



**PROTOCOLO DE REANIMACIÓN
CARDIOPULMONAR AVANZADA**

Código: GCL 1.4

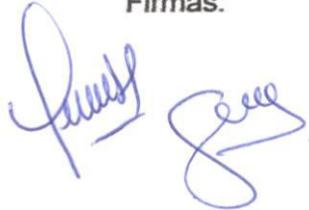
Edición: Tercera

Fecha elaboración:
diciembre 2021

Vigencia: diciembre
2026

Página 1 de 27

**PROTOCOLO DE REANIMACION
CARDIOPULMONAR AVANZADA**

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
<p>Dr. Bernardo López Dra. Paola Apablaza Médico Servicio Urgencia</p> <p>EU Keila Garcia Núñez Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente</p> <p>Firma:</p> 	<p>MT. Carolina Quinteros Torrent</p> <p>EU Susana Aravena Moraga Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente</p> <p>Firmas:</p> 	<p>Ricardo Alvear Leal Director General</p> <p>Firma:</p> 
Fecha Aprobación	03/01/2022	



**PROTOCOLO DE REANIMACIÓN
CARDIOPULMONAR AVANZADA**

Código: GCL 1.4
Edición: Tercera
Fecha elaboración: diciembre 2021
Vigencia: diciembre 2026
Página 2 de 27

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. OBJETIVOS.....	3
3. ALCANCE.....	4
4. RESPONSABLES.....	4
5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.....	5
6. DEFINICIONES.....	5
7. DESARROLLO.....	7
7.1 DISTRIBUCIÓN DE FUNCIONES DURANTE LA REANIMACIÓN.....	7
7.2 SOPORTE VITAL ADULTO.....	9
7.3 SOPORTE VITAL AVANZADO ADULTO.....	11
7.4 SOPORTE VITAL PEDIÁTRICO.....	13
7.5 RCP EN PACIENTE EMBARAZADA.....	14
7.6 RCP EN NEONATOS.....	17
7.7 CUANDO NO REALIZAR RCP.....	19
7.8 CUANDO SUSPENDER LA RCP.....	19
8. DISTRIBUCION.....	20
9. REGISTROS.....	20
10. CONTROL DE CAMBIOS.....	20
11. ANEXOS.....	21

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO · PUCÓN</p>	<p>PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA</p>	Código: GCL 1.4
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: diciembre 2021
		Vigencia: diciembre 2026
		Página 3 de 27

1. INTRODUCCIÓN

El paro cardiorrespiratorio (PCR) corresponde a la detención de la circulación y ventilación efectiva que lleva a daño orgánico irreversible y muerte.

La Reanimación Cardiopulmonar (RCP) se define como un conjunto de maniobras destinadas a sustituir y restaurar la respiración y la circulación espontánea. Las posibilidades de éxito de la RCP dependen en gran medida del tiempo transcurrido antes de recibir la reanimación, la condición coronaria previa al Paro Cardiorrespiratorio (PCR), la obtención de una perfusión coronaria efectiva, el ritmo cardíaco inicial y la calidad con que se realice la RCP.

La organización de la asistencia al PCR intrahospitalario se basa en una cadena de supervivencia, que son un conjunto de medidas y procesos que, realizados de forma ordenada, consecutiva y en un periodo de tiempo lo más breve posible, han demostrado ser los más eficientes para tratar a los pacientes con PCR.

Esta cadena de paro cardíaco debe incluir:

- Detección precoz de los pacientes con riesgo de presentar un PCR.
- Detección precoz del PCR.
- Aplicación precoz de las técnicas de soporte vital básico (SVB).
- Sistema de activación de alerta que permita aplicar SVA precoz.
- Dispositivos que permitan la Desfibrilación precoz.
- Organización eficaz de los cuidados post-resucitación con un traslado asistido y precoz a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

- Otorgar una atención oportuna, segura y eficiente a toda persona que presente un paro cardiorrespiratorio dentro de las instalaciones del Hospital Clínico San Francisco de Pucón.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estandarizar los criterios y procedimientos que se efectúan durante la reanimación cardiopulmonar avanzada en el Hospital Clínico San Francisco de Pucón.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO · PUCÓN</p>	PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA	Código: GCL 1.4
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: diciembre 2021
		Vigencia: diciembre 2026
		Página 4 de 27

- Utilizar como herramienta de ayuda en la toma de decisiones frente al manejo de pacientes afectados por un paro cardiorrespiratorio en dependencias del Hospital.

3. ALCANCE

- **Ámbito de Aplicación:** Dirigido a médicos, enfermeras, matronas y TENS que otorgan atención directa al usuario con necesidad de RCP avanzado en Hospital Clínico San Francisco de Pucón (HCSFP).
- **Población de aplicación:** Aplica a todo paciente adulto, pediátrico o neonatal que requiera RCP en HCSFP, y no presente orden de no reanimar debidamente declarada y firmada en ficha clínica.

4. RESPONSABLES

Dirección general: Es responsable de:

- Conocer, aprobar y difundir el presente protocolo.

Dirección médica: Es responsable de:

- Conocer, revisar y difundir el presente protocolo.

Supervisores de servicios clínicos: Son responsables de:

- Conocer y difundir el presente documento.
- Mantener stock de medicamentos e insumos necesarios

Médico: Es responsable de:

- Brindar atención directa al usuario y liderar la RCP.
- Ejecutar e indicar procedimientos o acciones de acuerdo a protocolo
- Decidir la continuidad o suspensión de un RCP.

Enfermera/matrona clínica: Es responsable de:

- Ejecutar las acciones indicadas por el médico.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO · PUCÓN</p>	<p>PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA</p>	Código: GCL 1.4
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: diciembre 2021
		Vigencia: diciembre 2026
		Página 5 de 27

- Participar en la emergencia asumiendo rol
- Supervisar los procedimientos ejecutados.
- Reponer oportunamente stock de insumos y medicamentos.

TENS: Es responsable de:

- Cumplir las indicaciones médicas, de enfermería o matronería
- Participar en la emergencia asumiendo roles

5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Guías de la American Heart Association 2020 para RCP avanzada adulto y pediátrico.
- Protocolo reanimación cardiopulmonar avanzado Hospital Dr. Dino Stagno Maccioni, Traiguen, 2da versión, mayo 2016.
- Protocolo reanimación cardiopulmonar avanzado Hospital Villarrica, 3era versión, octubre 2021.
- Guía Perinatal 2015 Minsal.
- https://www.hbint.org/uploads/8/4/8/2/84824300/reanimacion_neonatal_7a_edicion_pdf.pdf
- Revista chilena de anestesia año 2012.

6. DEFINICIONES

AMBU: (air mask bag unit) bolsa de aire y máscara utilizada para otorgar ventilación externa a presión positiva.

AESP: Actividad eléctrica sin pulso.

C-A-B: Circulación –vía aérea permeable –buena ventilación

Cánula Oro-faríngea o Cánula Mayo: dispositivo plástico curvo y rígido, que al ser introducido en boca permite mantener vía aérea permeable al evitar la caída de lengua sobre la orofaringe.

Compresiones Torácicas: Son las compresiones realizadas por un reanimador durante la RCP para intentar restablecer la circulación espontánea.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO · PUCÓN</p>	PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA	Código: GCL 1.4
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: diciembre 2021
		Vigencia: diciembre 2026
		Página 6 de 27

Desfibrilación: consiste en el paso de corriente eléctrica de una magnitud suficiente a través del miocardio, a fin de despolarizar una masa crítica de éste y así restablecer la actividad eléctrica coordinada.

DEA (Desfibrilador externo automático): equipo electrónico que analiza automáticamente el ritmo cardíaco de una persona que está sufriendo un paro cardíaco y cuando es necesario, libera una descarga eléctrica al corazón para restablecer su ritmo normal.

EG: Edad gestacional

FC: Frecuencia Cardíaca

HCSFP: Hospital Clínico San Francisco de Pucón

LPM: Latidos por minuto

OVACE: obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño.

Paro Respiratorio: condición clínica en que se produce cese de la ventilación efectiva, pero el corazón y los pulmones pueden continuar oxigenando la sangre durante varios minutos y el oxígeno seguirá circulando hacia el cerebro y otros órganos vitales.

