistemas de atención médica y los organismos de servicios de emergencia deben establecer políticas que guíen a los proveedores de primera línea en la determinación de la conveniencia de iniciar y finalizar la reanimación cardiopulmonar en los pacientes con COVID-1
- 9, teniendo en cuenta los factores de riesgo del paciente para estimar la probabilidad de supervivencia.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92


 ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 32 de 50

6.3. Premedicación: tiene la intención de atenuar o evitar los efectos hemodinámicos, respiratorios o metabólicos que causen riesgo a la vida o empeoren las condiciones de salud de los individuos que van a ser llevados a una SIR.

Para optimizar la eficacia de la premedicación, los medicamentos utilizados deben administrarse entre dos y tres minutos previos a la inducción; por lo anterior, y en los casos indicados en los servicios de urgencias, **se recomienda llevar a cabo esta fase de forma simultánea con la preoxigenación.**

Opioides: Son sedantes y analgésicos, debido a que actúan sobre los receptores de opioides en el sistema nervioso central, pueden ser muy útiles como adyuvantes en la intubación de pacientes con dolor intenso, atenúan los efectos hemodinámicos relacionados con la laringoscopia y la intubación traqueal, controlan estrés vascular. **Precauciones:** 1) inducen depresión respiratoria, por lo que la preoxigenación es indispensable, teniendo en cuenta que el remifentanilo induce apnea con más frecuencia que el fentanilo; 2) son medicamentos que pueden producir hipotensión y no deben emplearse en condiciones de choque no resuelto, y 3) disminuyen los requerimientos de los medicamentos inductores para lograr unas buenas condiciones para intubación traqueal.

✓ **Fentanilo**

Presentación: 0,5 mg/10 ml

Dosis: 1-4ug/kg

Observaciones: Importante efecto analgésico, efecto vagotónico que se potencia con el uso de propofol (necesidad de asociar atropina, máxime si se utiliza en niños. Permite disminuir la dosis de fármacos de inducción.

Lidocaína: está indicada como premedicación en el servicio de urgencias en pacientes con trauma craneoencefálico e hipertensión endocraneana que requieran SIR, puede tener importancia durante el manejo asociado de trauma ocular cerrado, y aunque se requiere más evidencia, podría administrarse como coadyuvante en el manejo de la crisis asmática severa después de la intubación.

Presentación: 20 mg/ml

Dosis: 1,5 mg/kg

Atropina: se recomienda su utilización en población pediátrica menor de 2 años con bradicardia previa a la SIR. Utilizado para disminuir efectos vagotónicos de la laringoscopia en niños y en adultos en cuya inducción se utiliza propofol y puede disminuir las secreciones respiratorias.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 33 de 50

Presentación: 1 mg/1 ml

Dosis: 0,02 mg/kg-dosis mínima 0,1mg.

Sedantes: La sedación está indicada en todos los casos, excepto en estado de coma con puntuaciones en la escala de Glasgow de 3 o ante un paro cardiorrespiratorio. Se usan generalmente benzodiacepinas inducen amnesia y sedación.

✓ **Midazolam.**

Presentación: 5 mg/5 ml

Dosis de inducción: de 0,2 a 0,3 mg/kg.

Tiempo de inicio del efecto: de 60 a 90 s.

Duración del efecto: de 15 a 30 min.

✓ **Diazepam.**

Presentación: 10 mg/2 ml

Dosis de inducción: de 0,3 a 0,5 mg/kg.

Tiempo de inicio del efecto: de 1 a 5 min.

Duración del efecto: de 15 a 30 min

Observaciones: Estos medicamentos pueden provocar depresión respiratoria, disminuyendo esencialmente la frecuencia y el volumen respiratorio. Además, deprime el sistema cardiovascular con la consecuente disminución de la presión arterial, el gasto cardiaco y la resistencia vascular periférica, situaciones que son más intensas y frecuentes en individuos hipoalbuminémicos, hipovolémicos y en ancianos, por lo cual se debe administrar en estos individuos en dosis bajas y con fluidoterapia

6.4. Parálisis e inducción: La inducción y la relajación neuromuscular (parálisis) constituyen la intervención terapéutica medicamentosa cuyos objetivos son facilitar y optimizar las condiciones para la intubación traqueal y, además, disminuir el estrés que dicho procedimiento genera en el paciente que lo requiera.

La principal indicación para el uso de agentes miorelajantes es en el paciente consciente que no se relaja adecuadamente y no permite las maniobras de introducción del tubo orotraqueal.

Precaución: Los relajantes musculares causan parálisis total de la musculatura y supresión del movimiento de la caja torácica, lo que **obliga a realizar una intubación orotraqueal antes de 30 s, pero idealmente antes de 10 s**, por tal motivo su uso requiere de personal con experticia.

✓ **Succinilcolina**

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 34 de 50

Presentación: 40 mg/2 ml
 Dosis de inducción: 1,5 mg/kg.
 Tiempo de inicio del efecto: 45 s.
 Duración del efecto: de 6 a 10 min

Tiene diferentes efectos adversos como fasciculaciones, hipercalcemia en pacientes con falla renal crónica, bradicardia, bloqueo neuromuscular prolongado, hipertermia maligna y espasmo maseterino. Su uso se contraindica en pacientes que cursen con enfermedades o antecedentes que predispongan a las situaciones anteriormente mencionadas (quemaduras, desnervación, sepsis, miopatías, antecedentes personales o familiares de hipertermia maligna, etc.) y no recomendado en pacientes con postración prolongado.

✓ **Rocuronio**

Presentación: 50 mg/5 ml
 Dosis de inducción: 1,2 mg/kg.
 Tiempo de inicio del efecto: de 60 a 75 s.
 Duración del efecto: de 40 a 60 min.

En general es un medicamento muy seguro y de larga duración. En pacientes con contraindicación para el uso de la succinilcolina, el rocuronio es el medicamento de elección; sin embargo, una vez que el paciente está con relajación muscular y es difícil de intubar y de ventilar, se pone en riesgo su vida. Con la dosis aplicada de rocuronio puede tardarse más de 30 min (comparado con 8 a 10 min de succinilcolina). Contraindicado en pacientes con insuficiencia hepática o renal.

6.5. Protección (Intubación orotraqueal)

Las maniobras de preintubación e intubación se describen con detalle en los anexos 1 y 2 respectivamente.

