	<b>Protocolo General</b> <b>REANIMACION CARDIO CEREBRO PULMONAR</b>		
	<b>PROCESO:</b> Guías y protocolos		<b>VERSIÓN:</b> 5
	<b>FECHA EMISIÓN:</b> 13/06/2013	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b> 06/08/2022	<b>CÓDIGO:</b> PCG-2.13-03

## 1. OBJETIVO


Garantizar una oportuna y adecuada reanimación cardio-pulmonar avanzada con criterios unificados y actualizados, logrando una resucitación y estabilización de las funciones cardio-respiratorias del paciente y evitando secuelas o la muerte.

## 2. ALCANCE

Aplica para todo el personal que desempeña sus funciones en el área asistencial de cirugía y hospitalización.

## 3. DEFINICIONES

- **Reanimación Cardio Pulmonar (RCP):** Cualquier maniobra o técnica destinada a restablecer la circulación, o una técnica que combina ventilación artificial y compresiones torácicas destinadas a perfundir órganos vitales o restablecer la circulación de una víctima de paro cardiorrespiratorio.
- **Paro Cardiorespiratorio (PCR):** Interrupción de los latidos cardíacos funcionales y de la respiración. (puede haber paro cardíaco o paro respiratorio en forma individual).
- **Desfibrilación:** Despolarización asincrónica del miocardio con el objetivo de terminar una fibrilación ventricular o una taquicardia ventricular sin pulso. En sentido práctico se utiliza el término para indicar cualquier descarga eléctrica destinada a tal fin. Esta terapia se realiza con un desfibrilador.
- **Cardiodesfibrilador:** Es un equipo electrónico que produce una descarga eléctrica al paciente con el fin de revertir un ritmo de paro (desfibrilable) o una arritmia a un ritmo de perfusión. Permite además monitorizar el ritmo del paciente. Algunos equipos pueden tener funciones de marcapasos.
- **Carro de Paros:** Es un mueble rodante con cajones que contiene medicamentos, equipos e insumos necesarios para la atención de un paro cardiorrespiratorio. Por lo general sobre este está ubicado el cardiodesfibrilador.
- **Código Azul:** Es un sistema de llamado urgente para los eventos de Paro Cardiorespiratorio, o inminencia de éste, buscando la respuesta inmediata de un grupo de personas entrenadas para el manejo de este tipo de situaciones. Igualmente, que llegue la ayuda tecnológica adecuada (cardiodesfibrilador, aspirador, monitor de signos vitales, carro de paro). El objetivo primordial del código azul es lograr una asistencia en los primeros 2 minutos del paro cuando los efectos sobre el sistema nervioso central son reversibles.
- **Equipo de Código Azul:** es el equipo humano responsable de acudir y realizar las maniobras de reanimación cardiopulmonar ante una alerta de código azul.

	<b>Protocolo General REANIMACION CARDIO CEREBRO PULMONAR</b>		
	<b>PROCESO:</b> Guías y protocolos		<b>VERSIÓN:</b> 5
	<b>FECHA EMISIÓN:</b> 13/06/2013	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b> 06/08/2022	<b>CÓDIGO:</b> PCG-2.13-03

#### 4. RECURSOS NECESARIOS

##### 4.1 TALENTO HUMANO:

- Anestesiólogos.
- Médico general.
- Jefe de enfermera.
- Auxiliares de enfermería.
- Secretaria.

##### 4.2 EQUIPOS BIOMÉDICOS:

- Monitor completo con ekg.
- Soporte de oxígeno.
- Cardiodesfibrilador.
- Aspirador.

##### 4.3 MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS:


- Carro de paro completo con medicamentos definidos por comité de farmacia y terapéutica.
- Ambu o BVM (bolsa válvula máscara).
- Aspirador.
- Sondas de aspirar, o cánula yankauer.
- Monitores (Cardioscopio, oxímetro, dinamap).
- Equipo de Vía Aérea Difícil.