Paro Cardíaco: condición clínica en que se produce una pérdida abrupta de la función cardíaca, la circulación se detiene y los órganos vitales quedan privados de aporte de oxígeno suficiente.

Paro Cardio Respiratorio (PCR): Cese brusco e inesperado de la circulación y ventilación espontánea que puede ser potencialmente reversible aplicando maniobras de RCP.

RN: Recién nacido

RCP (Reanimación Cardiopulmonar): es la aplicación de un conjunto de maniobras cuyo objetivo es a revertir el estado de paro cardiorrespiratorio

RCP-B (Reanimación Cardiopulmonar Básica): técnicas de mantenimiento de la circulación (compresiones torácicas) y ventilación no invasiva (ventilación con bolsa con reservorio), con el objetivo de mantener una circulación básica efectiva, hasta el retorno a la circulación espontánea o hasta que se pueda iniciar el SVA.

Reanimador: Persona capacitada en manejo de paro cardiorrespiratorio, que conoce el protocolo de reanimación, lo desarrolla y realiza los procedimientos de acuerdo a su materia o profesión.

RCE (Retorno a Circulación Espontánea): retorno a la actividad eléctrica cardíaca organizada, clínicamente detectable por presencia de pulsos centrales, presión arterial y medición de capnografía mayor a 40 mmHg (cuando se dispone).

RCPN: Reanimación cardio pulmonar neonatal

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO · PUCÓN</p>	<p>PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA</p>	Código: GCL 1.4
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: diciembre 2021
		Vigencia: diciembre 2026
		Página 7 de 27

SVA: Soporte vital avanzado

SVB: Soporte vital básico

VVP: Ventilación a Presión positiva

7. DESARROLLO

Como regla general, la institución adopta las recomendaciones de la American Heart Association (AHA) para el soporte cardiovascular Básico y Avanzado en la atención de pacientes adultas, pediátricas, neonatales y embarazadas.

Este protocolo está diseñado exclusivamente para prestar atenciones por funcionarios capacitados, a todos los individuos que sufran una emergencia cardiorespiratoria dentro del hospital, sean estos pacientes hospitalizados, ambulatorios, visitas o funcionarios, a partir de la activación del Código Rojo (protocolo vigente AOC 1.1).

7.1 DISTRIBUCIÓN DE FUNCIONES DURANTE LA REANIMACIÓN (ROLES)

Cada miembro del equipo debe conocer su función y sus responsabilidades. Cada función es única y determinante para la actuación eficaz del equipo. Un equipo de reanimación de alto desempeño consta de seis miembros. Cuando hay menos de seis integrantes, estas tareas deben priorizarse y re ordenarse entre los profesionales de la salud disponibles.

1.- Líder: Cada equipo de reanimación necesita un líder que organice los esfuerzos del grupo. Normalmente es el médico el que asume esta función, pero también en ausencia del médico lo puede realizar un profesional (enfermera/matrona) capacitado.

Funciones:

- Asigna los roles a los miembros del equipo
- Toma decisiones sobre el tratamiento adecuado
- Proporciona retroalimentación al resto del equipo según sea necesario
- Supervisa las actuaciones individuales de los miembros del equipo
- Coordina una respuesta de equipo excelente
- Se centra en el cuidado integral del paciente

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO · PUCÓN</p>	<p>PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA</p>	Código: GCL 1.4
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: diciembre 2021
		Vigencia: diciembre 2026
		Página 8 de 27

2.- Encargado de medicamentos/ acceso EV-IO: rol ejecutado por enfermera/matrona capacitada.

Funciones:

- Prepara e instala un acceso EV/IO
- Debe conocer los algoritmos para adelantarse a los pasos a seguir en la reanimación
- Prepara y administra los medicamentos indicados por el líder

3.- Encargado del registro: rol realizado por TENS/enfermera/matrona

- Registra el horario de las intervenciones, ritmos identificados, descargas realizadas, medicación administrada.
- Avisa al líder y equipo los tiempos para llevar a cabo la reanimación
- Registra la frecuencia y duración de las interrupciones de las compresiones
- Debe conocer los algoritmos para adelantarse a los pasos a seguir en la reanimación

4.- Encargado de Vía aérea: rol realizado por médico asistido por TENS

- Abre y mantiene la vía aérea permeable
- Proporciona ventilación a presión positiva verificando que haya movimientos torácicos
- Introduce los dispositivos para la vía aérea según evaluación

5.- Encargado de monitor/DEA/desfibrilador: rol realizado por Médico/enfermera/matrona/TENS entrenados

- Trae e instala el DEA/Monitor/desfibrilador, lo mantiene cargado para ser usado en caso de presentarse un ritmo desfibrilable
- Se intercambia con el compresor cada 2 minutos o antes si presenta signos de fatiga
- Realiza desfibrilación según el ritmo que se presenta e indicación del líder
- Deja el monitor en un lugar donde el líder y el equipo pueda verlo con facilidad

6.- Encargado de las compresiones: rol realizado por TENS/enfermera/matrona

- Realiza 2 minutos de compresiones torácicas
- Se intercambia con el encargado de monitor/DEA/desfibrilador cada 2 minutos o antes si es necesario.

Para evitar ineficacias, el líder del equipo debe delegar las tareas claramente. Los miembros del equipo deben informar si pueden asumir más responsabilidades.

Cuando las funciones no están bien definidas, los resultados no son buenos.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO · PUCÓN</p>	<p>PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA</p>	Código: GCL 1.4
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: diciembre 2021
		Vigencia: diciembre 2026
		Página 9 de 27

El líder del equipo debe en todo momento garantizar la calidad de las compresiones vigilando:

- Frecuencia de las compresiones torácicas
- Profundidad de las compresiones torácicas
- Que el reanimador permita la re expansión torácica
- Que los compresores se cambien cada 2 minutos o antes si el reanimador está cansado
- Que se minimicen lo máximo posible las interrupciones entre los ciclos

Circuito cerrado de comunicación

Al comunicarse con los miembros del equipo de reanimación, el líder establecerá un circuito cerrado de comunicación tomando estos pasos:

1. El líder da un mensaje, orden o tarea a un miembro del equipo.
2. Al recibir una respuesta clara con contacto visual, el líder del equipo confirma que el miembro ha oído y comprendido el mensaje.
3. Antes de asignar otra tarea, el líder espera hasta oír que el miembro del equipo confirma que ha realizado la tarea.

-Resulta importante mencionar que frente a escenarios donde miembros del equipo se encuentran restringidos (menos personal), los roles asignados a los miembros del equipo pueden ser más de uno. Este contexto podría darse por ejemplo tras derivación de pacientes.

7.2 SOPORTE VITAL ADULTO

El PCR en el paciente adulto tiene etiologías variadas, siendo la más frecuente la de origen cardiaco. Es por esta razón, que se prioriza la realización de las compresiones torácicas de buena calidad en vez de las ventilaciones.

Cadena de supervivencia adulto intra y extrahospitalaria:



Etapas de Soporte vital básico intrahospitalario en el HCSFP

Etapas	Procedimiento
Evaluación del nivel de conciencia	Se deberá tomar a la persona por los hombros y estimularla auditivamente preguntándole si se encuentra bien. Si el paciente no responde, se le acomoda acostado boca arriba con la cabeza en decúbito dorsal y descubriendo el tórax.
Activar el Sistema de Emergencias Médicas	Activar sistema de respuesta “Código Rojo” del HCSFP. Luego de activar el código rojo, el funcionario deberá iniciar de inmediato maniobras de SVB hasta que personal médico asuma el SVA.
Abrir la vía aérea	Se debe extender la cabeza tomando la frente del paciente con el canto de una mano y dos dedos de la otra mano en el mentón, se llevará la cabeza a una extensión asegurándose de que el mentón y el lóbulo de la oreja se encuentran en una línea vertical.
Verificar la presencia de respiración	Con la vía aérea abierta, se comprueba la ventilación durante al menos 10 segundos (presencia de movimientos torácicos).
Verificar la presencia de	Se debe comprobar pulso central (carotideo) durante 5-10 segundos.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO · PUCÓN</p>	PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA	Código: GCL 1.4
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: diciembre 2021
		Vigencia: diciembre 2026
		Página 11 de 27

pulso/ administrar compresiones	<p>En caso que el paciente no presente pulso, se deberá comprimir su tórax. Funcionario de debe arrodillar al costado del paciente, situando a éste sobre una superficie rígida.</p> <p>La posición de las manos del reanimador para comprimir el tórax es:</p> <p>Adultos: Centro del cuerpo del esternón, entre las mamilas. Una vez apoyada la palma de una mano sobre el esternón, se apoya la otra mano sobre la primera. Las compresiones torácicas deben ser fuertes (mínimo 5 cm de profundidad) y rápidas (100-120 por minuto), permitiendo la re-expansión completa del tórax entre cada compresión y realizando cambio de reanimador cada 2 minutos.</p>
Desfibrilación	<ul style="list-style-type: none"> – Si no hay pulso y está disponible el DEA, considerar uso inmediato, siguiendo instrucciones del equipo. – Conectar electrodos de desfibrilación del DEA y comprobar si ritmo es desfibrilable según evaluación del equipo. En caso de contar con equipo monitor-desfibrilador, comprobar si ritmo es susceptible de ser desfibrilado y utilice parches/palas para tal efecto, indicando modalidad y dosis elegida. – Administrar descarga según indique el DEA o dosis elegida.

