

ACTA Nro. 136

FECHA: Lunes, 9 de Octubre de 2017

HORA: 10:15 a. m.

LUGAR: RECINTO DEL CONCEJO "OCTAVIO TRUJILLO GONZÁLEZ"

ASISTENTES:

1. CARLOS MARIO CUARTAS PALACIO
Presidente.
2. ALEXANDER VASCO RAMÍREZ
Vicepresidente primero.
3. LICINIO DE JESÚS LÓPEZ LOAIZA
Vicepresidente segundo.
4. JUAN CARLOS BUSTAMANTE AGUDELO
5. MARGARITA MARÍA FLOREZ PIEDRAHITA
6. JHON FREDY GONZALEZ MONTOYA
7. JOSÉ JULIÁN CANO CASTRO
8. LUZ IRENE CARMONA SALAZAR
9. CARLOS MARIO COLORADO MONTOYA
10. ALDER JAMES CRUZ OCAMPO
11. ALEXANDER MORALES CASTAÑO
12. JUAN FERNANDO MONTOYA MONTOYA
13. JOHAN ANCIZAR QUINTERO PÉREZ

OTROS ASISTENTES:

-DOCTOR ALEXANDER GARCÍA CASTRO
Secretario de Salud del Municipio de Girardota


-DOCTOR JOHN JAIRO RAMÍREZ
Asesor del Despacho Municipal

-DOCTOR RUBÉN DARIO GARCÍA NOREÑA
Funcionario de la Secretaría de Salud del Municipio de Sabaneta

INICIO:

El señor Presidente de la corporación, CARLOS MARIO CUARTAS PALACIO, inicia la sesión, saludando al personal administrativo del Concejo Municipal, al Secretario de Salud del Municipio de Girardota, al Dr. John Jairo Ramírez, asesor de despacho, a los Honorables Concejales, a la mesa directiva, a las personas de la comunidad y a los que los ven a través del canal institucional.

Solicita al señor secretario dar lectura al orden del día.

 <p>Municipio de Sabaneta CONCEJO MUNICIPAL</p>	<p>ACTA DE SESION DE CONCEJO</p>	Código: FO-ALA-13
		Versión: 0
		Fecha de Aprobación: 11 noviembre 2008
		Página 2 de 3

ORDEN DEL DÍA

1. HIMNO DE SABANETA
2. LLAMADO A LISTA Y VERIFICACIÓN DEL QUÓRUM.
3. INTERVENCIÓN DEL SECRETARIO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE GIRARDOTA, ALEXANDER GARCÍA CASTRO, MÉDICO CIRUJANO, TEMA: CIUDADES CARDIO PROTEGIDAS.
4. INTERVENCIÓN DE LOS CONCEJALES.
5. LECTURA DE COMUNICADOS.
6. CIERRE DE LA SESIÓN

SECRETARIO: Lee el orden del día, el cual fue aprobado por unanimidad.

DESARROLLO

1. HIMNO DE SABANETA.
2. LLAMADO A LISTA Y VERIFICACIÓN DEL QUÓRUM.

SECRETARIO: Llama a lista a los honorables Concejales, manifestándole a la presidencia, que hay suficiente quórum para deliberar y decidir.

3. INTERVENCIÓN DEL SECRETARIO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE GIRARDOTA, ALEXANDER GARCÍA CASTRO, MÉDICO CIRUJANO, TEMA: CIUDADES CARDIO PROTEGIDAS.

Se dirige con diapositivas, las cuales son anexadas a la presente acta.

4. INTERVENCIÓN DE LOS CONCEJALES

PRESIDENTE: Le concede el uso de la palabra al Concejal Licinio López Loaiza.

