
 PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA	INSTRUCTIVO DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO - DEA	Código: GTH_IN_18
		Versión: 1
		Vigente desde: 30/11/2022

TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETIVO	- 2 -
2. ALCANCE.....	- 2 -
3. INTRODUCCIÓN	- 2 -
4. DEFINICIONES.....	- 3 -
5. LINEAMIENTOS GENERALES Y POLITICAS DE OPERACIÓN DEL DEA	- 3 -
5.1. SOBRE EL DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO EXTERNO – DEA.....	- 4 -
5.2. PARTES DEL DEA	- 4 -
5.3. ALMACENAMIENTO	- 4 -
5.4. MANTENIMIENTO	- 6 -
5.5. HOJA DE VIDA DEL DEA	- 7 -
5.6. CAPACITACIÓN PARA EL USO DEL DEA.....	- 7 -
5.7. PRECAUCIONES DE USO	- 8 -
5.8. PROLONGACIÓN DE LA VIDA ÚTIL DE LA BATERÍA	- 9 -
6. DESARROLLO	- 9 -
6.1. USO DEL DEA	- 9 -
6.2. EVACUACIÓN DE LA VÍCTIMA O RUTA VITAL	- 10 -
6.3. REGISTROS DEL DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO	- 11 -
6.3.1. Formato de reporte de instalación del Desfibrilador Externo Automático DEA en lugar de alta afluencia del público	- 11 -
6.3.2. Formato de reporte de uso de Desfibrilador Externo Automático DEA en Parque Nacionales Naturales de Colombia	- 13 -
6.3.3. Formato Coordinación de la ruta vital en Parques Nacionales Naturales de Colombia	- 16 -
7. CONTROL DE CAMBIOS.....	- 19 -

 <p>PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA</p>	<p>INSTRUCTIVO</p> <p>DEFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO - DEA</p>	Código: GTH_IN_18
		Versión: 1
		Vigente desde: 30/11/2022

1. OBJETIVO

Dar las pautas o lineamientos generales para el uso del Desfibrilador Externo Automático – DEA en Parques Nacionales Naturales de Colombia – PNNC, con el objetivo de contar con un equipo adecuado para la atención de un paro cardiorespiratorio en las áreas protegidas.

2. ALCANCE

El instructivo aplica para los tres niveles de gestión: sedes, oficina, subdirección, direcciones territoriales (grupo o área protegida) de Parques Nacionales Naturales de Colombia, que cuentan con Desfibriladores Externos Automáticos disponibles, bajo la responsabilidad del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad.

3. INTRODUCCIÓN


En el marco de la Ley 1523/12 (Por la cual se adoptó la política nacional de gestión del riesgo de desastres y se estableció el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres), Parques Nacionales Naturales de Colombia viene efectuando el fortalecimiento de una estrategia que permita garantizar una oportuna y eficiente preparación y ejecución de la respuesta ante emergencias.

Según el numeral 17 del artículo 4º de la Ley 1523/12, la Preparación para la respuesta a emergencias es el conjunto de acciones principalmente de coordinación, sistemas de alerta, capacitación, equipamiento, centros de reserva y albergues y entrenamiento, con el propósito de optimizar la ejecución de los diferentes servicios básicos de respuesta a emergencias.

Así mismo, el numeral 24 del artículo 4º de la Ley 1523/12, determinó que la Respuesta a emergencias es la ejecución de las actividades necesarias para la atención de la emergencia como accesibilidad y transporte, telecomunicaciones, evaluación de daños y análisis de necesidades, salud y saneamiento básico, búsqueda y rescate, extinción de incendios y manejo de materiales peligrosos, albergues y alimentación, servicios públicos, seguridad y convivencia, aspectos financieros y legales, información pública y el manejo general de la respuesta, entre otros. La efectividad de la respuesta depende de la calidad de la preparación.

En este sentido, se proyectó desarrollar actividades de formación y entrenamiento en el componente de salud, para lo cual se buscó afianzar los conocimientos y capacidades del personal de las áreas protegidas frente a la afectación de funcionarios, contratistas, visitantes y operadores turísticos que pudieran ser víctima de un paro cardiorrespiratorio estando al interior de las áreas protegidas.

Finalmente, esta estrategia de entrenamiento se encuentra articulada con la identificación de los riesgos existentes al interior de las áreas protegidas, en el marco del Sistema General de Salud y Seguridad en el Trabajo vigente en la Entidad.


 <p>PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA</p>	INSTRUCTIVO DEFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO - DEA	Código: GTH_IN_18
		Versión: 1
		Vigente desde: 30/11/2022

4. DEFINICIONES

Cadena de Supervivencia	<p>Conjunto básico de acciones que proporciona una estrategia universal para lograr la reanimación con éxito. La cadena está compuesta por los siguientes eslabones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reconocimiento del paro cardiaco y activación del sistema de emergencias. 2. Reanimación cardiopulmonar - RCP de calidad inmediata. 3. Desfibrilación rápida. 4. Transporte asistencial básico y/o medicalizado. 5. Soporte vital avanzado y cuidados posparo cardiaco.
Desfibrilador Externo Automático DEA	<p>Dispositivo médico electrónico portátil, dotado de electrodos destinados a generar y aplicar pulsos intensivos que puede descargar una corriente al corazón a través del tórax, para que esta detenga la fibrilación ventricular y permita que el corazón vuelva a un ritmo normal saliendo del paro y que a su vez garantice el ritmo cardiaco viable del paciente.</p>
Sistema de Emergencias Médicas SEM	<p>Modelo general integrado que tiene el propósito de responder de manera oportuna a las víctimas de enfermedad, accidentes de tránsito, traumatismos o paros cardiorrespiratorios, que requieran atención médica de urgencias, en lugares públicos o privados. Comprende, entre otros, los mecanismos para notificar las emergencias médicas, la actuación del primer respondiente, la prestación de servicios pre hospitalarios y de urgencias, las modalidades de transporte básico y medicalizado, la atención hospitalaria, el trabajo de los centros reguladores de urgencias y emergencias, los programas educativos y los procesos de vigilancia y que será financiado entre otros con los recursos del Programa Institucional de Fortalecimiento de la Red Nacional de urgencias.</p>

5. LINEAMIENTOS GENERALES Y POLITICAS DE OPERACIÓN DEL DEA

- Las actividades de inventario, inspección, plan de formación, uso y reportes correspondientes al Desfibrilador Externo Automático corresponden al Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo de PNNC.
- El paro cardíaco súbito afecta a millones de personas al año en todo el mundo, sin previo aviso ni un patrón. El tratamiento inmediato es vital. La posibilidad de supervivencia de la víctima se reduce considerablemente con cada minuto sin tratamiento, lo que significa que el desfibrilador automático externo (DEA) debe estar cerca y a mano, debe ser fácil de usar y estar listo para administrar una descarga.

 <p>PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA</p>	INSTRUCTIVO DEFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO - DEA	Código: GTH_IN_18
		Versión: 1
		Vigente desde: 30/11/2022

5.1. SOBRE EL DEFIBRILADOR AUTOMÁTICO EXTERNO – DEA

- El DEA HeartSine Samaritan PAD 360P (SAM 360P) totalmente automático ofrecen protección medioambiental de alto nivel, todo en un sistema fácil de utilizar en un paquete más pequeño y ligero y disponible entre los principales DEA.
- El SAM 360P, totalmente automático, es capaz de detectar movimientos (por ejemplo, una RCP o un cambio de posición de la víctima) con el fin de reducir la posibilidad de que el primer respondiente toque a la víctima antes de administrar la descarga.

5.2. PARTES DEL DEA

Vista general del SAM 360P




Ilustración 1. Partes del DEA

Tomado de: Manual HeartSine Samaritan PAD 360P

5.3. ALMACENAMIENTO

- Se recomienda que el DEA permanezca en el morral y guardado en un gabinete, con electrodos conectados y batería instalada, protegido de la humedad y luz directa.

 <p>PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA</p>	<p>INSTRUCTIVO</p> <p>DEFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO - DEA</p>	Código: GTH_IN_18
		Versión: 1
		Vigente desde: 30/11/2022

- Se debe favorecer la disponibilidad de acceso del DEA, adoptando estrategias para el cuidado del equipo, este debe estar en un lugar de alta afluencia del público, idealmente supervisado o con inspección que garantice la seguridad del equipo, debe estar asequible, visible y accesible.
- El lugar de almacenamiento debe contar con señalización de acuerdo a las normas técnicas ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation), cuadrado verde con símbolo blanco, según la norma ISO 7010.



Ilustración 2. Señalización del Desfibrilador Externo Automático


Tomado de: Normas técnicas ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation), según la norma ISO 7010.

Factores ambientales:

- Temperatura en funcionamiento/en reposo: 0 °C a 50 °C
- Temperatura de transporte: 0 °C a 50 °C

NOTA. Se recomienda que el dispositivo se guarde a una temperatura ambiente de entre 0 °C y 50 °C durante un mínimo de 24 horas después de su recepción.

- Humedad relativa: Entre el 5 y el 95 % sin condensación
- Resistencia al agua: IEC 60529/ EN60529
- Resistencia al polvo: IEC 60529/ EN60529

 PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA	INSTRUCTIVO DEFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO - DEA	Código: GTH_IN_18
		Versión: 1
		Vigente desde: 30/11/2022

- Alojamiento: IEC/EN 60529 IP56
- Altitud: De -381 a 4 575 metros
- Impacto: MIL STD 810F Método 516.5.
- Vibración: MIL STD 810F, Método 514.5,
- Procedimiento 1
- Categoría 4, Transporte en camión - (carreteras EE. UU.)
- Categoría 7, Transporte aéreo - (Jet 737 y aviación general)
- Presión atmosférica: 572 hPa a 1060hPa (429 mmHg a 795 mmHg)
- Emisiones radiadas: IEC/EN 55011
- Descarga electrostática: IEC/EN 61000-4-2 (8 kV)
- Inmunidad a RF: IEC/EN 61000-4-3 80 MHz -2,5 GHz, (10 V/m)
- Inmunidad a campos magnéticos: IEC/EN 61000-4-8 (3 A/m)
- Transporte aéreo: RTCA/DO-160G, Sección 21 (Categoría M)
- RTCA/DO-227 (ETSO-C142a)
- Altura de caída: 1 metro

5.4. MANTENIMIENTO

Batería integrada y un cartucho de electrodos de un solo uso, ofrece un único cambio de mantenimiento cada cuatro años por el fabricante, con una vida útil de cuatro años desde la fecha de fabricación.


El DEA no tiene ninguna pieza susceptible de reparación. NO abra ni intente reparar el dispositivo bajo ninguna circunstancia, ya que podría haber peligro de descarga eléctrica.

Después de cada uso del DEA realice una limpieza, aplique alcohol al 70% por aspersion en un paño limpio y seco frotando suavemente sobre el equipo. Posteriormente cambie los electrodos de un solo uso.

Si evidencia cualquiera de las siguientes:

- Cuando el equipo cumpla 4 años a partir de su fecha de fabricación.
- El dispositivo realiza automáticamente una prueba de autocomprobación cada semana, si el indicador de estado parpadea en rojo fallo el autoexamen o necesita reparación.

Debe notificarlo de acuerdo al siguiente esquema:

 PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA	INSTRUCTIVO DEFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO - DEA	Código: GTH_IN_18
		Versión: 1
		Vigente desde: 30/11/2022