7.3 SOPORTE VITAL AVANZADO ADULTO

Posterior a las acciones de soporte vital básico se inician las maniobras de mayor complejidad (SVA), las cuales pueden ser complementarias o simultáneas a las básicas, dependiendo de cada caso y situación clínica. (Ver Anexo 1).

A: Vía aérea avanzada

- Mantener permeable la vía aérea del paciente realizando extensión de cabeza y elevación de mentón (contraindicado en sospecha de lesión cervical), y/o uso de cánula oro faríngea (“cánula Mayo”).
- Determinar si es necesario dispositivo avanzado para la vía aérea: máscara laríngea o intubación endotraqueal.

B: Ventilación con soporte de oxígeno

- Ventilar con bolsa de resucitación (AMBU) y oxígeno adicional.
- Confirmar ubicación de vía aérea avanzada cada vez que paciente sea trasladado o se cambie de posición.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO · PUCÓN</p>	PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA	Código: GCL 1.4
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: diciembre 2021
		Vigencia: diciembre 2026
		Página 12 de 27

- En pacientes adultos una vez instalado dispositivo avanzado de vía aérea realizar 1 ventilación cada 5-6 segundos (8 a 10 por minuto) con compresiones torácicas continuas.

C: Circulación

- Realizar monitorización cardiaca.
- Instalación de vías venosas o intraoseas y administrar volumen con cristaloides, coloides en caso de haber indicación.
- De acuerdo al ritmo electrocardiográfico continuar según algoritmo AHA. (Ver Anexo 1)

D: Diagnóstico diferencial

- Realizar examen físico completo.
- Recopilar nuevos antecedentes con familiares o acompañantes.
- Buscar y tratar causas reversibles: las 6H y las 5T

6 H	5 T
<ul style="list-style-type: none"> -Hipovolemia -Hipoxia -Hidrogeniones o acidosis -Hipotermia -Hiper o hipokalemia -Hipoglicemia 	<ul style="list-style-type: none"> -Neumotórax a Tensión -Taponamiento cardiaco -Tóxicos -Trombosis coronaria -Tromboembolismo pulmonar

E: Cuidados post paro cardiorrespiratorio:

- Acciones que se deben realizar si el paciente presenta retorno de la circulación espontánea.
(Ver Anexo 2)

	PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA	Código: GCL 1.4
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: diciembre 2021
		Vigencia: diciembre 2026
		Página 13 de 27

7.4 SOPORTE VITAL PEDIÁTRICO

Cadena de supervivencia

PCIH



PCEH



El soporte vital básico en pacientes pediátricos tiene algunas diferencias con el adulto:

- La principal etiología del PCR es por fallo respiratorio o hipovolemia.
- Los pasos a seguir en el soporte vital avanzado de pacientes pediátricos se deben realizar según los algoritmos de la AHA año 2020:
 - Flujograma paro cardíaco pediátrico (Ver Anexo 3)

Dentro de las principales recomendaciones actualizadas al año 2020 según la AHA están:

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO · PUCÓN</p>	PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA	Código: GCL 1.4
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: diciembre 2021
		Vigencia: diciembre 2026
		Página 14 de 27

BLS pediatría	Lactante (0-12 meses)	Niños (>1 año)
Verificación pulso	En Arteria braquial durante no más de 10 segundos	En arteria carotídea o femoral durante no más de 10 segundos
Ubicación manos en compresiones	Usando 2 dedos (1 reanimador) Con ambos pulgares con las manos rodeando el pecho (2 reanimadores) en el centro del pecho	Usando 1 o 2 manos de acuerdo al tamaño del niño en el centro del pecho.
Profundidad de compresiones	1/3 del diámetro anteroposterior del pecho (aprox 4 cm)	1/3 del diámetro anteroposterior del pecho (aprox 5 cm)
Frecuencia de las compresiones	100-120 veces por minuto	100-120 veces por minuto

- Se debe comprimir permitiendo la expansión torácica completa y realizando cambio de reanimador cada 2 minutos.
- Se debe realizar comprobación de pulso y ritmo cada 2 minutos, minimizándose las interrupciones entre los ciclos.
- Si no se cuenta con una vía aérea avanzada la relación compresión-ventilación debe ser 15:2.
- Si se cuenta con una vía aérea avanzada, se deben realizar compresiones continuas y dar una ventilación cada 2-3 segundos.
- La energía de descarga para la primera desfibrilación es de 2 joules/kg.
- La energía de descarga para la 2da descarga es de 4 joules/kg, las descargas posteriores se deben realizar con energía ≥ 4 joules/kg.
- Las causas reversibles del PCR pediátrico son las mismas que las del adulto (H y T)
- Los principales fármacos usados durante la reanimación son:
 - Adrenalina 0.01 mg/kg cada 3 a 5 minutos.
 - Amiodarona 5 mg/ kg repetir hasta 3 dosis totales para la FV refractaria o TV sin pulso.

7.5 RCP EN PACIENTE EMBARAZADA

Para gestantes, el procedimiento de RCP es un evento grave con consecuencias catastróficas para la mujer y el feto, con una sobrevivencia de un 15 a 20%.

	PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA	Código: GCL 1.4
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: diciembre 2021
		Vigencia: diciembre 2026
		Página 15 de 27

Las principales etiologías que causan un PCR en la paciente embarazada se muestran en la siguiente tabla (tabla 1).

Causas asociadas a preeclampsia	<ul style="list-style-type: none"> • Accidente Vascular Encefálico • Preeclampsia/Eclampsia • Síndrome de HELLP • Disección de grandes Vasos • Hipermagnesemia
Causas cardíacas	<ul style="list-style-type: none"> • Arritmias • Infarto agudo al miocardio • Valvulopatías • Cardiopatías • Miocardiopatía del embarazo
Causas pulmonares	<ul style="list-style-type: none"> • TEP • Embolia líquido amniótico
Causas anestésicas	<ul style="list-style-type: none"> • Espinal Total • Aspiración • Hipoxia (falla ventilación y/o intubación)
Causas hemorrágicas	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia del posparto • DPPNI • Trastornos de la coagulación • Hematoma subcapsular roto
Causas infecciosas	<ul style="list-style-type: none"> • Sepsis
Causas traumáticas	<ul style="list-style-type: none"> • Accidentes • TEC

Tabla 1

Para el manejo del PCR, el soporte vital básico inicia igual que en paciente adulto, posteriormente se utiliza el algoritmo de la AHA, (anexo 4) sin embargo, se deben considerar los siguientes aspectos:

- ✓ Es primordial identificar la edad gestacional del embarazo.
- ✓ Mujeres con un embarazo <20 semanas no se benefician de cesárea, ya que el tamaño del útero no compromete el gasto cardíaco y no hay viabilidad fetal.
- ✓ Embarazo entre 20 y 23 semanas, la cesárea tiene el objetivo de resucitar a la mujer y no al feto.
- ✓ La indicación de cesárea es sobre las 24 semanas y en mujeres a las cuales se les palpe útero a 3 cm sobre el ombligo, en edad gestacional dudosa.
- ✓ En decúbito supino, la fisiología es desfavorable para la RCP
- ✓ Mantener la **lateralización de la paciente de 15 a 30° a la izquierda** (el útero grávido puede comprimir los vasos ilíacos, la vena cava inferior y la aorta abdominal produciendo hipertensión y reducción de hasta un 25% el gasto cardíaco). Si el útero está sobre el ombligo para minimizar la compresión aorto-cava, usar cuña o manualmente (Figura 1).