CONCEJAL LICINIO LÓPEZ LOAIZA: Que bueno que Sabaneta entre a ser parte de estos tres Municipios que hoy se denominan "Cardio protegidos", esto para ben de la comunidad, me parece que desde la Secretaría de Salud se vaya avanzando en este tipo de protección al ciudadano, máxime cuando las estadísticas, usted lo decía Dr. Alexander, muestran que hay grandes muertes en el mundo por esta casusa. Sabaneta entonces entra con diez desfibriladores, importante que desde la Secretaría de Salud comencemos primero a socializar en el entorno donde quedó ubicado cada



uno de estos desfibriladores, empecemos a socializar y a capacitar a la gente para que finalmente no sea un producto muerto, sino que tenga la dinámica que se requiere. Lo segundo es que desde la Secretaría de Salud se le comunique a toda la población del Municipio donde quedaron ubicados cada uno de estos desfibriladores.

5. LECTURA DE COMUNICADOS.

SECRETARIO: Anuncia que no reposan comunicados sobre la mesa.

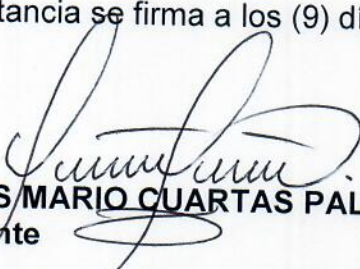
6. CIERRE DE SESIÓN

SECRETARIO: Anuncia que ha sido agotado el orden del día para esta sesión.

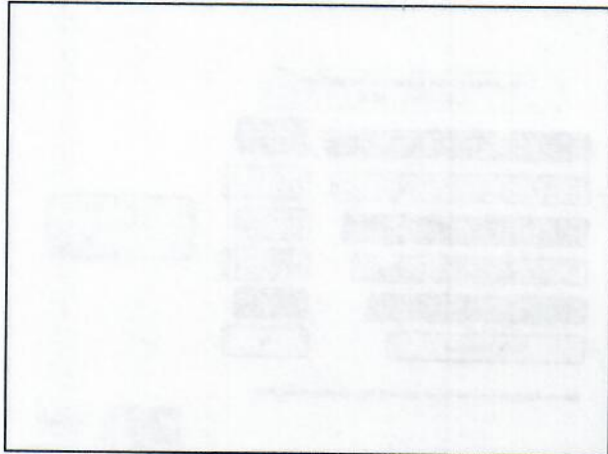
PRESIDENTE: Se cierra la sesión del día de hoy, se convoca para mañana 10 de Octubre, 09:00 am, donde tendremos el tema de PMOT.

Se da por terminada la sesión siendo las 11:35 am.

En constancia se firma a los (9) días, del mes de Octubre de 2017


CARLOS MARIO CUARTAS PALACIO
Presidente


DANIEL IBARRA VILLEGAS
Secretario General

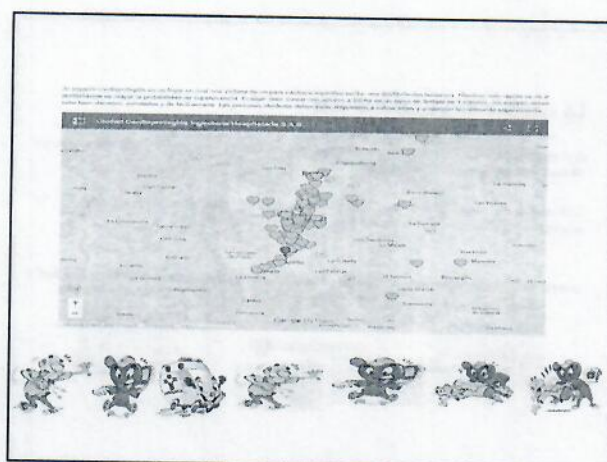
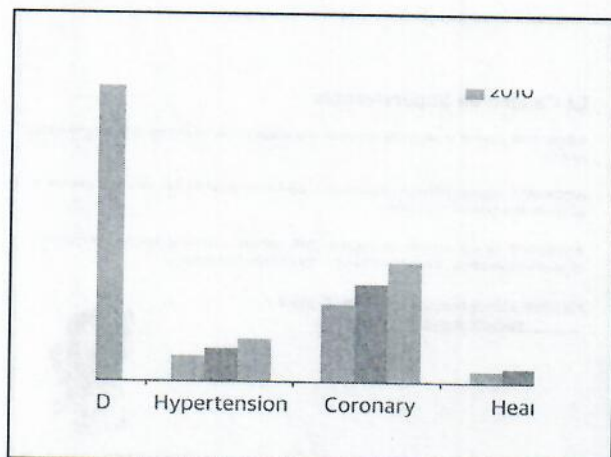