6.6. Posicionamiento del tubo: se debe verificar la colocación del tubo orotraqueal a través de la auscultación de abdomen y tórax. La ventilación asimétrica de los hemitórax a la auscultación es un signo de intubación endobronquial. Son signos de intubación esofágica: la auscultación de gorgoteo a nivel epigástrico, la emisión de sonidos articulados (gruñidos, palabras incoherentes), la ausencia de ruidos ventilatorios en ambos hemitórax y la presencia progresiva de distensión abdominal. Una vez se ha verificado su adecuada posición, se dispone a fijar el tubo con el dispositivo para este fin o con alguna técnica conocida por el personal de enfermería responsable.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 35 de 50

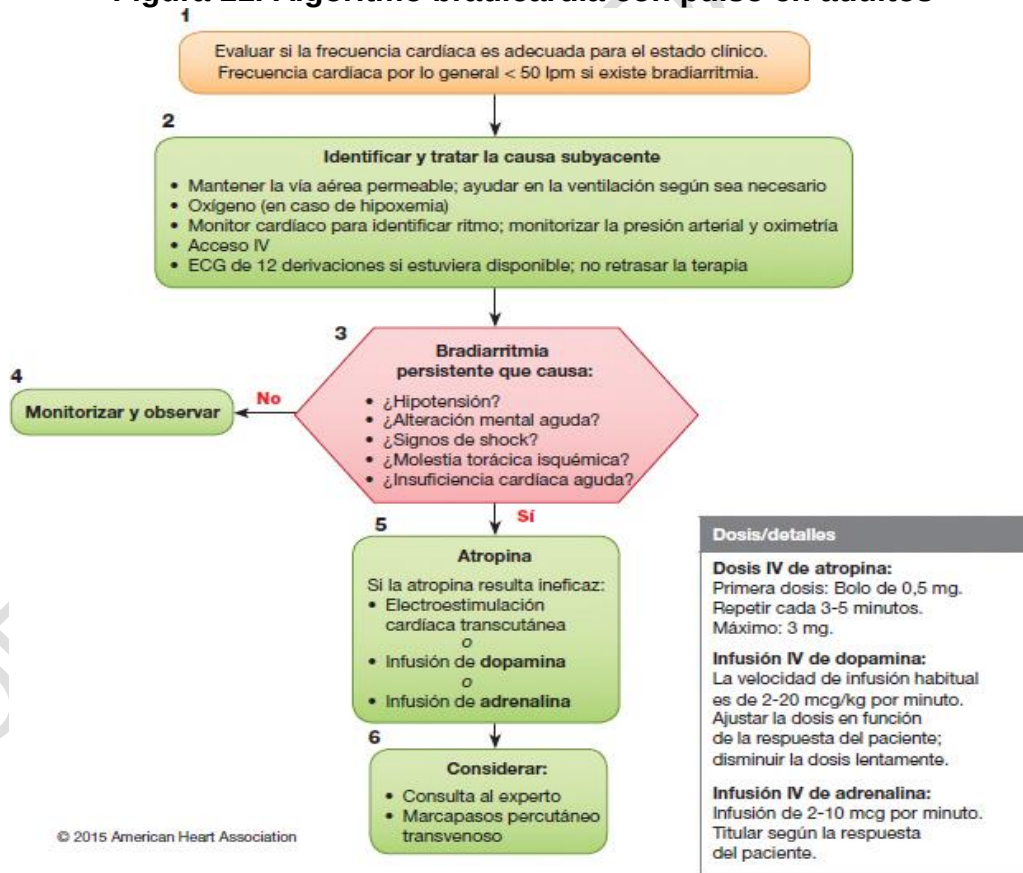
6.7. Postintubación: Luego de la intubación se pueden administrar al paciente medicamentos sedantes y analgésicos, tal como la combinación de una benzodiacepina y de un opioide en forma de infusión continua, procedimiento que se realiza bajo constante vigilancia médica. El objetivo y grado de la sedación/analgesia está basado en el criterio médico, el cual se fundamenta en mantener a los pacientes sin dolor, orientados, tranquilos, cooperadores o dormidos que respondan órdenes, mas no conservarlos ansiosos, agitados, inquietos o dormidos sin respuesta a estímulos

7. Ritmos de emergencias cardiovasculares

En los ritmos de emergencias cardiovasculares se describen los algoritmos de la AHA para:

1. Bradicardia con pulso en adultos
2. Bradicardia con pulso en pediatría
3. Taquicardia con pulso en adultos
4. Taquicardia con pulso en pediatría.

Figura 11. Algoritmo bradicardia con pulso en adultos



Fuente: Soporte Vital Cardiovascular Avanzado. American Heart Association 2015.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

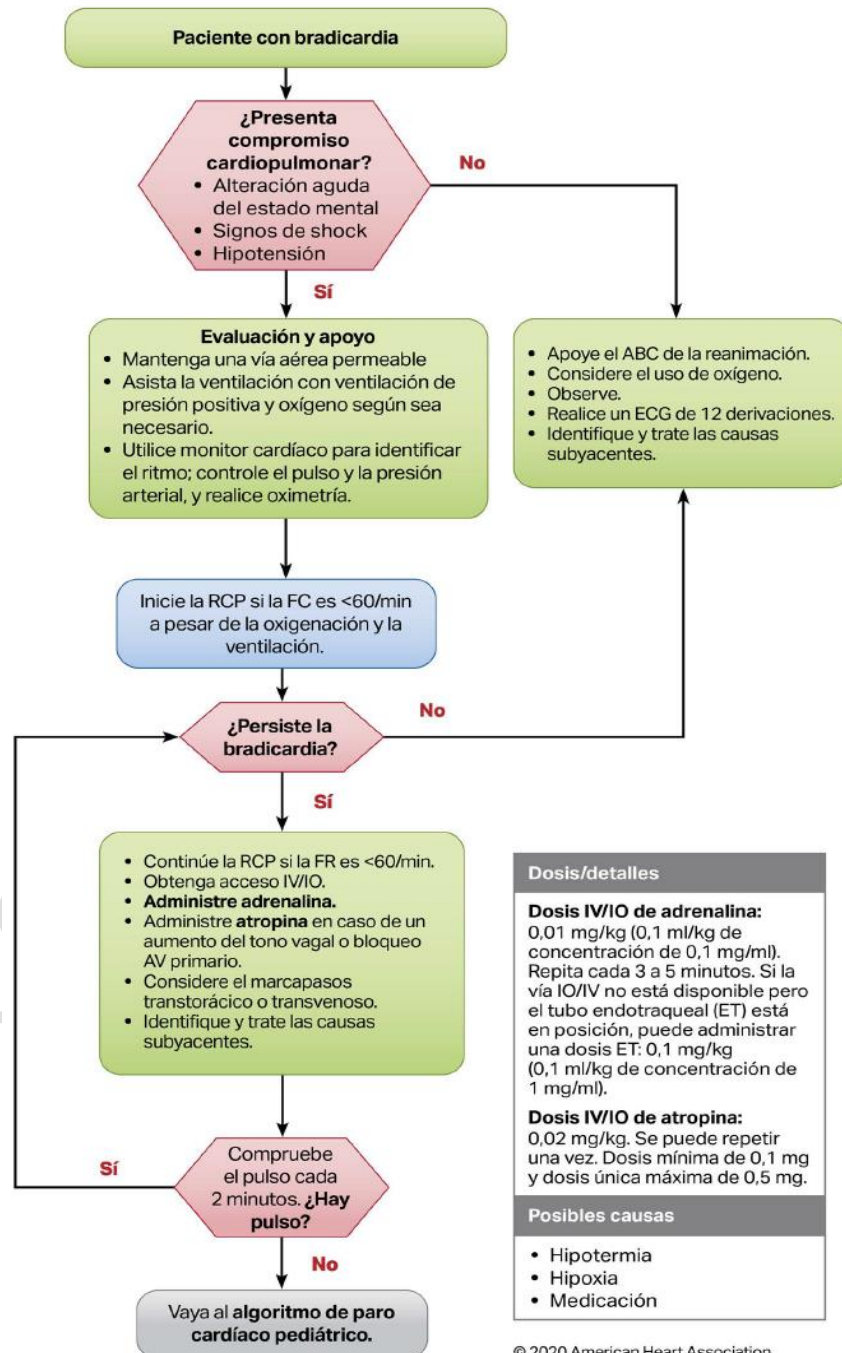
LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