- ✓ Es estado gravídico generalmente existe dificultad para una expansión torácica adecuada.
- ✓ Manejo de la Vía Aérea con **intubación precoz** (manejo estómago lleno).
- ✓ Compresiones torácicas externas con mayor profundidad, en el centro del esternón.
- ✓ Intubar tan pronto como sea posible.
- ✓ Ventilaciones sin cambios
- ✓ Desfibrilación sin modificaciones en la dosis o colocación de las paletas. **Los choques de desfibrilación no transfieren corrientes significativas al feto.**
- ✓ El manejo de arritmias ventriculares es igual para la condición sin embarazo.
- ✓ Las vías venosas deben instalarse prioritariamente en extremidades superiores
- ✓ No se recomienda la monitorización fetal durante la resucitación materna. Si la resucitación es exitosa, entonces se controla la frecuencia cardíaca fetal.
- ✓ Buscar causas (H y T + tabla 1)
- ✓ De poder proceder a una cesárea, iniciarla a los 4 minutos de maniobras infructuosas, (perimortem).
- ✓ Extraer al feto en menos de 5 minutos de ocurrido el PCR.
- ✓ Si las maniobras de resucitación son exitosas, evaluar cesárea una vez compensada, dependiendo la edad gestacional. De no poder realizarla en el establecimiento derivar paciente según Protocolo vigente (AOC 2.1).



Figura 1

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO · PUCÓN</p>	PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA	Código: GCL 1.4
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: diciembre 2021
		Vigencia: diciembre 2026
		Página 17 de 27

7.6 RCP EN NEONATOS

- La mayoría de los recién nacidos que requieren reanimación tienen un corazón saludable.
- Cuando un RN requiere reanimación, suele deberse a un problema respiratorio. Esta insuficiencia respiratoria puede ocurrir antes o después del parto.
- Al momento del parto, no es posible saber si el feto se encuentra en una etapa inicial o final de la insuficiencia respiratoria. El problema principal es la falta de intercambio gaseoso y el objetivo de la reanimación neonatal es la ventilación eficaz de los pulmones del RN.
- La secuencia de RCP en neonatos mantiene el ABC de la reanimación, considerando en primer lugar mantener la vía aérea permeable (Anexo 5).
- El ritmo en RN con bolsa de resucitación y mascarilla facial será ventila-dos- tres....
- Se debe seguir una distribución de roles y ubicaciones entorno al RN (Figura 2).
- Las compresiones durante una RCP en RN son en una relación de 3 / 1; relación (3 compresiones por 1 ventilación: 1 y 2 y 3 y ventila y.....)
- Se recomienda mantener la temperatura corporal entre 36,5 y 37,5 °C.
- En prematuros más pequeños, se recomienda una fuente de calor radiante, que pueden incluir temperatura ambiental de 24 a 26 °C, toallas precalentadas, colchones térmicos, envolver al RN sin previo secado en bolsas de plástico, calentar gorro y colocarlo.
- En RN prematuros menores de 30 semanas, iniciar reanimación con una FiO2 de 30%.
- Evitar la hipertermia, ya que se asocia a resultados adversos.
- Se aconseja iniciar reanimación de RN con bajas concentraciones de O2, verificar saturometría de acuerdo a tabla de saturación **preductal** objetivo.
- **El indicador más importante de que la VPP está siendo eficaz es el aumento de la Frecuencia Cardíaca.**
- Si ésta no se eleva, se debe reevaluar si la VPP logra expandir los pulmones. En caso contrario, se seguirá la secuencia de “**PASOS CORRECTIVOS**” o “**MR SOPA**”, es decir:

M: Reacomodar la **Máscara** para obtener una posición y un sello adecuado

R: Reposicionar el cuello y la cabeza del RN.

S: Succionar la vía aérea para desobstruir si se juzga necesario.

O: Vía **Oral** abierta.

P: Considerar aumentar la **Presión** de insuflación.

A: Considerar una vía **Aérea alternativa** (máscara laríngea, tubo endotraqueal –TET)

	PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA	Código: GCL 1.4
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: diciembre 2021
		Vigencia: diciembre 2026
		Página 18 de 27

- En horario hábil, será el médico pediatra quien realice intubación endotraqueal o médico de urgencia en horario inhábil asistido por Matron/matrona de turno.
 - Para la intubación endotraqueal, se contará con laringoscopio, y tubos endotraqueales de las medidas 2,5 - 3.0 - 3,5.
 - En caso de ser necesaria la administración de adrenalina, considerar presentación de fármaco, 1mg/1 ml (1/1.000), diluir con 9 cc de suero fisiológico en una jeringa madre, para obtener concentración de 1mg/10 ml (1/10.000). Retirar mediante llave 3 pasos dosis a administrar.
- Considerar dos vías de administración:**
- a) **Endotraqueal:** 0,5 a 1 ml/kg, administrar vía tubo endotraqueal, realizar inmediatamente VPP, para mejor distribución de medicamento, repetir en 3 a 5 min de ser necesario
 - b) **Acceso venoso periférico:** 0,1 a 0,3 ml/kg, administrar mediante catéter umbilical, luego lavar catéter con 1 ml de suero fisiológico. Repetir en 3 a 5 min de ser necesario.
- Considerar la expansión de volumen de forma excepcional, y cuando se tengan antecedentes materno-fetales de hemorragia como factor de riesgo para hipovolemia neonatal.
 - En dosis de 10 ml/kg de suero fisiológico según recomendaciones internacionales en infusión de 5 a 10 min, de ser necesario podría administrarse una segunda dosis.

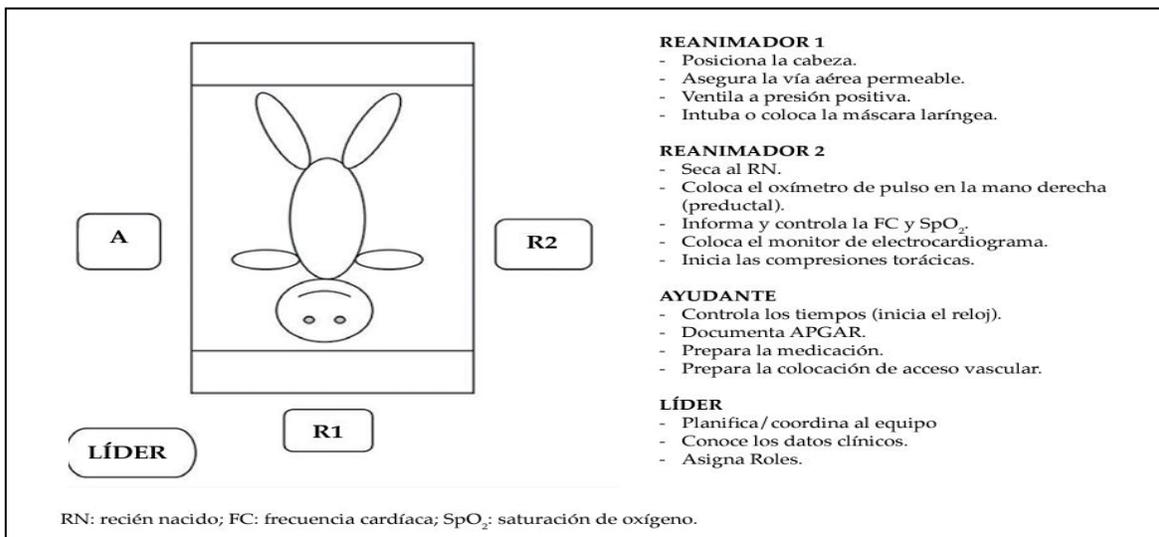


Figura 2: Distribución de roles durante la RCPN

(líder y reanimador 1: medico/reanimador 2: matrona turno/ Ayudante: TENS)

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO · PUCÓN</p>	PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA	Código: GCL 1.4
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: diciembre 2021
		Vigencia: diciembre 2026
		Página 19 de 27

7.7 CUANDO NO REALIZAR RCP

1) Evidencias de irreversibilidad:

- a.- Destrucción encefálica.
- b.- Rigor mortis.
- c.- Livideces extremas en zonas de declive.