#### 5. CONTENIDO

##### REANIMACION CARDIO CEREBRO PULMONAR

###### Identificar paciente en paro cardio-cerebro-pulmonar o con riesgo de sufrirlo

- El anestesiólogo que se encuentra en el quirófano con el paciente diagnostica el evento y avisa a la enfermera del área.
- Valora la eficacia de la ventilación y en caso de ser necesario proporciona ventilación a presión positiva.
- El anestesiólogo confirma adecuada colocación y fijación del tubo (en caso de ser necesario).
- Verifica-colocación de monitorización y el estado clínico del paciente.

	<b>Protocolo General</b> <b>REANIMACION CARDIO CEREBRO PULMONAR</b>		
	<b>PROCESO:</b> Guías y protocolos		<b>VERSIÓN:</b> 5
	<b>FECHA EMISIÓN:</b> 13/06/2013	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b> 06/08/2022	<b>CÓDIGO:</b> PCG-2.13-03

- Valora vía aérea y despeja en caso de estar obstruida. (secreciones, cuerpo extraño, entre otros).

En caso de estar en otra área distinta al quirófano

- Llame al paciente por su nombre, si no responde muévelo suavemente para ver si lo hace.
- Si el paciente responde verifique la monitorización no invasiva y la clínica del paciente.
- Si el paciente no responde verifique si el paciente respira, o verifique oximetría, verifique pulso carotideo por 10 segundos, o verifique frecuencia cardiaca, si no respira y no si no tiene pulso, active el código azul; si tiene pulso verifique si el paciente respira, verifique oximetría, si no respira llame al anestesiólogo tratante o al del quirófano 11.

Todo el personal asistencial que se desempeña en el servicio de cirugía y hospitalización es responsable de la ejecución de estas actividades.

#### Activar alarma del código azul

- La auxiliar 3 (circulante interna de la sala) activa timbre.
- La auxiliar 1 es la encargada de traer el carro de paro y realiza la administración de medicamentos.
- En caso de estar en otra área de servicio de cirugía, quien identifica el paro, activa el código azul con el timbre respectivo, no deja paciente solo, auxiliar 1 lleva el carro de paro hasta el área del suceso.

NOTA: En caso de que la enfermera sea quien identifica el paciente en paro, asumirá las funciones de líder, (reanimador 1) mientras llega el medico líder, luego se posiciona hacia la cabeza del paciente, a la derecha del reanimador líder. Recibe primeras órdenes e imparte órdenes a la auxiliar 1, 2, 3 y 4. Se ocupa de la función cardio-vascular inicia Compresiones 100 – 120 por minuto, con una profundidad de 5-6 cm, con una relación 30 compresiones 2 ventilaciones. (Reanimador 2).

#### Profundidad de la compresión torácica\*

Durante la RCP manual, los reanimadores deben realizar compresiones torácicas con una profundidad de al menos 5 cm (2 pulgadas) en un adulto de complejión normal evitando una profundidad excesiva (más de 6 cm [2,4 pulgadas]).

Todo el personal asistencial que se desempeña en los servicios de cirugía y hospitalización son responsables de la ejecución de las actividades descritas.

	<b>Protocolo General</b> <b>REANIMACION CARDIO CEREBRO PULMONAR</b>		
	<b>PROCESO:</b> Guías y protocolos		<b>VERSIÓN:</b> 5
	<b>FECHA EMISIÓN:</b> 13/06/2013	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b> 06/08/2022	<b>CÓDIGO:</b> PCG-2.13-03