DESFIBRILACIÓN TEMPRANA

Revisión del Tema y sus Consecuencias en el Hospital y en la Calle

Dorien Alexander Garcia Castro
Departamento de Salud y Promoción Social - Girardota (Ant.)
Medicina y Cirujano
Esc. Sup. Ciencias Salud Pública U. CES






La Cadena de Supervivencia

Introducida por AHA hace más de 15 años

Cuatro pasos dependientes de tiempo para aumentar la posibilidad de supervivencia:

- Llamada temprana: Detección del problema y activación del Sistema de respuesta a emergencias
- RCP Temprana: no esperar a la llegada de los paramédicos
- Desfibrilación temprana: utilización de DAE en el ámbito público y hospitalario
- Soporte avanzado temprano: Por personal paramédico

Los primeros tres eslabones tienen mayor repercusión en la supervivencia.

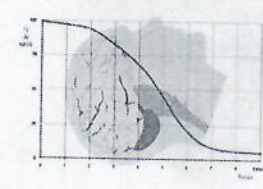



La Cadena de Supervivencia

Guías de la AHA del año 2000

Por cada minuto que pasa entre el colapso y la desfibrilación las probabilidades de supervivencia en VF disminuyen entre 7% a 10%.

Cuando se aplica RCP inmediata estas probabilidades disminuyen a 3% a 4% por minuto.

Lo Que Sucede Ahora

HOY:

- Las altas hospitalarias después de la resucitación son apenas del 18% en adultos y 27% en niños. Estas tasas no han variado en 40 AÑOS
- Las altas después de sufrir VF son el triple que las de asistolia o actividad eléctrica sin pulso (PEA).
- Mejoras en las prácticas de resucitación tendrán como consecuencia un mayor impacto en los pacientes que iniciaron con VF



Fases de la RCP

Weisfeldt propone un modelo de 3 fases para la RCP en VF o VT sin pulso

Refleja los aspectos en el tiempo de la fisiología de la resucitación

1.- FASE ELÉCTRICA:

Desde el colapso hasta aproximadamente 4 minutos

- La intervención más efectiva **DESFIBRILACIÓN**.
- Los cardioversores aplican energía 15 a 20 segundos después de iniciada la VF y raramente fallan en la conversión
- La desfibrilación en esta fase tiene un éxito de aprox. 50%.



Fases de la RCP

2.- FASE CIRCULATORIA:

Desde los 4 hasta los 10 minutos

- La intervención más efectiva **OXIGENACIÓN** (RCP con ventilación)
- Debe seguirse de **DESFIBRILACIÓN**
- Neimann et al. reportan que después de 7.5 minutos en VF no tratada en modelos animales la aplicación de RCP + Epinefrina afecta la supervivencia en 64% vs 21%
- Por el contrario la aplicación de RCP en VF de 5 minutos **No** provee ninguna ventaja sobre desfibrilación únicamente
- Aparentemente una vez que el Corazón ha sido "cebado" responde mejor a la desfibrilación



Fases de la RCP

3.- FASE METABÓLICA

Pasados 10 minutos de VF

- La eficacia de la RCP y la desfibrilación disminuyen grandemente
- Tasas de supervivencia bajas
- Daño tisular extenso por isquemia global y pre perfusión resultan en factores metabólicos que causan daño adicional
- Intervenciones posibles: **HIPOTERMIA, ECMO, CORRECCIÓN QUIRÚRGICA** del daño miocárdico



Desfibrilador Ideal: Acceso Público

Semiautomático o automático
 Instrucciones verbales
 Instrucciones escritas en pantalla
 Metrónomo para RCP
 Instrucciones visuales
 Análisis Automático
 Capacidad de grabación del rescate
 Capacidad de monitoreo remoto en línea