2) Paro prolongado antes de iniciar la resucitación:

- a.- Sobre 20 min. en normotermia.
- b.- Sobre 60 min. en hipotermia.

3) Etapa terminal de enfermedades irreversibles:

En los casos de enfermedades incurables avanzadas es útil prever la posibilidad de PCR y decidir entre el médico tratante, la familia y el paciente cuando corresponda si llegado el momento se hará o no maniobras de resucitación, lo cual debe estar avalado por un documento firmado por la familia responsable o médico tratante.

4) Cuando **en Estado de Catástrofe** la RCP produzca demora en la atención de individuos con mayores posibilidades de sobrevivir.

5) Cuando la maniobra RCP expone a riesgos de vida al personal que lo va a llevar a cabo.

6) Orden de “No Reanimar” y/o “limitación del esfuerzo terapéutico”, definida en conjunto por el equipo médico tratante y el paciente, o familiar directo responsable o representante legal. Se debe dejar por escrito en ficha clínica (ONR o no RCP) con la firma correspondiente de ambas partes.

7.8 CUANDO SUSPENDER LA RCP

1) Cuando han pasado más de 20-30 minutos de maniobras y persiste ritmo de colapso, **excepto en pacientes pediátricos, electrocutados, paciente hipotérmico o en asfixia por inmersión** donde puede prolongarse el tiempo de reanimación.

2) Cuando se obtenga respiración y circulación espontánea.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO · PUCÓN</p>	PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA	Código: GCL 1.4
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: diciembre 2021
		Vigencia: diciembre 2026
		Página 20 de 27

3) Evidencia de irreversibilidad.

8. DISTRIBUCION

- Servicio de Pabellón y recuperación
- Servicios de Hospitalización
- Servicio de Urgencia
- Unidades de apoyo
- Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente

9. REGISTROS

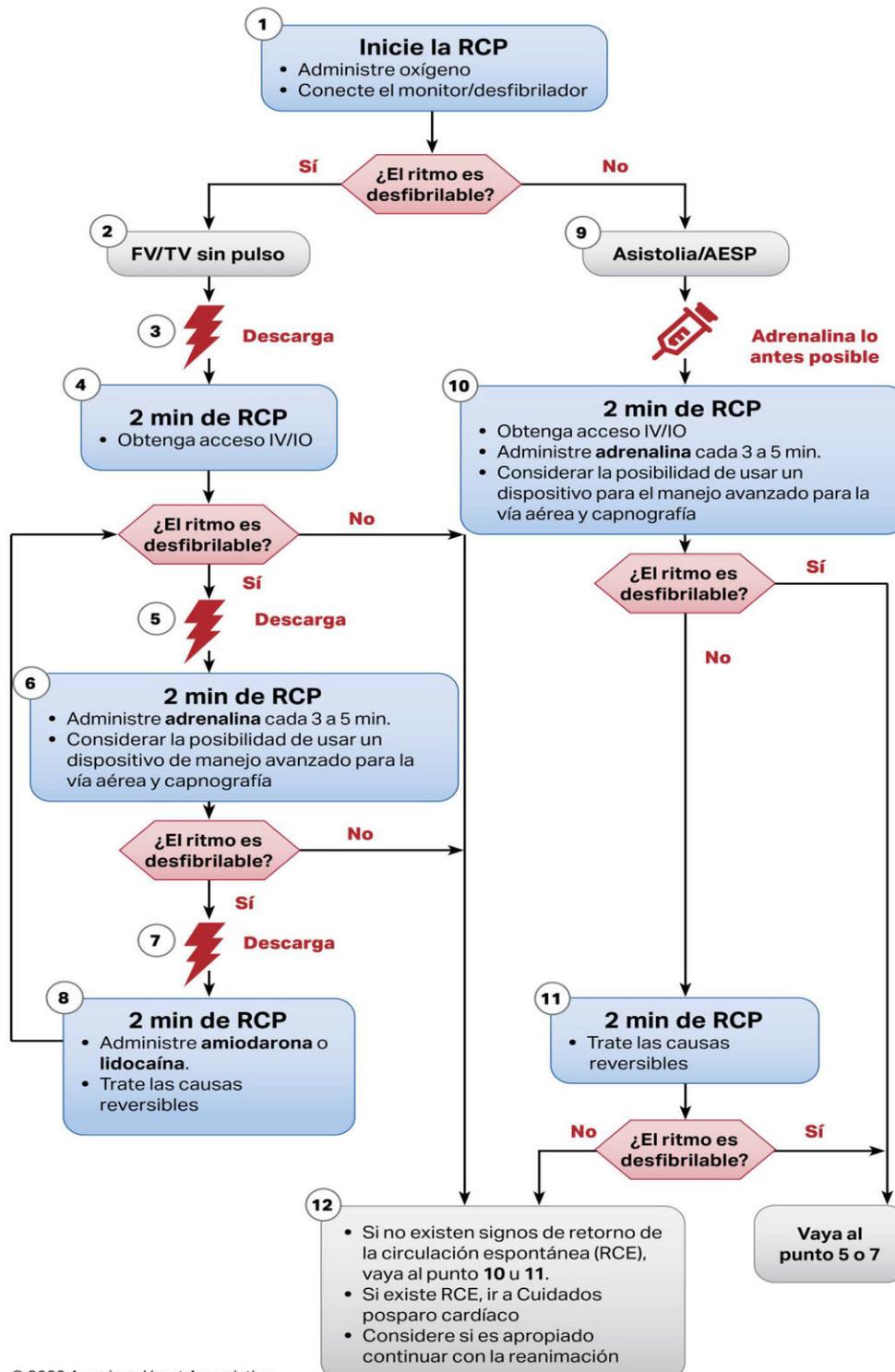
- Ficha clínica
- Hoja de registro en reanimación cardiopulmonar (Anexo 7)

10. CONTROL DE CAMBIOS

Corrección	Fecha	Descripción de la Modificación	Edición que se deja sin efecto
1	Julio 2020	<ul style="list-style-type: none"> - Cambio de logo institucional - Cambio de Director General y equipo Oficina de Calidad y Seguridad del paciente. - Se agregan definiciones - Se destacan en cuadros las menciones de RCP en pacientes pediátricos. - Se agregan puntos de RCP en embarazadas y en Neonatos. - Cambia n° de páginas de 23 a 25 	Primera
2	Diciembre 2021	<ul style="list-style-type: none"> - Se modifican definiciones - Se agrega tabla de etapas de soporte vital básico - Se organiza por separado: reanimación adulta, pediátrico, embarazada y neonatal. - Cambia n° de páginas de 25 a 27 - Anexos: se actualizan de flujogramas y algoritmos, en base a guías AHA 2020. - Anexos de adjuntan según orden de aparición en el documento. 	Segunda

11. ANEXOS

ANEXO 1: Algoritmo paro cardiorrespiratorio adulto



Calidad de la RCP

- Comprima fuerte (al menos 5 cm [2 pulgadas]) y rápido (a entre 100 y 120 c. p. m.), y permita una expansión torácica completa.
- Minimice las interrupciones entre compresiones.
- Evite una ventilación excesiva.
- Cambie de compresor cada 2 minutos, o antes si está cansado.
- Si no hay un dispositivo de manejo avanzado de la vía aérea, considere una relación de compresión-ventilación debe ser de 30:2.
- Capnografía cuantitativa
 - Si la PETCO₂ es baja o está en disminución, vuelva a evaluar la calidad de la RCP.

Energía de descarga para desfibrilación

- **Bifásica:** recomendación del fabricante (por ejemplo, dosis inicial de 120 a 200 J); si se desconoce, use el valor máximo disponible. La segunda descarga y las posteriores deben ser equivalentes, y puede considerarse la administración de valores superiores.
- **Monofásica:** 360 J.

Farmacoterapia

- **Dosis IV/IO de adrenalina:** 1 mg cada 3 a 5 minutos
- **Dosis IV/IO de amiodarona:** Primera dosis: bolo de 300 mg. Segunda dosis: 150 mg. o
- **Dosis IV/IO de lidocaína:** Primera dosis: De 1 a 1,5 mg/kg. Segunda dosis: De 0,5 a 0,75 mg/kg.