**LIDER MÉDICO – COORDINADOR Y ASISTENTE DE VÍA AEREA: (anestesiólogo de la sala – médico general):**


- Durante la RCP se posiciona a la cabeza del paciente.
- Toma signos y confirma la activación del CODIGO AZUL – INICIA RCCP.
- Se ocupa de la VIA AEREA Y FUNCIÓN CARDIOVASCULAR si no hay segundo médico (coordina con la enfermera jefe masaje cardiaco.)
- Despeje de vía aérea, extensión de cuello, colocación de cánula de Guedell, manejo del ambú.
- Intubación si es requerida, Confirma posición del tubo.
- Ordena Medicamentos.
- Vigila e interpreta monitores.
- Asesora las acciones de los demás.
- Revisará correctamente C-A-B.
- Constatará que el masaje se haga de una manera efectiva.
- Cambia- reemplaza funciones.
- Toma las decisiones críticas.
- Determina fin de la reanimación.
- Define Interconsultas o traslado a otra unidad hospitalaria de mayor complejidad.

**ASISTENTE DE MASAJE – CIRCULACION (anestesiólogo, médico y/o enfermera):**

- Recibe vía aérea mientras llega el Médico líder. Luego se posiciona a la cabeza del paciente, derecha del re animador líder. Siempre estará a cargo del anestesiólogo que se encuentra asignado en el quirófano del mayor número de procedimientos.
- Recibe primeras órdenes e imparte órdenes a auxiliar 1, 2 y 3.
- Se ocupa de la función cardiovascular inicia (MASAJE CARDIACO) 2 minutos, 30:2.
- Realiza el manejo del Desfibrilador el cual será utilizado según normas de seguridad y orden del líder, escucha y hace cumplir órdenes. Desfibrila 360 j (monofásico) 120 – 200 j (bifásico).
- Verifica cada 2 minutos respuesta a la RCCP.
- Mantiene comunicación directa con el líder.
- Luego de instaurada la VIA AEREA, la asegura y le da comodidad, control del flujometro, humidificación de vía aérea, seguridad en el cableado, permanencia de esta según pulsometría, verificar adecuada colocación de dispositivos respiratorios.
- Verifica desempeño de todo el personal.
- Nunca abandona el área de código azul.

**AUXILIAR 1: Enfermera – Auxiliar de enfermería (Asistente de Medicamentos):**

- Se posiciona a la izquierda del paciente.
- Es la responsable de llegar con el carro de paros.

	<b>Protocolo General</b> <b>REANIMACION CARDIO CEREBRO PULMONAR</b>		
	<b>PROCESO:</b> Guías y protocolos		<b>VERSIÓN:</b> 5
	<b>FECHA EMISIÓN:</b> 13/06/2013	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b> 06/08/2022	<b>CÓDIGO:</b> PCG-2.13-03


- Establece DOS accesos VENOSOS, (catéter 16 o 18), una vía administra medicamentos, otra vía administra Inotrópicos.
- Líquidos venosos SIn Salina al 0.9% - SIn de Hartman.
- Realiza preparación de mezclas, envasado de medicamentos, marcado y aplicación de los medicamentos, realizar lavado después de administrado medicamento con 10 -20 cc de SIn salina.
- Verifica tiempo de aplicación del medicamento y dosis administrada.
- Administra el material solicitado del carro de paros.
- Solicita a la auxiliar 4. Lo que necesite que no se encuentre en el quirófano, preparación o recuperación.
- Se encarga de reponer materiales o insumos gastados del carro de paro.

#### **AUXILIAR 2: (asistente circulante):**

- Se posiciona a la derecha del paciente.
- Atenta a las Instrucciones del líder.
- Retira ropa del paciente (Tijera).
- Encargado de la monitorización del paciente.
- Ayuda con el manejo de la vía aérea, responsable de tener disponible para su uso el ambú, realiza la conexión a la fuente de oxígeno.
- Instala aspirador portátil.
- Prepara cánulas de Guedel, máscaras faciales o de Venturi o mascarar laríngeas o tubos oro traqueales
- Verifica signos vitales, lee en voz alta valores de TA, FC, FR, PULSOMETRIA, EKG etc,
- Prepara al paciente para todos los procedimientos: asepsia y suministro de elementos requeridos.
- Recibe muestras para el laboratorio, las rotula y las entrega a la auxiliar nro. 4, para ser enviadas al laboratorio.
- Se mantiene a la expectativa de las órdenes para circular en el quirófano, preparación o recuperación si es necesario.