f i o y t
ESE Carmen Emilia Ospina

 ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL				
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 36 de 50	

Figura 112. Algoritmo de la bradicardia con pulso pediatría.



Fuente: Aspectos destacados de las Guías de la AMERICAN HEART ASSOCIATION del

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

f i o y
ESE Carmen Emilia Ospina



CARMEN EMILIA OSPINA
Salud, bienestar y dignidad

DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL



PROCESO:
GESTIÓN EN ATENCIÓN DE
URGENCIAS

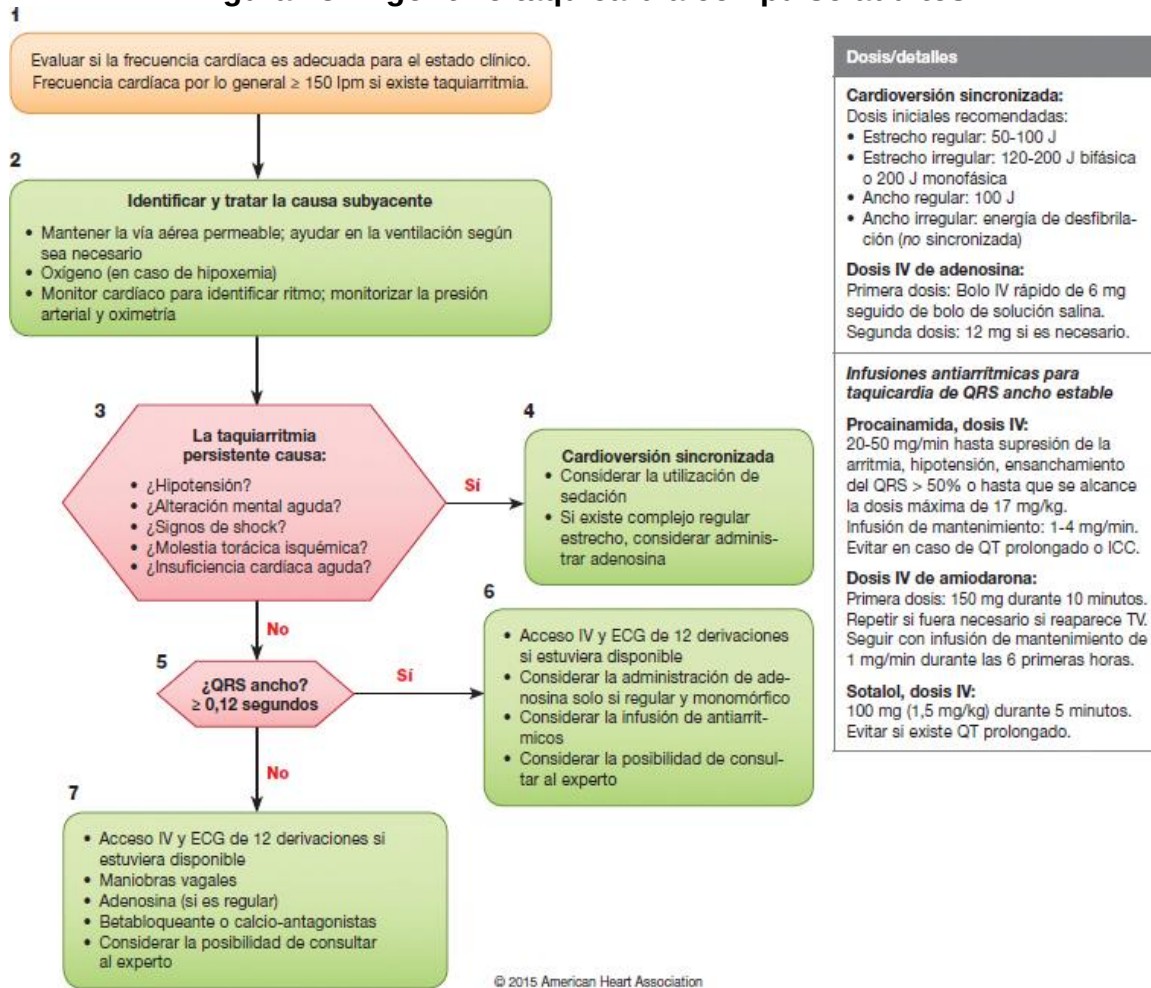
CODIGO: SU-S1-D13

VIGENCIA: 07/11/2023

V6

PÁGINA 37 de 50

2020 PARA RCP Y ACE. AHA 2021.
Figura 13. Algoritmo taquicardia con pulso adultos.



Fuente: Soporte Vital Cardiovascular Avanzado. American Heart Association 2015.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