Manejo avanzado de la vía aérea

- Intubación endotraqueal o dispositivo supraglótico para el manejo avanzado de la vía aérea.
- Capnometría o capnografía para confirmar y monitorizar la colocación del tubo ET.
- Una vez llevado a cabo el manejo avanzado de la vía aérea, realice 1 ventilación cada 6 segundos (10 ventilaciones por minuto) con compresiones torácicas continuas.

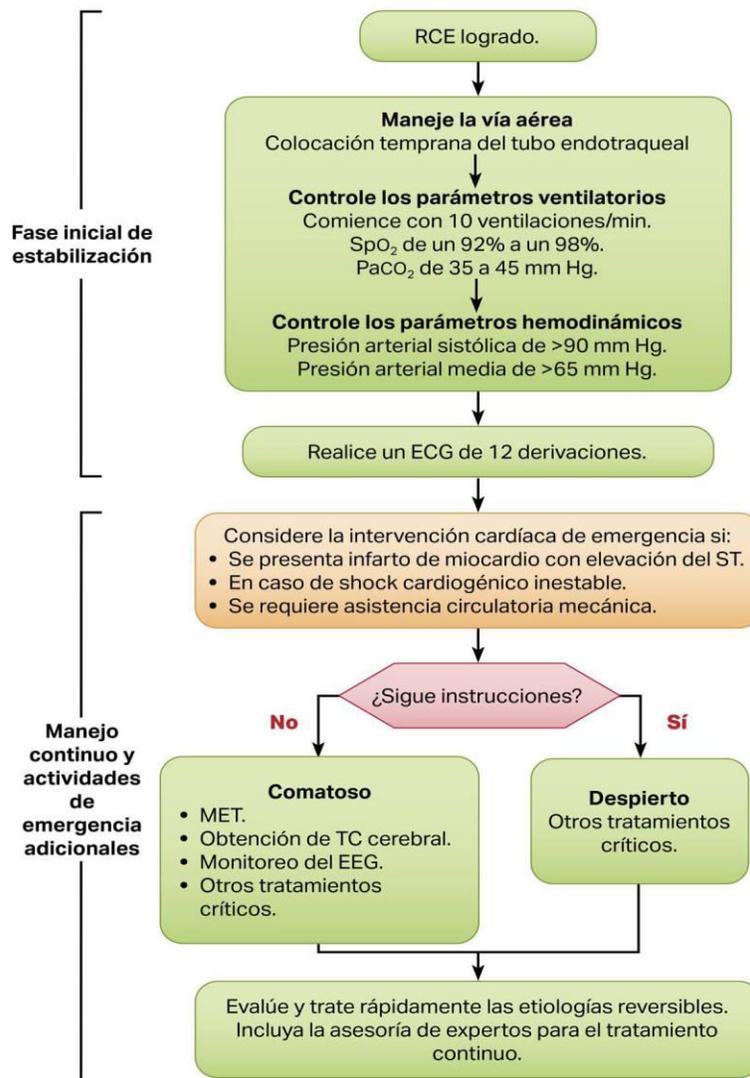
Retorno de la circulación espontánea (RCE)

- Pulso y presión arterial
- Aumento repentino y sostenido de la PETCO₂ (normalmente de ≥ 40 mm Hg).
- Ondas espontáneas de presión arterial con monitoreo intraarterial

Causas reversibles

- Hipovolemia
- Hipoxia
- Hidrogenión (acidosis)
- Hipo-/hiperpotasemia
- Hipotermia
- Tensión, neumotórax
- Taponamiento cardíaco
- Toxinas
- Trombosis pulmonar
- Trombosis coronaria

ANEXO 2: Algoritmo de atención post paro cardiaco en adultos



Fase inicial de estabilización

La reanimación continúa durante la fase posterior al RCE, y muchas de estas actividades pueden ocurrir simultáneamente. Sin embargo, si se debe establecer una priorización, siga estos pasos:

- Manejo de la vía aérea: Capnometría o capnografía para confirmar y monitorizar la colocación del tubo endotraqueal
- Manejo de los parámetros ventilatorios: ajuste la FiO_2 para la SpO_2 en un 92% a un 98%; comience con 10 ventilaciones/min. Ajuste a una $PaCO_2$ de 35 a 45 mm Hg.
- Manejo de los parámetros hemodinámicos: administre cristaloides o vasopresores o inotrópicos para la presión arterial sistólica objetivo de >90 mm Hg o la presión arterial media de >65 mm Hg.

Control continuo y prácticas de emergencia adicionales

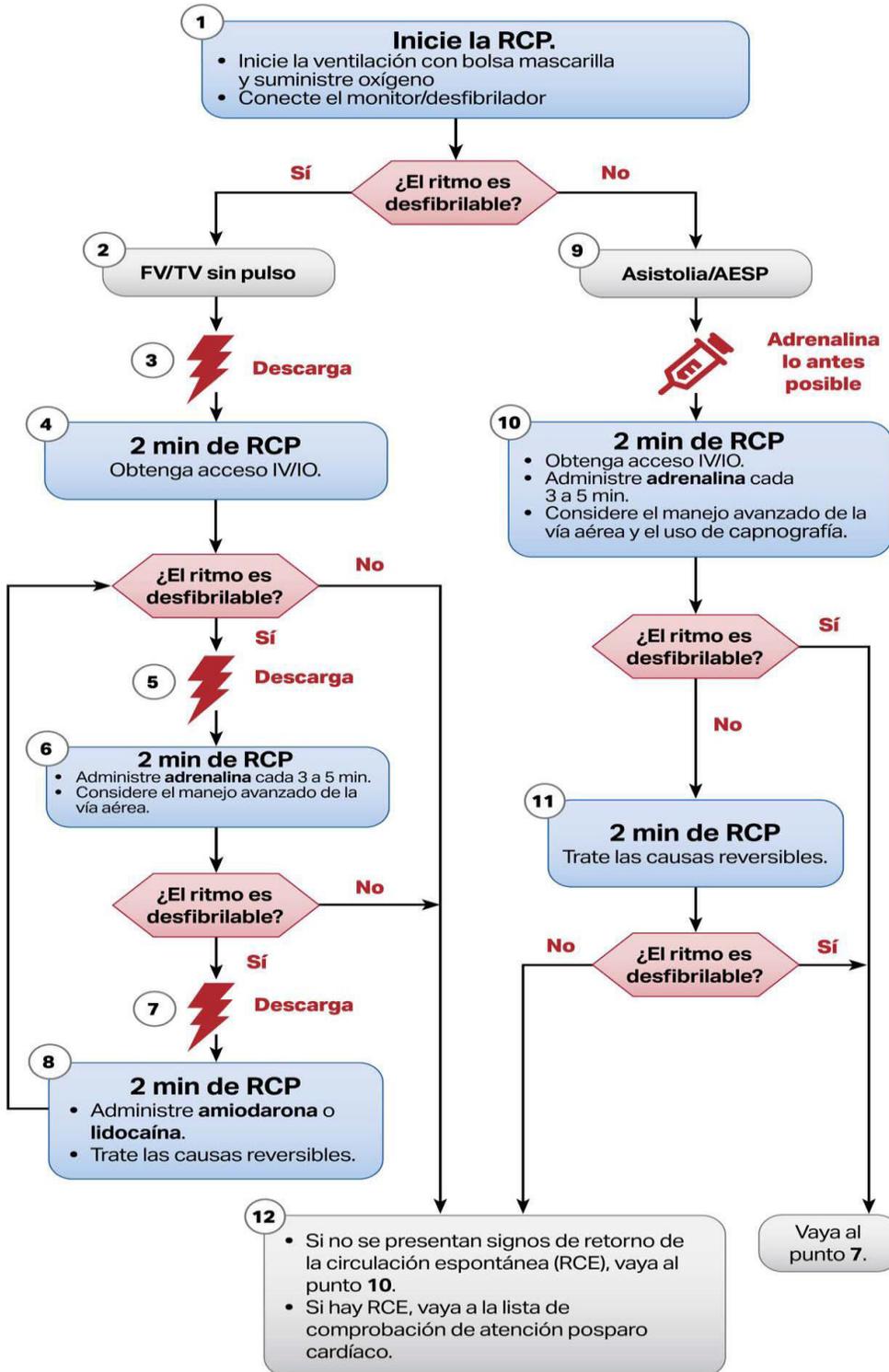
Estas evaluaciones deben realizarse simultáneamente para que las decisiones sobre manejo específico de la temperatura (MET) reciban una alta prioridad como intervenciones cardíacas.