#### **AUXILIAR 3: (asistente de registro)**

- Se posiciona a la izquierda del anestesiólogo mientras llega el carro de paro, es reemplazada por la auxiliar 1, luego pasa a registro de historia clínica.
- Realiza los registros y notas pertinentes.
- Registro secuencial de la reanimación.
- Lleva los record de tiempos (con cronometro).
- inicio de reanimación, (dato suministrado por la primera persona que activa el código).
- Describe ordenadamente acciones.
- Controla tiempo de acciones.
- Registra complicaciones y respuestas.

	<b>Protocolo General REANIMACION CARDIO CEREBRO PULMONAR</b>		
	<b>PROCESO:</b> Guías y protocolos		<b>VERSIÓN:</b> 5
	<b>FECHA EMISIÓN:</b> 13/06/2013	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b> 06/08/2022	<b>CÓDIGO:</b> PCG-2.13-03

- Lleva el tiempo de la reanimación.
- Realiza el informe de la reanimación.
- Entrega el informe al líder quien será el único que lo modifique.

#### **AUXILIAR 4: (asistente-circulante externo).**

- Se mantiene a la expectativa de las órdenes para circular, lleva material, insumos y medicamentos solicitados al lugar del código azul.
- Lleva material, insumos y medicamentos solicitados al lugar del código azul.
- Pedir apoyo, llamar especialistas, médicos tratantes, familiares, técnico Rx y otros.

#### **ADMINISTRACIÓN DE VASOCONSTRICTORES Y ANTIARRÍTMICOS**

Después de la primera descarga se procederá a seguir alternando treinta compresiones con dos ventilaciones durante dos minutos y a administrar 1 mg de epinefrina IV, luego realizar lavado después con líquidos instalados, de no tenerlos elevar miembro superior con el fin de facilitar el retorno. (3)

Cuando la FV y /o la TV sin pulso persiste después de la primera descarga de 200 J y de 2 minutos de reanimación, un vasopresor se puede dar con la finalidad de incrementar el flujo sanguíneo miocárdico durante la reanimación y alcanzar el retorno a circulación espontánea (ROSC). (3)


Es razonable considerar la administración de 1 mg de epinefrina IV/IO cada 3- 5 minutos durante el arresto cardíaco. (3)

Al final de este período de dos minutos se chequea nuevamente el ritmo en el monitor y el pulso carotideo y si persiste la FV o la TVSP se administra una segunda descarga con la misma cantidad de Julios para continuar nuevamente con un período de dos minutos alternando compresiones y ventilaciones, y una segunda dosis de epinefrina. Luego del segundo período de compresiones, se evalúa nuevamente el ritmo (el pulso se chequea si hay cambio en el monitor) y si persiste la arritmia (FV/TV sin pulso) se administran 300 mg IV de Amiodarona directa, en bolo, luego realizar lavado después con líquidos instalados, de no tenerlos elevar miembro superior con el fin de facilitar el retorno. (3)

La Amiodarona se puede considerar cuando la FV/TV Sin pulso no responde a la reanimación, desfibrilación y terapia vasopresora. (3)

Si al final de este período se constatan nuevamente los ritmos desfibrilables, se administra una tercera descarga. Trate de determinar: ¿Por qué el paciente no ha salido del paro?.

(6 H-6 T). Para este momento debe considerarse, si no ha tenido respuesta, el aseguramiento de la vía aérea idealmente con intubación orotraqueal (IOT) o de lo contrario si no se cuenta con el entrenamiento suficiente aparatos supraglóticos como máscara laríngea y combitubo. El aseguramiento de la vía aérea debe realizarse por orden del líder del equipo. Si tiene a su disposición la capnometría/capnografía, se deberá utilizar. Podrá emplear la vía endotraqueal para la administración de medicamentos solo si no ha sido posible obtener una vía endovenosa o intraósea.