f i o y
ESE Carmen Emilia Ospina



CARMEN EMILIA OSPINA
Salud, bienestar y dignidad

DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL



PROCESO:
GESTIÓN EN ATENCIÓN DE
URGENCIAS

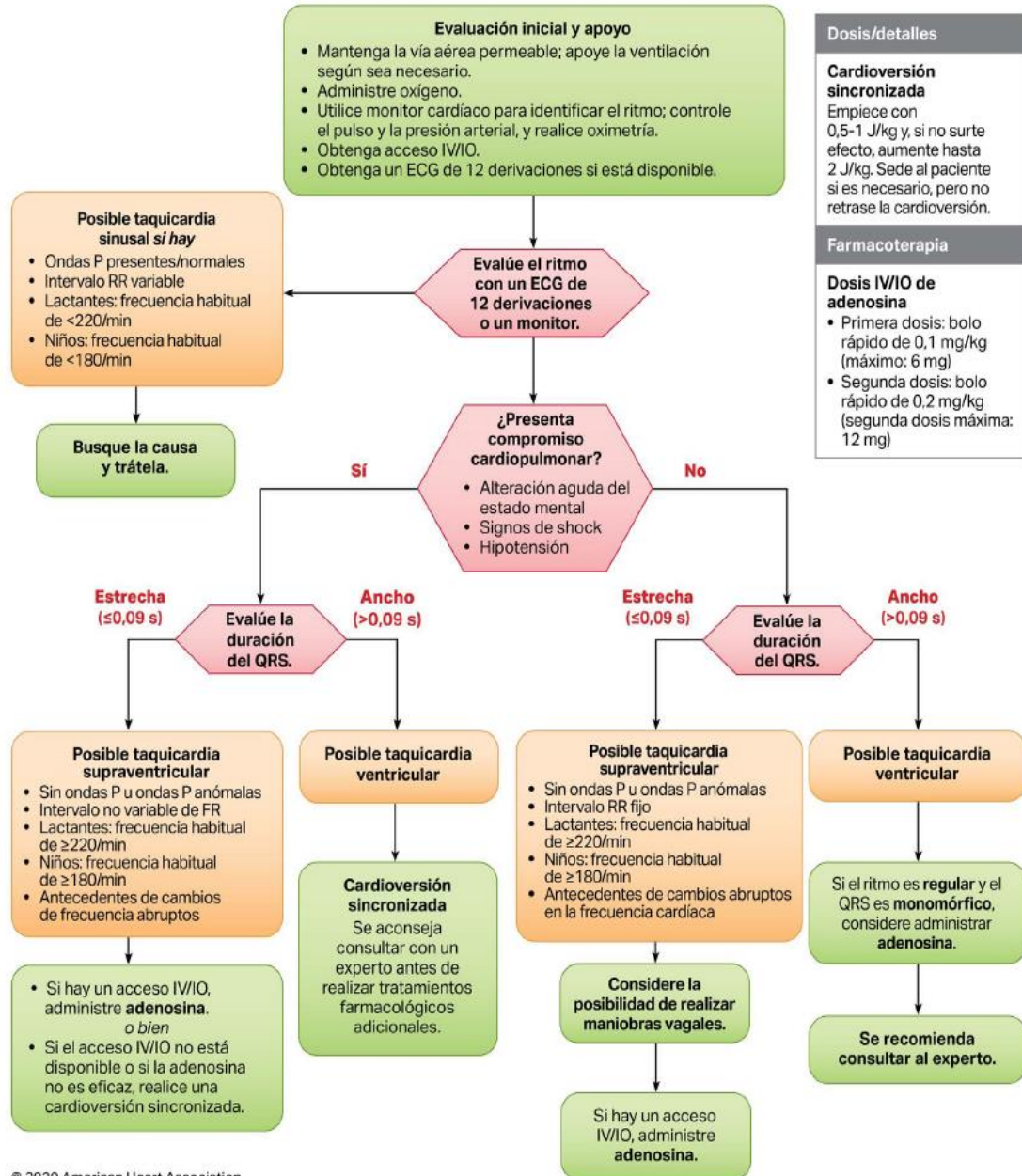
CODIGO: SU-S1-D13

VIGENCIA: 07/11/2023

V6

PÁGINA 38 de 50

Figura 14. Algoritmo taquicardia con pulso pediatría.



© 2020 American Heart Association

Fuente: Aspectos destacados de las Guías de la AMERICAN HEART ASSOCIATION del 2020 PARA RCP Y ACE. AHA 2020.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

f i o y
ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 39 de 50

8. Aspectos éticos.

Los objetivos de la atención en salud son preservar la vida, restaurar la salud, aliviar el sufrimiento, limitar la discapacidad y revertir la muerte clínica.

La supervivencia al salir del hospital luego de presentar un paro cardíaco oscila entre el 6,5% y el 20%. La gran mayoría de los que sobreviven lo hacen con daños neurológicos variables y algún grado de dependencia médica y limitaciones físicas. Alrededor del 90% de los pacientes a quienes se les realizan maniobras de RCP tendrán una prolongación del proceso de morir, por horas o días posiblemente en una unidad de cuidados intensivos. Si bien la RCP puede extender la vida por horas, días o incluso semanas, su calidad suele ser muy pobre.

Es importante diferenciar entre una orden de no iniciar maniobras de reanimación y un documento de voluntad anticipada. Una ONR es la decisión de no realizar maniobras de RCP, que en la mayoría de los casos se toma en conjunto entre un paciente con capacidad para tomar decisiones (o su familia) y su médico, previa información adecuada del pronóstico, bajo el supuesto de que se puede presentar un paro cardiorrespiratorio dentro de la evolución de su enfermedad, sin excluir ninguna otra forma de cuidado médico.

El término reanimación en las ONR únicamente alude a la no realización de maniobras RCP en el supuesto de sufrir un paro cardíaco; pero no implica una restricción o una renuncia a los restantes cuidados, médicos y de enfermería, que necesita y merece el paciente. Al implementar la ONR, esta debe formalizarse registrándola de modo adecuado en la historia clínica y comunicándola a todo el equipo médico y de enfermería encargado del manejo del paciente, haciendo hincapié en que dicha información debe ser transmitida en los cambios de turno para evitar que en el supuesto de un paro cardíaco se realice la RCP. Las ONR no son definitivas y el paciente es libre en cualquier momento de su evolución clínica de cambiar de opinión acerca de si es o no adecuada la RCP para él.

Eventualmente, si un paciente presenta un paro cardíaco y no existe una voluntad anticipada o una ONR y no ha habido ningún debate acerca de la RCP entre el paciente o su familia y su equipo médico, como sucede por ejemplo en urgencias, la decisión médica inicial debe orientarse hacia iniciar la RCP con racionalidad y adherencia a las recomendaciones internacionales, considerando siempre los beneficios esperados con la intervención contra las cargas y riesgos que con ella se imponen al paciente.