- Intervención cardíaca de emergencia: Evaluación temprana de un electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones; considere la hemodinamia para la toma de decisiones sobre la intervención cardíaca.
- MET: si el paciente no está siguiendo órdenes, inicie el MET lo antes posible; comience a una temperatura de entre 32 °C y 36 °C durante 24 horas utilizando un dispositivo de refrigeración con un bucle de retroalimentación.
- Otros tratamientos críticos.
 - Monitoree continuamente la temperatura central (esofágica, rectal, de la vejiga).
 - Mantenga la normoxemia, la normocapnia y la euglucemia.
 - Monitoree el electroencefalograma (EEG) de forma continua o intermitente.
 - Proporcione ventilación de protección pulmonar.

Las H y T

Hipovolemia
Hipoxia
Hidrogenión (acidosis)
Hipopotasemia/hiperpotasemia
Hipotermia
Tensión, neumotórax (a tensión)
Taponamiento cardíaco
Toxinas
Trombosis pulmonar
Trombosis coronaria

ANEXO 3: Algoritmo para cardiaco pediátrico



Calidad de la RCP

- Comprima fuerte ($\geq \frac{1}{3}$ del diámetro anteroposterior del tórax) y rápido (de 100 a 120/min) y permita una expansión torácica completa.
- Reduzca al mínimo las interrupciones entre compresiones.
- Cambie al compresor cada 2 minutos o antes, si está cansado.
- Si no se cuenta con una vía aérea avanzada, la relación compresión-ventilación debe ser de 15:2.
- Si se cuenta con una vía aérea avanzada, realice compresiones continuas y suministre una ventilación cada 2 a 3 segundos.

Energía de descarga para desfibrilación

- Primera descarga 2 Joules/kg
- Segunda descarga 4 Joules/kg
- Descargas posteriores ≥ 4 Joules/kg, con un máximo de 10 Joules/kg o la dosis para adultos

Farmacoterapia

- **Dosis IV/IO de adrenalina:** 0,01 mg/kg (0,1 ml/kg de concentración de 0,1 mg/ml). Dosis máxima de 1 mg. Repita cada 3 a 5 minutos. Si no hay acceso vía IV/IO, puede administrar una dosis endotraqueal: 0,1 mg/kg (0,1 ml/kg de concentración de 1 mg/ml).
- **Dosis IV/IO de amiodarona:** bolo de 5 mg/kg durante el paro cardíaco. Se puede repetir hasta 3 dosis totales para la FV refractaria o TV sin pulso. *o bien*
Dosis IV/IO de lidocaína: Inicial: dosis de carga de 1 mg/kg.

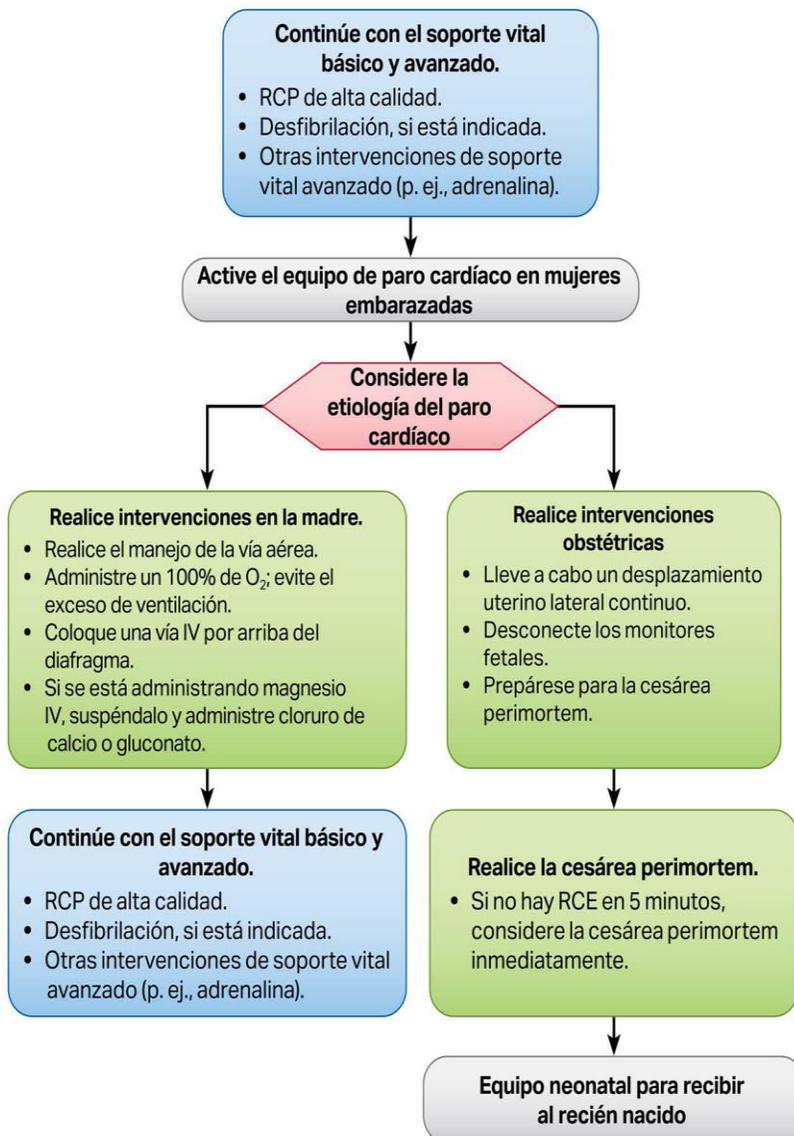
Manejo avanzado de la vía aérea

- Intubación endotraqueal o dispositivo supraglótico para el manejo avanzado de la vía aérea.
- Capnometría o capnografía para confirmar y monitorizar la colocación del tubo ET.

Causas reversibles

- Hipovolemia
- Hipoxia
- Hidrogenión (acidosis)
- Hipoglucemia
- Hipo-/hiperpotasemia
- Hipotermia
- Tensión, neumotórax (a tensión)
- Taponamiento cardíaco
- Toxinas
- Trombosis pulmonar
- Trombosis coronaria

ANEXO 4: Algoritmo de soporte vital avanzado intrahospitalario para el paro cardíaco en paciente embarazada



Paro cardíaco en una mujer embarazada

- La planificación del equipo debe realizarse en colaboración con los servicios de obstetricia, neonatales, de emergencia, anestesiología, cuidados intensivos y paro cardíaco.
- Las prioridades para las mujeres embarazadas en paro cardíaco deben incluir el suministro de RCP de alta calidad y alivio de compresión aortocava con desplazamiento uterino lateral.
- El objetivo de la cesárea perimortem es mejorar los resultados maternos y fetales.
- Lo ideal es que realice una cesárea perimortem en 5 minutos, según los recursos de los profesionales y sus habilidades.