	<b>Protocolo General</b> <b>REANIMACION CARDIO CEREBRO PULMONAR</b>		
	<b>PROCESO:</b> Guías y protocolos		<b>VERSIÓN:</b> 5
	<b>FECHA EMISIÓN:</b> 13/06/2013	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b> 06/08/2022	<b>CÓDIGO:</b> PCG-2.13-03

Es imperativo tomar nota de que la compresión cardiaca y la ventilación deberán seguir a cada intervención de desfibrilación sin tardar más de cinco segundos, para desfibrilar, ni más de cinco segundos para reiniciar maniobras de compresiones después de la descarga eléctrica. La epinefrina podrá darse cada tres a cinco minutos; si prefiere continuar usando solo epinefrina y si las arritmias son persistentes, puede utilizar una segunda dosis de amiodarona de 150 mg IV directa, luego realizar lavado después con líquidos instalados, de no tenerlos elevar miembro superior con el fin de facilitar el retorno. Recuerde que los otros ritmos de paro son la asistolia y la actividad eléctrica sin pulso y que no son desfibrilables. (3)

Un vasopresor se puede dar tan pronto se pueda con la finalidad primaria de incrementar el flujo cerebral y miocárdico durante la reanimación y alcanzar retorno a la circulación espontánea. (3)

Las evidencias disponibles sugieren que el uso rutinario de la atropina en asistolia y actividad eléctrica sin pulso es poco probable que tenga beneficio terapéutico. (3)

El uso combinado de vasopresina y adrenalina no ofrece ninguna ventaja frente al uso de la adrenalina en dosis estándar para el tratamiento del paro cardíaco. Además, la vasopresina no ofrece ninguna ventaja con respecto al uso de la adrenalina sola. Así pues, para simplificar el algoritmo, se ha suprimido la vasopresina de la actualización del algoritmo de paro cardíaco en adulto de 2015(3)

## **OTROS MEDICAMENTOS**


### **ADRENALINA**

Es la primera droga usada en la RCP de cualquier etiología, se puede repetir dosis cada 3-5 minutos (recomendación clase IIb, nivel de evidencia A). En adultos se recomienda una dosis inicial intravenosa (IV) o intraósea (IO) en bolo directo de 1mg (0,01-0,02mg/kg) que se podrá repetir en 3-5 minutos si fuese necesario

### **AMIODARONA**

Es un alfa y beta bloqueante adrenérgico no competitivo, lo que produce vasodilatación coronaria con aumento de flujo coronario. Por vía IV prolonga el periodo refractario e incrementa la duración del potencial de acción, y disminuye la velocidad de conducción en el nodo AV y vías accesorias. Puede dar hipotensión y bradicardia, y debemos tener precaución cuando lo administramos con otros fármacos que prolongan el QT. Es un antiarrítmico de elección en la fibrilación ventricular (FV)/taquicardia ventricular sin pulso (TVSP) refractaria a la RCP, desfibrilación y uso de vasopresor (recomendación clase IIIb, nivel de evidencia B). La dosis inicial en un adulto es de 300mg en bolo IV/IO (2 ampollas en 14 ml de suero glucosado al 5%, cada ampolla trae 150mg) y después pasar abundante suero si se utiliza una vía periférica, debido a que la amiodarona puede causar tromboflebitis. Si persistiera la FV/ TVSP podríamos administrar una siguiente dosis de 150mg

### **VASOPRESINA**

	<b>Protocolo General</b> <b>REANIMACION CARDIO CEREBRO PULMONAR</b>		
	<b>PROCESO:</b> Guías y protocolos		<b>VERSIÓN:</b> 5
	<b>FECHA EMISIÓN:</b> 13/06/2013	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b> 06/08/2022	<b>CÓDIGO:</b> PCG-2.13-03

Es otro vasoconstrictor adrenérgico periférico que también causa vasoconstricción coronaria y renal, pero no demuestra diferencia en los resultados (reanudación de la circulación espontánea, supervivencia al alta o un mejor estado neurológico), frente a la adrenalina en el paro cardiaco. Así dosis de 40 U de vasopresina IV/IO pueden reemplazar la dosis de 1mg de adrenalina en el tratamiento del paro cardiaco (recomendación clase IIb, nivel de evidencia A).

#### **XILOCAINA:**

La lidocaína se puede considerar si la amiodarona no está disponible, ya que puede servir en el efecto antiaritmico sin ser tan específico. (4)

Sin embargo, la lidocaína, no ha probado a corto y largo plazo eficacia en el arresto cardiaco. (4)

#### **SULFATO DE MAGNESIO:**

Su administración de rutina en el arresto cardiaco no está recomendada, a menos que las puntas torcidas estén presentes. (4)

#### **BICARBONATO DE SODIO:**

El uso de rutina del bicarbonato de sodio no se recomienda para pacientes en arresto cardiaco.

En algunas situaciones, como acidosis metabólica preexistente, hiperkaliemia o sobredosis con antidepresivos tricíclicos, el bicarbonato puede ser benéfico. (4)


#### **CALCIO:**

El uso rutinario en arresto cardiaco intra o extra hospitalario, no está recomendado. (4)

#### **ACCIONES PREVENTIVAS DURANTE EL PARO CARDIACO.**

##### **HIPOXIA CEREBRAL**

- Inmediatamente se detecta el paro cardio-respiratorio, proporcionar compresiones torácicas
- Iniciar el soporte vital básico lo antes posible.
- Mantener el equipo de carro de paro completo, despejado y en completo orden.
- Tener en el servicio siempre el ambú o BVM instalado y estéril para posibles emergencias.

	<b>Protocolo General REANIMACION CARDIO CEREBRO PULMONAR</b>		
	<b>PROCESO:</b> Guías y protocolos		<b>VERSIÓN:</b> 5
	<b>FECHA EMISIÓN:</b> 13/06/2013	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b> 06/08/2022	<b>CÓDIGO:</b> PCG-2.13-03

- Mantener a disposición el recurso humano capacitado.

## BRONCOASPIRACIÓN

- Mantener en buen estado la toma de aspiración de vacío de cada área del servicio.
- Tener en el servicio sondas de aspiración desechables de varios tamaños y cánula de aspirar estéril.

## BUENA ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO

- Las actividades deben ser conocidas por todo el equipo.
- Verificar en cada turno que el carro de paro este completo.
- Verificar diariamente la descarga del desfibrilador.

LOS REANIMADORES DEBEN	LOS REANIMADORES NO DEBEN
Realizar compresiones torácicas con una frecuencia de 100-120 cpm.	Comprimir con una frecuencia menor de 100 cpm o mayor de 120 cpm
Comprimir a una profundidad mínima de 5 cm (2 pulgadas)	Comprimir a una profundidad inferior a 5 cm (2 pulgadas) o superior a 6 cm (2,4 pulgadas)
Permitir una descompresión torácica completa después de cada compresión	Apoyarse en el pecho entre compresiones
Reducir al mínimo las pausas de las compresiones	Interrumpir las compresiones durante más de 10 segundos
Ventilar adecuadamente (2 ventilaciones después de 30 compresiones, realizando cada ventilación durante 1 segundo asegurándose de que produce elevación torácica)	Proporcionar demasiada ventilación (es decir, demasiadas ventilaciones o ventilaciones excesivamente fuertes)

## 6. BIBLIOGRAFÍA:

1. American heart association, Aspectos destacados de la actualización de las guías de la AHA para RCP.[Internet].USA: Editor; [CONSULTADO 28/05/2018]. Disponible en: <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Spanish.pdf>

	<b>Protocolo General</b> <b>REANIMACION CARDIO CEREBRO PULMONAR</b>		
	<b>PROCESO:</b> Guías y protocolos		<b>VERSIÓN:</b> 5
	<b>FECHA EMISIÓN:</b> 13/06/2013	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b> 06/08/2022	<b>CÓDIGO:</b> PCG-2.13-03


2. HOSPITAL PABLO TOBON URIBE. REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA EN ADULTOS Y EN NIÑOS, SOPORTE BASICO DE VIDA [Internet]. MEDELLIN: 2016 [; consultado EL 29/05/18]. Disponible en: [https://hospitalpablotobonuribe.com.co/images/pdf/RCP\\_basico%20modificacion\\_final%202016.pdf](https://hospitalpablotobonuribe.com.co/images/pdf/RCP_basico%20modificacion_final%202016.pdf)
3. José Ricardo Navarro-Vargas, Hernando Matiz-Camacho y Javier Osorio-Esquivel. Manual de práctica clínica basado en la evidencia: Reanimación cardiocerebro pulmonar revista colombiana de anestesiología [Internet] 2014 [consultado: 28/05/2018]; volumen 43: páginas 09/19. Disponible en [http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v43n1/es\\_v43n1a04.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v43n1/es_v43n1a04.pdf)
4. DIOSDADO FIGUEREDO M. En una reanimación cardiopulmonar, ¿Qué fármacos usaremos? Habilidades e terapéutica [Internet] 2013 [consultado]; vol. 19 pág124-127. Disponible en: [http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/19\\_2\\_Habilidades\\_e\\_Terapeuticas.pdf](http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/19_2_Habilidades_e_Terapeuticas.pdf)
5. Yolanda Vallejo P\*, Jorge Hernán Vega L. \*, Angela María González T\*\*, Maribel Penagos S. Giovanni Peña B. Olydayana Puentes C. \*\*, Luz Mery Villalba T\*\*, Diana Sofía Villarraga G\* En REANIMACIÓN CEREBRO-CARDIO-PULMONAR DEL PACIENTE ADULTO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS . Protocolo de atención en un hospital de tercer nivel, E.S.E. Disponible en: [file:///C:/Users/anestesiologo5/Downloads/329-Texto%20del%20art%C3%Adculo-771-1-10-20181029%20\(1\).PDF](file:///C:/Users/anestesiologo5/Downloads/329-Texto%20del%20art%C3%Adculo-771-1-10-20181029%20(1).PDF).
6. [www.esenorte3cauca.gov.co](http://esenorte3cauca.gov.co) ,PROTOCOLO CÓDIGO AZUL ,DISPONIBLE EN <http://esenorte3.gov.co/wp-content/uploads/2018/05/protocolo-codigo-azul.pdf>

## 7. ACTUALIZACIÓN Y APROBACIÓN

Actualizado por	Aprobado por
<b>Nombres y Apellidos:</b> Dr. Juan Carlos Echeverry Velásquez / Janeth Cristina Gómez Pareja  <b>Cargo:</b> Director Médico / Coordinadora de Enfermería	<b>Nombres y Apellidos:</b> Dr. William Palacio <b>Cargo:</b> Anestesiólogo

## 8. CONTROL DE CAMBIOS

EDICIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN
4	06/06/2020	Actu

	<b>Protocolo General REANIMACION CARDIO CEREBRO PULMONAR</b>		
	<b>PROCESO:</b> Guías y protocolos		<b>VERSIÓN:</b> 5
	<b>FECHA EMISIÓN:</b> 13/06/2013	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b> 06/08/2022	<b>CÓDIGO:</b> PCG-2.13-03

5	06/08/2022		Actu
---	------------	--	------

## 9. LINK DE SOCIALIZACIÓN

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeJsU5zNND7WOW\\_K24juWKs5NB3hZojjxMkmjZ-PktgLynS6w/viewform](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeJsU5zNND7WOW_K24juWKs5NB3hZojjxMkmjZ-PktgLynS6w/viewform)