**Desfibrilador ideal: Primer Rescatista (BLS)**

Semiautomático o automático
 Instrucciones verbales
 Instrucciones escritas en pantalla
 Con o sin trazo de ECG
 Metrónomo para RCP
 Análisis Automático o a Demanda
 Capacidad de grabación del rescate
 Capacidad de transmisión ethernet
 Capacidad de monitoreo remoto en línea

**Desfibrilador Ideal: Soporte Avanzado (ACLS)**

Semiautomático con capacidad Manual
 Instrucciones verbales
 Instrucciones escritas en pantalla
 Con trazo de ECG
 Metrónomo para RCP
 Análisis Automático, a Demanda o sin análisis
 Con modo de Transporte
 Capacidad de grabación del rescate
 Capacidad de transmisión ethernet
 Capacidad de monitoreo remoto en línea

**Supervivencia con DT en el Hospital**

Poca información sobre DT y supervivencia en hospitales tanto en unidades monitorizadas como no monitorizadas

Herlitz (Goteborg Suecia): pacientes con VF/VT que fueron atendidos por equipos de emergencia entre 1995 y 2002, la supervivencia fue 58% para pacientes con VF, 24% en asistolia y 9% en PEA.

- Supervivencia en unidades monitorizadas 59% en pacientes con VF/VT vs 45% en las unidades no monitorizadas ($p < 0.0001$).
- Evaluación temprana del ECG en las unidades monitorizadas
- Supervivencia total 60% en unidades monitorizadas vs 57% en las no monitorizadas (NS). 90% de los pacientes recibieron la primera descarga en menos de 3 minutos en las áreas monitorizadas vs 54% en las no monitorizadas ($p < 0.0001$).
- Existe una fuerte correlación entre el tiempo de colapso y la primera desfibrilación ($p < 0.0001$). Si la descarga ocurre antes de 3 minutos (66% sobrevivieron) vs 20% cuando la primera descarga sucede después de 12 minutos



Implementación de DAE en el Hospital

A pesar de la falta de información sobre DAE en Hospitales, los beneficios de la DT son innegables

Al conocer los tiempos de respuesta individuales de la institución se ve claramente que la primera descarga se retrasa donde no hay equipos de cuidado avanzado

Recomendación de la AHA

"Debe considerarse la instalación de DAE en el hospital como un método para promover la DT, especialmente en aquellas áreas donde el personal no tiene los conocimientos necesarios para el diagnóstico en base a ritmo cardíaco o donde no es común la utilización de desfibriladores manuales."



Implementación de DAE en el Hospital

Factores de éxito en el programa DAE:

- Frecuencia de uso del DAE fuera de las áreas de cuidados críticos
- Ritmo inicial del paciente (se descargará la tira de ECG después de la intervención)
- Frecuencia de las descargas entregadas por el rescatista primario antes de la llegada del equipo de cuidados avanzados
- Supervivencia al alta hospitalaria en pacientes con VF/VT, segregados por DAE vs Desfibrilador Manual

Cambio de Papeles al Implementar un Programa DEA en el Hospital

La supervivencia del paciente está íntimamente unida a las acciones del primer rescatista

- Siempre debe haber varias personas entrenadas en RCP/DAE para responder rápidamente.
- El primer rescatista debe inmediatamente realizar RCP mientras el segundo avisa al equipo de cuidados avanzados y trae el DAE, lo aplica y lo activa.
- Los resultados de investigaciones indican que la aplicación de RCP en los primeros minutos no incrementa las posibilidades de supervivencia en VF/VT.
- Dado que muchos pacientes no están en VF/VT es indispensable enfatizar el uso de RCP



Cambio de Papeles al Implementar un Programa DEA en el Hospital

- Cuando se retrasa la primera descarga la RCP incrementa las posibilidades de reversión aun en desfibrilación tardía.
- Es fundamental la enseñanza de una RCP adecuada para evitar las interrupciones y periodos "sin flujo".
- En el caso que un solo rescatista esté disponible es necesario ir por el DAE y aplicarlo antes de aplicar RCP.