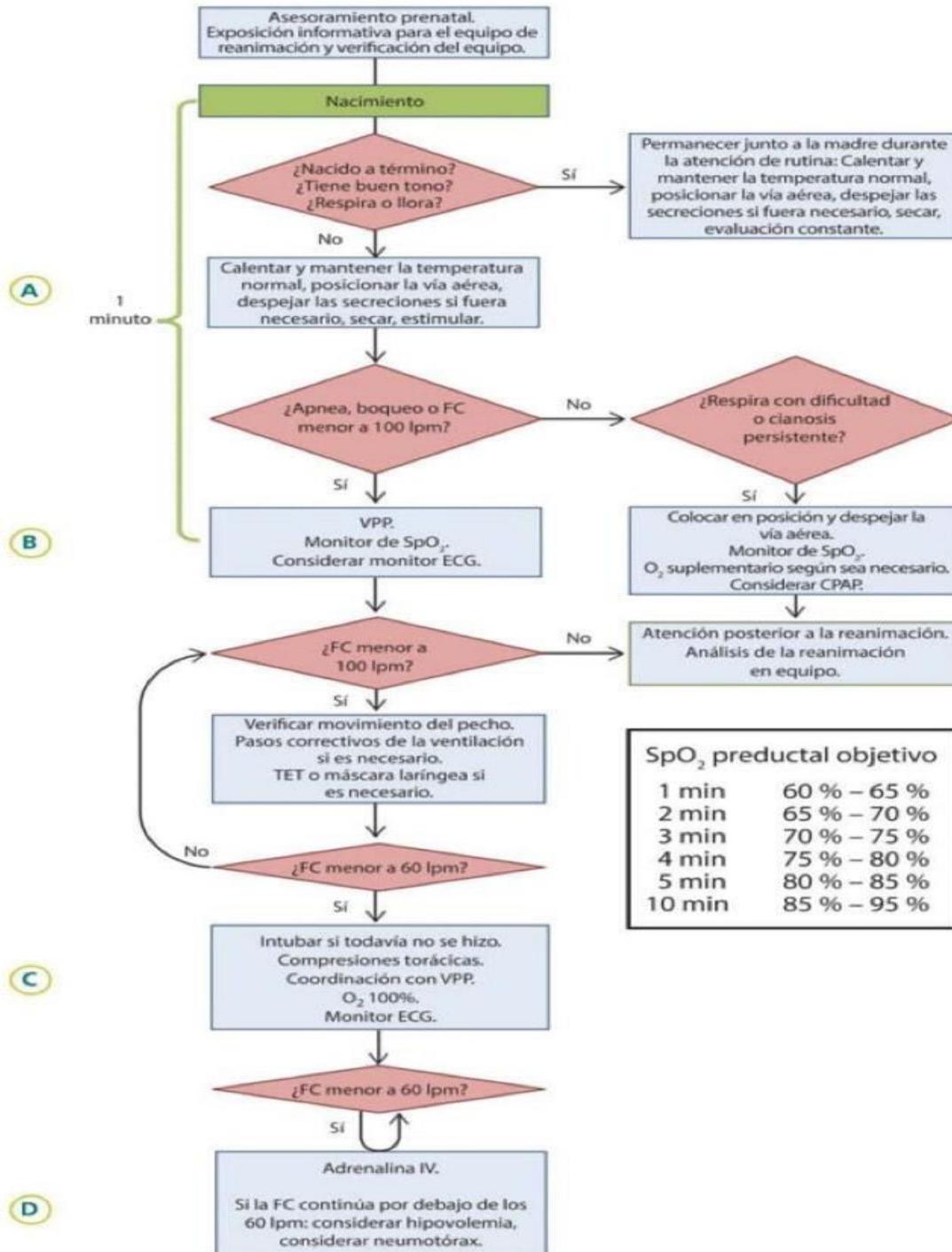
Manejo avanzado de la vía aérea

- En el embarazo, es común tener una vía aérea dificultosa. Recorra al profesional con más experiencia.
- Haga intubación endotraqueal o use un dispositivo supraglótico para el manejo avanzado de la vía aérea.
- Utilice la capnometría o capnografía para confirmar y monitorizar la colocación del tubo ET.
- Una vez colocado el dispositivo de manejo avanzado de la vía aérea, realice 1 ventilación cada 6 segundos (10 ventilaciones por minuto) con compresiones torácicas continuas.

Posible etiología del paro cardíaco en una mujer embarazada

- A:** complicaciones con la anestesia.
- B:** sangrado.
- C:** cardiovascular.
- D:** drogas.
- E:** embolia.
- F:** fiebre.
- G:** causas generales no obstétricas del paro cardíaco (las H y las T).
- H:** hipertensión.

ANEXO 5: Algoritmo reanimación neonatal en sala de partos



 HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO · PUCÓN	PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA	Código: GCL 1.4
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: diciembre 2021
		Vigencia: diciembre 2026
		Página 26 de 27

ANEXO 6: Resumen SVB/BLS

Componente	Adultos y adolescentes	Niños (entre 1 año de edad y la pubertad)	Lactantes (menos de 1 año de edad, excluidos los recién nacidos)
Seguridad del lugar	Asegúrese de que el entorno es seguro para los reanimadores y para la víctima.		
Reconocimiento del paro cardíaco	Comprobar si el paciente responde El paciente no respira o solo jadea/boquea (es decir, no respira normalmente). No se detecta pulso palpable en un plazo de 10 segundos. (La comprobación del pulso y la respiración puede realizarse simultáneamente en menos de 10 segundos.)		
Activación del sistema de respuesta a emergencias	Si está usted solo y sin teléfono móvil, deje a la víctima para activar el sistema de respuesta a emergencias y obtener el DEA antes de comenzar la RCP. Si no, mande a alguien en su lugar e comience la RCP de inmediato; use el DEA en cuanto esté disponible.	Colapso presenciado por alguna persona Siga los pasos para adultos y adolescentes que aparecen a la izquierda. Colapso no presenciado Realice la RCP durante 2 minutos. Deje a la víctima para activar el sistema de respuesta a emergencias y obtener el DEA. Vuelva a donde esté el niño o lactante y reinicie la RCP; use el DEA en cuanto esté disponible.	
Relación compresión-ventilación sin dispositivo avanzado para la vía aérea	1 o 2 reanimadores 30:2	1 reanimador 30:2 2 o más reanimadores 15:2	
Frecuencia de compresiones	100-120 lpm		
Profundidad de las compresiones	Al menos 5 cm (2 pulgadas)*	Al menos un tercio del diámetro AP del tórax Al menos 5 cm (2 pulgadas)	Al menos un tercio del diámetro AP del tórax Alrededor de 1½ pulgadas (4 cm)
Colocación de la mano o las manos	2 manos en la mitad inferior del esternón	2 manos o 1 mano (opcional si es un niño muy pequeño) en la mitad inferior del esternón	1 reanimador 2 dedos en el centro del tórax, justo por debajo de la línea de los pezones 2 o más reanimadores 2 pulgares y manos alrededor del tórax, en el centro del tórax, justo por debajo de la línea de los pezones
Descompresión torácica	Permita la descompresión torácica completa después de cada compresión; no se apoye en el pecho después de cada compresión.		
Reduzca al mínimo las interrupciones.	Limite las interrupciones de las compresiones torácicas a menos de 10 segundos		

*La profundidad de compresiones no debe ser superior a 6 cm (2,4 pulgadas).

Abreviaturas: DEA (desfibrilador externo automático), AP (anteroposterior), cpm (compresiones por minuto), RCP (reanimación cardiopulmonar).

ANEXO 7: Hoja de registro en reanimación cardiopulmonar

REGISTRO DE ENFERMERÍA

I.- IDENTIFICACIÓN:

Nombre:	Edad:	Fecha de Nacimiento: / /	RUT:	Nombre contacto:
Diagnóstico:	Fecha de Ingreso:		Fono contacto:	
Hora:	Antecedentes Mórbidos:	Alérgico a:		

II.- SIGNOS VITALES:

HORA	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
PIA (mmHg)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
FC (x')																
FR (x')																
T. AXILAR (°C)																
SAT. O ₂ (%)																
FI O ₂																
HGT (mg/dL)																
GSW																
EVA																

III.- PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

O ₂ /FIO ₂ para saturar %	L / FIO ₂	ECG	TELE
Via de administración O ₂	Nasica Oral / Reservorio	Masc. Simple	TET Nº
Asp. Secreciones		Hora:	
Sonda Foley	Nº	Cantidad(ml):	
		Tipo:	
SNG/SOG	Nº	Contenido:	
Tronclisis	SI	NO	
VVP	SI/NO	Nº	Nº

IV.- FARMACOS ADMINISTRADOS (DOSIS)	Hora					V.- EXAMENES
	:	:	:	:	:	
						HEMOGRAMA Y VHS
						BIOQUIMICO
						ENZ. CARDIACAS
						P. COAGULACION
						GRUPO Y RH
						ORINA
						ELP
						OTRO:

VI.- ESCALA DE GLASGOW					
Ap. Ocular		Resp. Verbal		Resp. Motora	
Espontánea	4	Orientado	5	Ob. Orden	6
Al llamado	3	Confuso	4	Loc. Dolor	5
Al dolor	2	Incoherente	3	Retira	4
Nunca	1	Incomprensible	2	Resp. Flex	3
		Ninguna	1	Resp. Ext	2
		PUNTAJE		Ninguna	1

VII.- EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA:

III.- DESTINO INMEDIATO:

MEDIO DE TRASLADO:

IX.- NOMBRE MEDICO TRATANTE:

X.- NOMBRE ENFERMERA(O):

XI.- TENS:
