

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



PROCEDIMIENTOS
Versión ISO 9001:2015

DIRECCIÓN GENERAL

**DEFIBRILACIÓN DEL PACIENTE
PEDIÁTRICO Y ADULTO**



Código:
PR-SMP-23



Fecha:
DIC 20

Rev. 02

Hoja: 1 de 6

DEFIBRILACIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO Y ADULTO

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Puesto	Subdirección de Medicina Perioperatoria	Subdirección de Medicina Perioperatoria	Dirección General
Firma			

	<p align="center">PROCEDIMIENTOS Versión ISO 9001:2015</p>		<p>Código: PR-SMP-23</p>
	<p align="center">DIRECCIÓN GENERAL</p>		<p>Fecha: DIC 20</p>
	<p align="center">DESFIBRILACIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO Y ADULTO</p>		<p>Rev. 02 Hoja: 2 de 6</p>

1. Propósito

La desfibrilación no “vuelve a poner en funcionamiento” al corazón. La desfibrilación “aturde” al corazón y pone fin, aunque brevemente, a toda su actividad eléctrica, incluida la Fibrilación Ventricular (FV) y la Taquicardia Ventricular (TV) rápida. Si el corazón aún es viable, sus marcapasos naturales finalmente podrán reanudar la actividad eléctrica (regreso del ritmo espontáneo), lo que, en última instancia, tendrá como resultado un ritmo de perfusión. Sin embargo, durante los primeros minutos tras una desfibrilación exitosa, el ritmo espontáneo es normalmente lento y no se traduce en pulso o perfusión. Es necesario realizar la Reanimación Cardio-Pulmonar (RCP) durante varios minutos hasta que se recupere la función cardiaca adecuada. Esta es la explicación de por qué después de una descarga se deben reanudar las compresiones torácicas de alta calidad inmediatamente

2. Alcance

Inicia desde que se presenta la FV/TV sin pulso hasta que se resuelve la arritmia potencialmente desfibrilable. El presente instructivo aplica para el Médico Adscrito a la Unidad de Agudos, Médico Residente y el Personal de Enfermería perteneciente a la Unidad de Agudos, subagudos y choque.

3. Responsabilidades

Conocimiento en reanimación cardiopulmonar básico (BLS) y avanzado (ACLS) en personal médico y paramédico que labore en cualquier aérea de este Instituto.

4. Políticas de operación y normas.

- Todas las acciones realizadas durante el procedimiento se deberán asentar en el expediente clínico con base a NOM-004-SSA3-2012 para el expediente clínico y la NOM-024-SSA3-2013 para el expediente electrónico
- Todos los documentos generados en el SAIH deberán ser firmados por el médico responsable para su integración en el expediente clínico.
- Realizar de acuerdo al padecimiento del paciente la desfibrilación.
- El personal de salud está obligado a detectar y conocer el trazo electrocardiográfico de TV/TV sin pulso.

5. Descripción del procedimiento:

N°	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	Médico adscrito/Residente/Enfermería	Evaluación primaria.
2		Los primeros pasos para el tratamiento de cualquier emergencia son verificar si el paciente responde, respira (evaluación visual no > 5 segundos) y entonces proceder a activar el Servicio Médico de Emergencias (SEM) y conseguir el desfibrilador manual o automático.
3		Verificar el pulso carotídeo del paciente durante al menos 5 segundos pero no más de 10 segundos; si no está completamente seguro de haber detectado el pulso, realice ciclos de compresiones y ventilaciones relación 30:2 hasta que llegue el desfibrilador; realice compresiones torácicas a una profundidad de 5 cm, comprima fuerte y rápido, con una frecuencia de aproximadamente 100 compresiones por minuto, permita que el pecho regrese completamente a su posición original).
4		Si el tórax del paciente esta mojado séquelo antes de la desfibrilación.
5		No coloque las palas del desfibrilador manual directamente encima de un parche de medicación ya que puede bloquear la transferencia de energía desde la pala del desfibrilador hacia el corazón y la administración de una descarga a través del parche de medicamento puede causar pequeñas quemaduras en la piel. Retire el parche medicamentoso y limpie la piel antes de colocar las palas del desfibrilador. Trate de minimizar las interrupciones entre las compresiones torácicas.
6		En los pacientes con paro cardíaco en FV/TV sin pulso que tienen hipotermia y una temperatura corporal <30 grados Celsius, realizar un único intento de desfibrilación. Si el paciente no responde al intento inicial de desfibrilación, aguarde a que la temperatura central suba por encima de los 30 grados Celsius antes de volver a intentar la desfibrilación o recurrir al tratamiento farmacológico
7		Monitoree al paciente.

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD


PROCEDIMIENTOS
 Versión ISO 9001:2015

DIRECCIÓN GENERAL
**DESFIBRILACIÓN DEL PACIENTE
 PEDIÁTRICO Y ADULTO**

Código:
 PR-SMP-23



Fecha:
 DIC 20

Rev. 02
Hoja: 4 de 6

8		Identifique la arritmia (FV/TV sin pulso).
9		Inicie RCP de alta calidad. Minimice las interrupciones entre las compresiones torácicas.
10		Encienda el desfibrilador manual (monofásico o bifásico).
11		Coloque jalea conductora en cada una de ellas en forma circular del centro a la periferia
12		Retire las paletas del desfibrilador e inicie carga a 360J o 200J según corresponda a las características del desfibrilador a utilizar.
13		Coloque la paleta que dice esternón debajo de la clavícula en la línea paraesternal del lado izquierdo, ejerciendo una presión sobre el tórax de 6 a 8 Kg.
14		La paleta que dice ápex colóquela en el quinto espacio intercostal línea axilar media ejerciendo una presión de 6 a 8 Kg sobre el tórax.
15	Médico Adscrito/Residente/Enfermería	Verifique que el desfibrilador esté en modo asincrónico .
16		Para asegurarse de que durante la desfibrilación todos los miembros del equipo estén a salvo, siempre se debe anunciar cuándo se va a administrar una descarga. Antes de administrar cada descarga se debe "avisar" en voz alta y firme en una secuencia completa que debe durar menos de 5 segundos: Voy a administrar una descarga cuando cuente tres. Uno, Yo fuera , (asegúrese de no tener ningún punto de contacto con el paciente, la camilla y el equipamiento); dos, tú fuera (verifique visualmente que nadie esté en contacto con el paciente o la camilla); tres, todos fuera (observe una vez más antes de presionar el botón de descarga).
17		Reinicie compresiones torácicas 30:2 ventilaciones por 5 ciclos (2 minutos).
18		Verifique ritmo.
19		Verifique el pulso sólo si hay un ritmo organizado.
20		Si la FV/TV sin pulso persiste, reinicie RCP de alta calidad con compresiones torácicas de 30:2 ventilaciones mientras se carga el desfibrilador.



21		Si se dispone de una vía endovenosa, administre un fármaco vasopresor durante la RCP de alta calidad (antes o después de la descarga) de la siguiente manera: adrenalina (epinefrina) 1 mg endovenoso, repita cada 3 a 5 minutos ó vasopresina 40 U vía endovenosa; puede reemplazar a la primera o segunda dosis de adrenalina según corresponda a la evolución de la asistencia.
22		Verifique el ritmo después de administrar 2 minutos (aproximadamente 5 ciclos) de RCP de alta calidad
23		Si la verificación del ritmo muestra que el ritmo no es desfibrilable y el paciente no tiene pulso, siga el proceso de asistolia/AESP.
24		Si la verificación del ritmo muestra que el ritmo es desfibrilable, debe reanudar las compresiones torácicas, si está indicado, mientras el desfibrilador se está cargando.
25		Administre una descarga y reanude la RCP de alta calidad inmediatamente después.
26	Médico Adscrito/Residente/Enfermería	Considere la administración de fármacos antiarrítmicos antes o después de la descarga. Los fármacos a tener en consideración son: amiodarona 300 mg vía endovenosa, luego considere administrar 150 mg vía endovenosa adicionales una vez; lidocaína 1 a 1.5 mg/kg vía endovenosa en la primera dosis, luego de 0.5 a 0.75 mg/kg vía endovenosa cada 5 a 10 minutos, hasta alcanzar una dosis máxima de 3 mg/kg; magnesio en caso de <i>torsades de pointes</i> , dosis de carga de 1 a 2 gr vía endovenosa diluidos en 10 cc de solución dextrosa al 5% vía endovenosa normalmente durante 5 a 20 minutos.
27		Si el paciente evoluciona satisfactoriamente realice únicamente lo indicado para mantener una presión media de 70 mmHg
28		Retire las paletas.
29		Apague el desfibrilador.
30		Limpie el tórax del paciente.
31		Limpie las paletas del desfibrilador perfectamente.
32		Colóquelas en el lugar correspondiente.
33		Retire el desfibrilador de la unidad
34		Conéctelo a la corriente eléctrica las 24horas en forma continua.

	PROCEDIMIENTOS Versión ISO 9001:2015		Código: PR-SMP-23
	DIRECCIÓN GENERAL		Fecha: DIC 20
	DESFIBRILACIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO Y ADULTO		Rev. 02 Hoja: 6 de 6

35		Realice anotaciones correspondientes y mantenga la estabilidad hemodinámica del paciente
36		Si el paciente continúa en FV/TV sin pulso solicite apoyo a un experto y realice lo indicado en el algoritmo de FV/TV sin pulso.
FIN DE PROCEDIMIENTO		

6. Documentos de referencia:

DOCUMENTO	CODIGO
NMX-CC-9001-IMNC-2015 ISO 9001:2015 Sistemas de Gestión de la Calidad-Requisitos	N/A
Procedimiento de ingreso de pacientes a la Unidad de Cuidados Coronarios.	CI-CORO-PNO-01-IT
Guidelines of CPR. American Heart Association. 2010	
NOM-004-SSA3-2012 para el expediente clínico	
NOM-024-SSA3-2013 para el expediente electrónico	

REGISTRO	TIEMPO DE CONSERVACIÓN	RESPONSABLE DE CONSERVACIÓN	CODIGO
Expediente Clínico	5 años	Archivo Clínico	N/A

7. Glosario

N/A

8. Control de cambios

Revisión	Descripción del cambio	Fecha
00	Inicio en el Sistema de Gestión de Calidad	JUN 15
01	Transición del SGC de la Norma ISO 9001:2008 a la Norma ISO 9001:2015	MAY 18
02	Actualización de Imagen Institucional	DIC 20