¿Cuál DEA Elegir? Pantalla con Despliegue de ECG

Aún cuando el programa DAE es para personal sin entrenamiento (Lego) en diagnóstico de onda de ECG, siempre es recomendable tener este parámetro activo para su evaluación por personal entrenado si lo hubiese



¿Cuál DEA Elegir? Posibilidad de Desfibrilación Manual

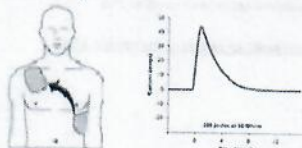
Igual que en el punto anterior, si hay presente personal entrenado es recomendable revertir a desfibrilación manual y permitir que el rescatista evalúe y realice las descargas a demanda.



¿Cuál DEA Elegir? Forma de Onda

ONDA MONOFÁSICA:

La descarga se entrega en un solo vector mostrándose exclusivamente como Corriente vs Tiempo. No se puede ajustar la corriente a la impedancia del paciente. Se recomienda que los desfibriladores monofásicos alcancen por lo menos 360J para asegurar que el paciente adulto reciba suficiente energía.



¿Cuál DEA Elegir? Forma de Onda

ONDA BIFÁSICA:

La descarga se entrega en dos vectores subsecuentes y en dirección opuesta. Se desarrollaron originalmente para desfibriladores internos y se han transformado en el estándar para los externos. Han demostrado requerir menor energía que las ondas monofásicas para revertir a ritmo sinusal.



¿Cuál DEA Elegir? Energía de Descarga

200 J shock

Silent heart (stunning)

Silent heart (stunning)

Chaotic stimulation

Conclusiones

1. El ritmo inicial con mejor pronostico para la supervivencia es VF/VT
2. El estabón más importante es la desfibrilación temprana
3. Mientras más pronto se entregue la primera descarga mejor es el pronostico del paciente
4. El mejor pronóstico es cuando la primera descarga se realiza antes de los 3 minutos del colapso
5. Utilizar la menor energia y el método mas efectivo para su entrega

Conclusiones

4. Los DAE son seguros y fáciles de operar aún para usuarios legos
5. Coloque los DAE en base a un cronometraje adecuado del tiempo de ida y vuelta para tomar el DAE más el tiempo de colocación y encendido (regla mnemotécnica: El DAE debe estar a 1 minuto de donde quiera que se encuentre el paciente; es decir 1 minuto de ida, 1 minuto de vuelta, 1 minuto para colocación y encendido)

CARRERA SALVAVIDAS

Oranis

Únete al Proyecto Salvovidas

Luchando contra la muerte súbita



ESTRATEGIA CIUDADES ENTORNO Y RURALIDAD SALUDABLE
ORIENTACIONES E IMPLEMENTACION

Darlen Alexander Garcia Castro
 Secretario de Salud y Protección Social-Gobernador
 Médico y Cirujano
 Ext. Esp. Gerencia de la Salud Pública

Daniel Fernández Gómez, Pa. MSc.
 Asesor CERS
 Grupo de MCVETS
 Subdirección de Enfermedades No Transmisibles
 Dirección de Promoción y Prevención
 Ministerio de Salud y Protección Social

MINSALUD

La estrategia de Ciudades, Entornos y Ruralidades Saludables (CERS) propone el desarrollo progresivo de intervenciones identificadas como buenas prácticas y basadas en la evidencia científica, dirigidas a promocionar la salud, prevenir las enfermedades, actuando de manera integral durante todo el curso de la vida, teniendo en cuenta los entornos en los que vive la población.

"Los problemas no pueden ser resueltos a través del mismo nivel de conciencia que los creó" Albert Einstein.

MINSALUD

Orientaciones Para el desarrollo de Ciudades, Entornos y Ruralidad Saludable (CERS)
 Bogotá, 2017.

Guía para la implementación de Ciudades, Entornos y Ruralidad Saludable (CERS)
 Bogotá, 2017.