Un individuo puede rechazar una determinada intervención sugerida por su médico, incluso si esa negativa supone un incremento de su riesgo vital. La autonomía del paciente debe ser respetada tanto ética como legalmente, lo cual se asume como que un paciente puede

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 40 de 50

entender que una intervención involucra su consentimiento o su rechazo. Lo mismo ocurre con las ONR, entendidas como la manifestación expresa y voluntaria de una persona de no querer una determinada y específica intervención ante el evento de sufrir un paro cardiorrespiratorio; pero sin que ello le implique tener que renunciar a cualquier otra forma de cuidado médico

La beneficencia, como concepto bioético moderno, supone una ponderación permanente entre lo que se puede hacer y lo que se debe hacer, en procura de que cualquier determinación médica coincida en lo posible con lo que de haberse podido expresar directamente hubiese sido lo pretendido o deseado por el paciente. La mayor coincidencia entre lo que se ofrece y se hace con lo que se desea será la mejor evidencia del acertado entendimiento de la ética médica del siglo XXI.

Criterios para no iniciar RCP

La evaluación científica muestra que pocos criterios pueden ser predictores con exactitud de la inutilidad de la RCP. Teniendo en cuenta esta incertidumbre, todos los pacientes en paro cardíaco deben recibir resucitación a menos que:

- El paciente tenga una orden válida de no hacer intento de resucitación (NIR). Paciente y familia.
- El paciente tenga signos de muerte irreversibles (por ejemplo: rigor mortis, lesiones incompatibles con la vida, descomposición o livideces).
- No se puedan esperar beneficios fisiológicos porque las funciones vitales tienen deterioro a pesar de terapia máxima.

Terminación de esfuerzos de resucitación

La decisión de terminar labores de resucitación descansa con el tratamiento médico en el hospital y se basa en la consideración de factores como el tiempo de RCP, tiempo de desfibrilación, enfermedades concomitantes, estado previo al paro y ritmo inicial del paro. Ninguno de estos factores solo o en combinación es claramente predictivo.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

EVALUACIÓN - INDICADORES:

Se realizará ejercicio de evaluación del conocimiento y simulación, una vez se haya realizado la socialización del protocolo, si los resultados de la medición son buenos, se repite en 3 meses la evaluación para verificar la apropiación del conocimiento y luego en 6 meses. Si los resultados demuestran que no se aprecia conocimiento del protocolo se realiza reunión para realizar análisis causal y según resultado establecer plan de mejora, y se vuelve a medir luego de aplicado el plan para ver si las acciones fueron efectivas.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 **LÍNEA AMIGA**
863 2828

 **WHATSAPP**
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 41 de 50

Los ítems a evaluar son:

- Tiempo de reacción
- Tiempo de ejecución
- Maniobras claras, repetitivas, innecesarias.
- Control de material
- Control de tareas

Además, se debe realizar análisis de los casos de mortalidad identificando aquellos en que se aplicó el protocolo de código azul, revisando los registros en historia clínica.

BIBLIOGRAFÍA - BASADO EN EVIDENCIA

- American Heart Association, Soporte Vital Básico – Libro del Proveedor. 2019-2020
- American Heart Association, Soporte Vital Cardiovascular Avanzado – Libro del Proveedor. 2019-2020
- European Resuscitation Council Guías COVID-19 noviembre 2020
- www.fucsalud.edu.co/sites/default/files/2017-03/07-Articulo-revision-Induccion-secuencia-rapida.pdf
- Hospital Pablo Tobón Uribe, Código Azul y Reanimación Cardiopulmonar Básica Adultos y Niños Soporte Básico de Vida, 2016.
- Shenzhen Mindray Bio-Medical Electronics, BeneHeart D3 Desfibrilador/Monitor Manual del Usuario. 2010.
- Fendler TJ, Spertus JA, Kennedy KF, Chen LM, Perman SM, Chan PS. Alignment of do-not-resuscitate status with patients' likelihood of favorable neurological survival after in-hospital cardiac arrest. JAMA. 2015; 314:1264-71.
- Cereceda L. Orden de no reanimar, consideraciones sobre este problema. RevMed Clin Condes. 2011; 22:369-76. 18. Sentencia C-239/1997, homicidio por piedad: elementos/homicidio pietístico o eutanásico/homicidio eugenésico [internet]. Corte Constitucional colombiana. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm>
- Sentencia T-659/2012, derecho a la educación [internet]. Corte Constitucional colombiana. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2002/T-659-02.htm>
- American Heart Association. Aspectos destacados de las Guías de la AMERICAN HEART ASSOCIATION del 2020 PARA RCP Y ACE. AHA 2020.
- Almaralesa JF, Saavedra MA, Salcedo O, Romano DW, Morales JF, Quijano CA, Sánchez DF. Inducción de secuencia rápida para intubación orotraqueal en Urgencias. Repert Med Cir. 2016;25(4):210–218
- Accini Mendoza JL, Beltrán N, Nieto Estrada VH, Ramos Bolaños E, Pizarro Gómez C, Rebolledo CE, Duran Pérez JC, Dueñas Castell C, Arias A, Barciela E, Camargo R, Rojas JA, Zabaleta Polo Y, Florian Pérez MC, Torres V. Declaración de consenso en

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 42 de 50

medicina crítica para la atención multidisciplinaria del paciente con sospecha o confirmación diagnóstica de COVID. Acta Colomb Cuid Intensivo. 2020 October-December;20(4):287–333. Spanish. doi: 10.1016/j.acci.2020.04.003. Epub 2020 Apr 17. PMID: PMC7164846.

- Nuevas tendencias de reanimación cardiopulmonar. Centro internacional de entrenamiento en urgencias y emergencias SALAMANDRA 2020.
- <https://2evs.co/recomendaciones-rcp-2022/>.

ANEXOS

Anexo 1: Maniobras preintubación

1. Repasar la lista de chequeo A-B-C-D.
2. Colocar la cabeza del enfermo a la altura de la apófisis xifoides del clínico, lo cual se puede facilitar mediante la elevación de la cabeza 10 cm con una almohada debajo del occipucio.
3. Levantar la mandíbula tomándola de los ángulos con una mano a cada lado y empujándola hacia arriba y hacia adelante. En caso de trauma facial o de cabeza y cuello, la columna cervical debe mantenerse en posición neutra alineada.
4. Elevar el mentón, colocando los dedos de una mano debajo de la mandíbula, la cual se racciona suavemente hacia arriba con el objetivo de desplazar el mentón hacia adelante.
5. La extensión del cuello es una maniobra esencial, que está contraindicada en trauma cervical o en los casos en que no se ha evaluado la columna cervical.
6. Extraer las prótesis dentales, cualquier cuerpo extraño y la cánula oro faríngea.
7. Aspirar las secreciones, sangre o vómito.
8. Siempre usar una guía metálica maleable que acentúe la curvatura del tubo y facilite la inserción de este dentro de la tráquea. Esta guía se debe dejar a 1,5 cm del extremo distal del tubo y retirarla una vez el extremo distal alcanza la apertura glótica.

Anexo 2: Maniobras de intubación

1. Sujetar el laringoscopio con la mano izquierda e introducir la valva por la comisura bucal del lado contralateral, desplazando la lengua hacia el mismo lado de la mano y traccionando del laringoscopio hacia adelante y arriba, teniendo especial atención en no apoyarse sobre los dientes.
2. Visualizar la epiglotis. Situar la punta del laringoscopio en la vallécula (valva curva) o directamente en la epiglotis (valva recta).
3. Para disminuir el riesgo de broncoaspiración o regurgitaciones secundarias a la noxa o a la utilización de ventilación con presión positiva, un compañero debe realizar la ~

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92



 ESE Carmen Emilia Ospina

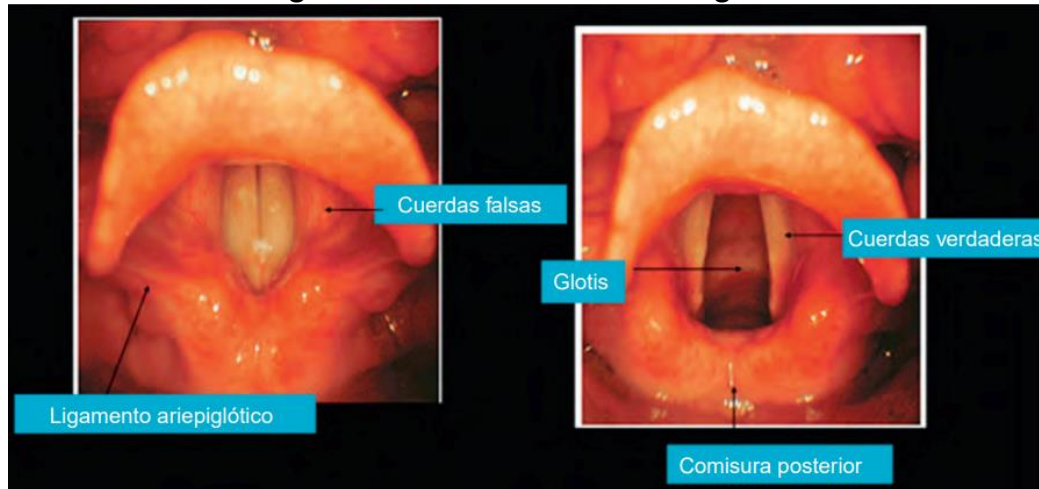
 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 43 de 50

maniobra de Sellick, la cual se lleva a cabo presionando hacia el fondo el cartílago cricoides, lo que permite una ligera oclusión del esófago. La maniobra debe ser sostenida por todo el tiempo que dure el proceso de intubación; hay que recalcar que la evidencia acerca de su uso no es concluyente²⁰.

4. Si la visualización de la glotis o cuerdas vocales no es posible y además se desea disminuir el riesgo de broncoaspiración, un compañero debe realizar la maniobra de ~BURP, la cual se efectúa produciendo una movilización del cartílago cricoides hacia el fondo, arriba y a la derecha, de esta forma se expondrá mejor (fig. 1).
5. Con la mano derecha se introduce el tubo (con guía), manteniendo la visión de las cuerdas vocales, se desliza e introduce a través de las cuerdas vocales hasta que veamos desaparecer el manguito de taponamiento.
6. La colocación correcta del tubo corresponde generalmente con la marca de 20-21 cm en el hombre y de 19-20 cm en la mujer. Conviene ser precavido en notar que el manguito neumotaponador atraviere en su totalidad las cuerdas vocales, y tener en cuenta que esta longitud es correlativa con la estatura y la composición corporal del paciente.
7. Retirar el laringoscopio sin mover el tubo y la guía en caso de haberla utilizado. Inflar el manguito de taponamiento con 5 cc de aire.
8. Comprobar la colocación correcta del tubo en la tráquea: auscultar primero en epigastrio y luego simétricamente en el tórax.
9. Se procede a la fijación del tubo, recordando evaluar su adecuada ubicación cada vez que el paciente sea movilizado.
10. Se puede introducir, según crea conveniente, una cánula orofaríngea para impedir que el paciente muerda el tubo orotraqueal y obstruya el flujo aéreo.
11. Luego se conecta el tubo a la fuente de oxígeno y se inicia la ventilación artificial.
12. Si la intubación no se lleva a cabo en pocos segundos (20 s aproximadamente), se debe suspender el intento, preoxigenar de nuevo al paciente hasta lograr las condiciones adecuadas para realizar un nuevo intento. La interrupción máxima de la ventilación no debe pasar de 30 s. Un médico no entrenado en el manejo de vía aérea no debe realizar más intentos: debe esperar a un médico más experimentado; mientras este llega, debe permanecer ventilando el paciente con BVM. Una alternativa es introducir una máscara laríngea en espera del aseguramiento definitivo de la vía aérea.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 44 de 50

Figura 15. Visualización de la glotis



Contraindicaciones de las maniobras de Sellick y BURP:

- Trauma de la vía aérea superior: unión cricotraqueal.
- Enfermedad de la columna cervical.
- Trauma.
- Artritis severa.
- Cuerpo extraño en la tráquea o en el esófago.
- Absceso retrofaríngeo.
- Divertículo esofágico superior.

Anexo 3: Conceptos básicos del monitor/desfibrilador

La E.S.E. Carmen Emilia Ospina cuenta con monitor/desfibrilador marca MindrayBeneHeart D3 en los servicios de urgencias y hospitalización de cada una de las sedes. El equipo BeneHeart es un desfibrilador/monitor ligero y portátil, que proporciona cuatro modos de funcionamiento: monitor, desfibrilador manual, DEA (desfibrilador externo automático) y marcapasos (Figura).

En modo Monitor, el equipo puede realizar tareas de monitorización, visualización, revisión, almacenamiento e impresión de múltiples parámetros fisiológicos y ondas, incluido ECG, oximetría de pulso, frecuencia del pulso y respiración.

En modo DEA, el equipo analiza automáticamente el ritmo del ECG del paciente e indica si se detecta o no un ritmo susceptible de descarga. Las indicaciones de voz ofrecen

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92


 ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 45 de 50

instrucciones sencillas e información del paciente para guiar al médico en el proceso de desfibrilación. Además, aparecen mensajes y botones parpadeantes para reforzar dichas indicaciones.

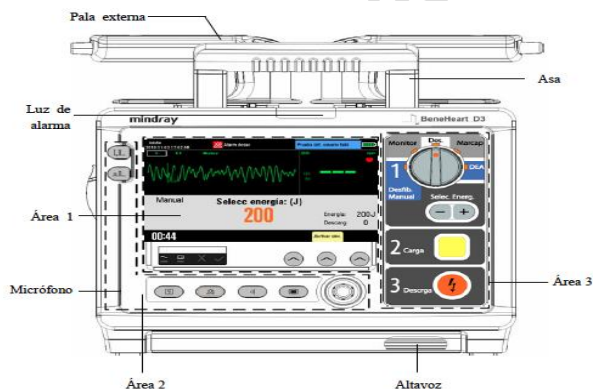
En modo Desfibrilador manual, el usuario analiza el ECG del paciente y, si corresponde, sigue este procedimiento:

- 1) Selecciona el modo Desfibrilador. Manual y ajusta el nivel de energía si es necesario
- 2) Carga
- 3) Administra la descarga

La desfibrilación puede realizarse mediante las palas o los electrodos de desfibrilación multifunción. En el modo Desfib. Manual, también puede realizar cardioversión sincronizada.

El modo Marcapaso ofrece terapia de estimulación transcutánea no invasiva. Los pulsos del marcapasos se administran a través de los electrodos multifunción

Figura 16. Vista frontal del monitor/desfibrilador

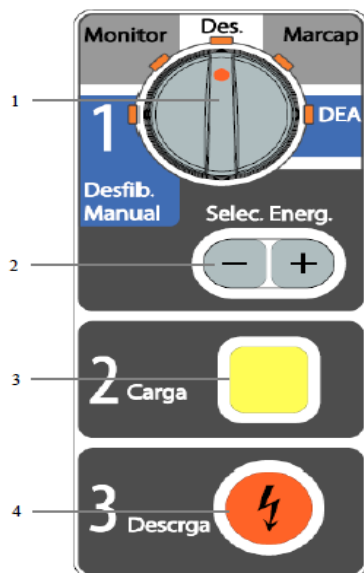


En el área 1 se encuentra la pantalla de visualización, el indicador de alimentación CA, el indicador de carga de las pilas y de estado, teclas de software. En el área 2 está el botón de selección de derivación y de ganancia; botón de registrar, botón de pausa de alarma, botón de marcar evento, botón de menú principal y el mando de navegación

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 46 de 50

Figura 17. Detalle del área 3 del monitor/desfibrilador

Área 3



1. Mando de selección de modo.
2. Botón selección nivel de energía.
3. Botón Carga.
4. Botón Descarga.

Se recomienda que el personal asistencial médico y de enfermería se encuentre familiarizado con el uso del equipo desde el momento de su ingreso a la institución y refuerce las habilidades durante su instancia en la institución independiente de la presentación de código azul.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 47 de 50

Anexo 4. Cinta de reanimación básica para RCP en adultos y niños por la AHA

Equipo	GRIS* 3-5 kg	ROSA Lactante pequeño 6-7 kg	ROJO Lactante 8-9 kg	MORADO Entre 1 y 3 años 10-11 kg	AMARILLO Niño pequeño 12-14 kg	BLANCO Niño 15-18 kg	AZUL Niño 19-23 kg	NARANJA Niño grande 24-29 kg	VERDE Adulto 30-36 kg
Bolsa de reanimación		Lactante/ niño	Lactante/ niño	Niño	Niño	Niño	Niño	Niño	Adulto
Máscara de oxígeno (NRH)		Pediátrica	Pediátrica	Pediátrica	Pediátrica	Pediátrica	Pediátrica	Pediátrica	Pediátrica/ adulto
Vía aérea oral (mm)		50	50	60	60	60	70	80	80
Hoja de laringoscopio (tamaño)		1 recta	1 recta	1 recta	2 recta	2 recta	2 recta o curvada	2 recta o curvada	3 recta o curvada
Tubo ET (mm) [†]		3,5 sin balón 3,0 con balón	3,5 sin balón 3,0 con balón	4,0 sin balón 3,5 con balón	4,5 sin balón 4,0 con balón	5,0 sin balón 4,5 con balón	5,5 sin balón 5,0 con balón	6,0 con balón	6,5 con balón
Longitud de inserción del tubo ET (cm)	3 kg 9-9,5 4 kg 9,5-10 5 kg 10-10,5	10,5-11	10,5-11	11-12	13,5	14-15	16,5	17-18	18,5-19,5
Catéter de aspiración (F)		8	8	10	10	10	10	10	10-12
Balón de PA	Neonatal #5/lactante	Lactante/ niño	Lactante/ niño	Niño	Niño	Niño	Niño	Niño	Adulto pequeño
Catéter IV (ga)		22-24	22-24	20-24	18-22	18-22	18-20	18-20	16-20
IO (ga)		18/15	18/15	15	15	15	15	15	15
Sonda nasogástrica (F)		5-8	5-8	8-10	10	10	12-14	14-18	16-18
Catéter urinario (F)	5	8	8	8-10	10	10-12	10-12	12	12
Tubo torácico (F)		10-12	10-12	16-20	20-24	20-24	24-32	28-32	32-38

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

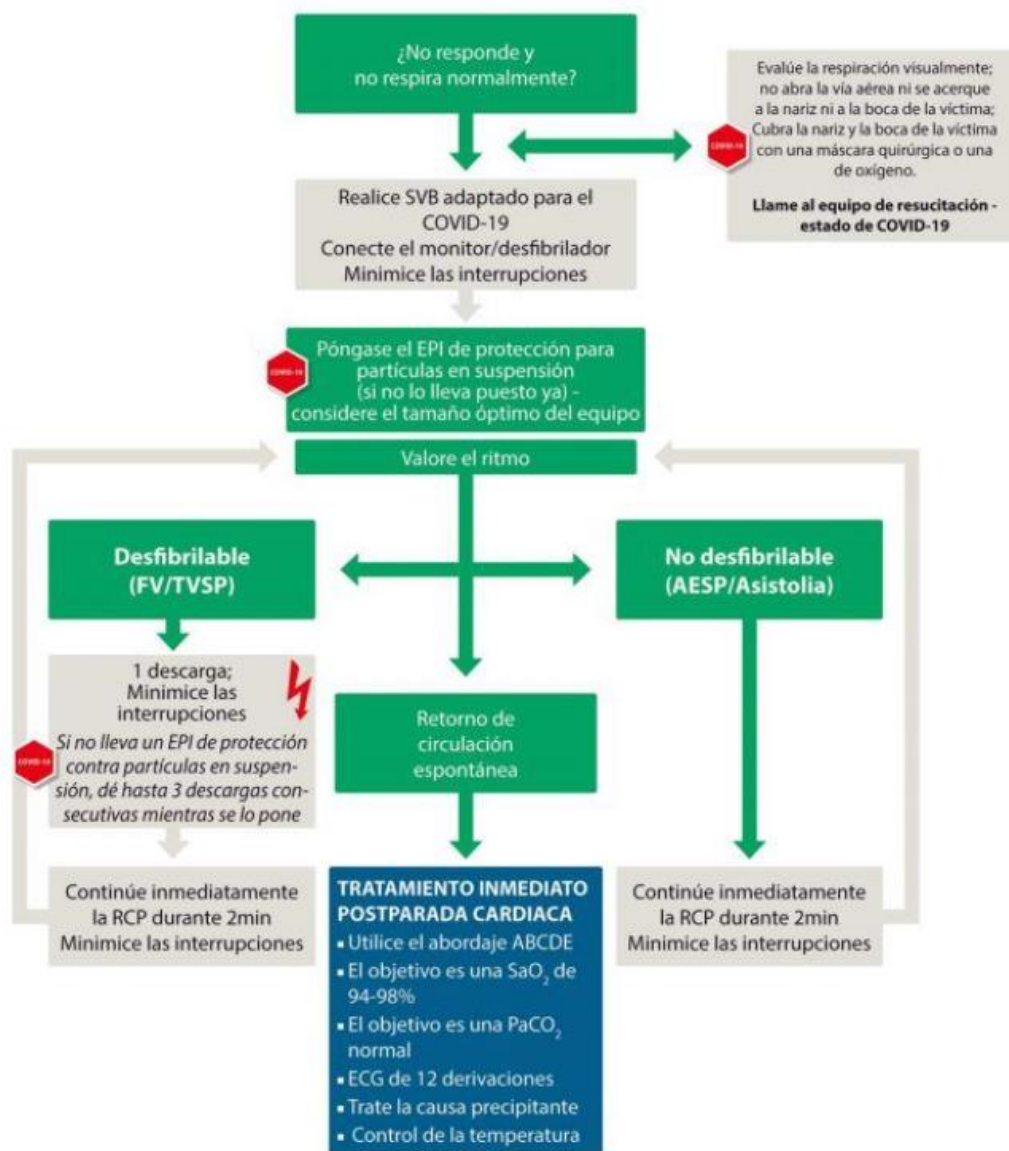





ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 48 de 50

Anexo 5a. Algoritmo de paro cardiaco adaptado para COVID-19.



Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

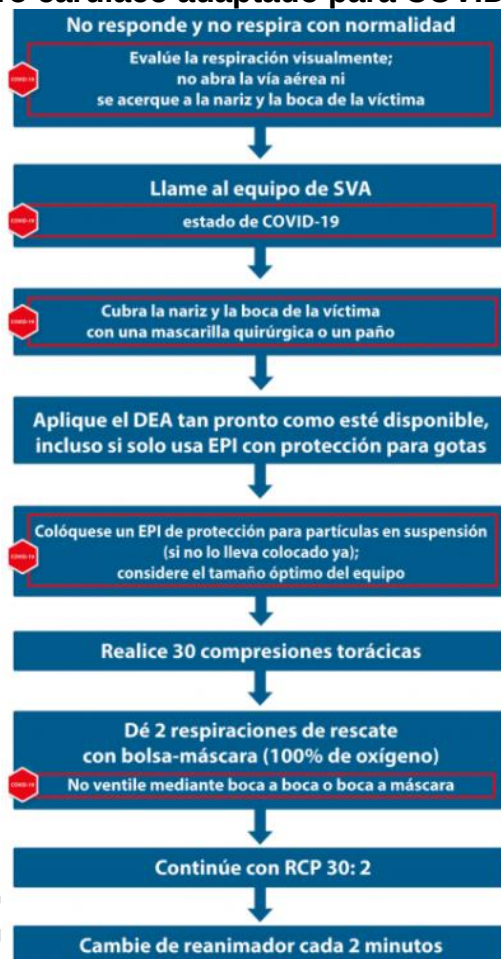
WHATSAPP
304 384 99 92



ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 49 de 50

Anexo 5b. Algoritmo de paro cardíaco adaptado para COVID-19.



Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92



ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO AZUL			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	CODIGO: SU-S1-D13	VIGENCIA: 07/11/2023	V6	PÁGINA 50 de 50



Ventilación con bolsa-máscara: use la técnica de 2 reanimadores (uno sella la máscara con dos manos y el otro, que realiza compresiones torácicas, comprime la bolsa durante la pausa para las ventilaciones); Ponga un filtro para virus entre la bolsa y la máscara.



Los equipos de BLS menos cualificados o que no se sientan cómodos con la ventilación con bolsa-máscara deben colocar una máscara de oxígeno en la cara del paciente, conectada a una fuente de oxígeno y realizar RCP solo con compresiones

COPIA CONTROLADA

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 **LÍNEA AMIGA**
863 2828

 **WHATSAPP**
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**



CARMEN EMILIA OSPINA
Salud, bienestar y dignidad

DOCUMENTO DE APOYO
PROTOCOLO CÓDIGO AZUL



PROCESO:
GESTIÓN EN ATENCIÓN DE
URGENCIAS

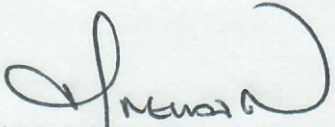
CODIGO: SU-S1-D13

VIGENCIA: 07/11/2023

V6

PÁGINA 1 de 1

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Descripción el cambio	Fecha de aprobación
2	Modificación del documento:	25/11/2013
3	Modificación del documento:	11/03/2019
4	Modificación del documento:	30/05/2019
5	Modificación del documento:	18/05/2021
6	Modificación del documento: Se modifica documento con el fin de obtener una mejora continua en el subproceso de "Gestión del servicio de urgencias" se realiza los siguientes ajustes: 1. Actualización de la vigencia. 2. Modificación del contenido en general. 3. Ajustes estructurales.	07/11/2023
 Nombre: María Nélida Ninco Rodríguez. Agremiada Asistir.  Nombre: Evelyn Karolina García Polanco. Agremiada Asistir.  Nombre: Milvia Inés Pérez Gómez. Agremiada Asistir.  Nombre: Ingrid Alexandra Suarez Castro. Cargo: Subgerente Técnico Científica. ElaboróRevisóAprobó		

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

Facebook Instagram Twitter
ESE Carmen Emilia Ospina