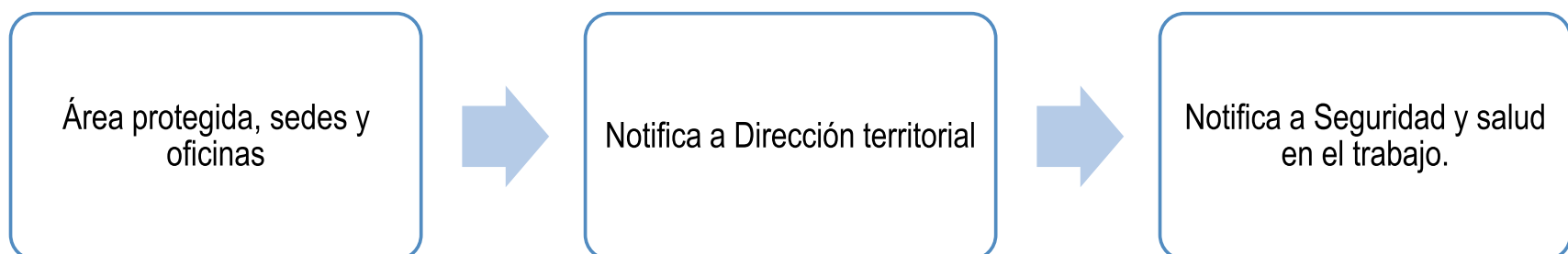


Ilustración 3. Esquema ruta de notificación en caso de falla del DEA

5.5. HOJA DE VIDA DEL DEA

- Cada equipo viene con su hoja de vida, para su preservación debe plastificarla y conservar una copia digital y físico, la copia física almacenada preferiblemente cerca o en el mismo lugar donde se encuentra almacenado el DEA.

5.6. CAPACITACIÓN PARA EL USO DEL DEA


Las personas responsables del uso del DEA, que no sea personal de Talento Humano en Salud deben contar con certificación de asistencia en actividades de capacitación en soporte vital básico y curso de primer respondiente.

El curso de "Primer Respondiente" tendrá una duración mínima de ocho (8) horas. El componente teórico podrá desarrollarse en modalidad presencial o virtual y el componente práctico debe ser presencial de no menos de (4) horas.

Realizar el entrenamiento mínimo una vez por año del personal que haya realizado la capacitación para el uso del DEA, enfocándose en los primeros tres (3) eslabones de la cadena de supervivencia, a saber:

- Reconocimiento y activación del sistema de respuesta de emergencias.
- Reanimación cardiopulmonar - RCP de calidad inmediata.
- Desfibrilación rápida.

Los procesos de formación y capacitación deben estar incluidos dentro del plan de capacitaciones anual del área de seguridad y salud en el trabajo.

 <p>PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA</p>	<p>INSTRUCTIVO</p> <p>DEFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO - DEA</p>	Código: GTH_IN_18
		Versión: 1
		Vigente desde: 30/11/2022

5.7. PRECAUCIONES DE USO

Pacientes aptos para el uso del DEA

- El DEA ha sido diseñado para trabajar con pacientes inconscientes, que no responden a estímulos.
- No utilice el DEA para tratar a pacientes que se encuentran conscientes o que responden a estímulos.
- El DEA usa una batería intercambiable y un paquete de electrodos denominado Pad-Pak.
- Utilice el DEA en combinación con un Pad-Pak para adultos con pacientes que pesen más de 55 lb (25 kg) o el equivalente a un niño de aproximadamente ocho años o más.
- Para usarlo en niños más pequeños (de 1 a 8 años), retire el Pad-Pak para adultos e instale un Pediatric- Pak. Si no hay disponible un Pediatric-Pak u otro desfibrilador adecuado, puede usar un Pad-Pak para adultos.
- No demore la colocación del DEA intentando averiguar la edad y el peso exactos del paciente.

Riesgo de descarga eléctrica

- El DEA administra descargas eléctricas terapéuticas que pueden causar daños graves a quienes lo usan o se encuentran cerca. Asegúrese de que nadie toque al paciente cuando se vaya a administrar la descarga.

Evite gases explosivos o inflamables

- El DEA puede usarse de manera segura con sistemas de suministro de oxígeno mediante mascarilla. No obstante, para evitar riesgos de explosión, se recomienda **NO** utilizar el DEA cerca de gases explosivos, incluidos anestésicos inflamables u oxígeno concentrado.

No toque al paciente durante el análisis


- Tocar al paciente durante la fase de análisis del DEA puede ocasionar interferencias con el proceso de diagnóstico.
- Evite el contacto con el paciente mientras el DEA está llevando a cabo la descarga eléctrica, el dispositivo le indicará cuándo es seguro tocar al paciente.

Colocación correcta de los electrodos (Pad-Pak o Pediatric-Pak)

- La colocación correcta de los electrodos del DEA resulta crucial. Para ello se deben cumplir estrictamente las instrucciones en el dispositivo, la colocación incorrecta o la presencia de aire, vellos, apósitos quirúrgicos o parches de medicamentos entre las almohadillas de los electrodos y la piel podrían reducir la eficacia de la desfibrilación.
- Verifique los pictogramas de los electrodos para la colocación en el pecho del paciente.
- Es normal que se produzca un leve enrojecimiento de la piel después de la descarga del DEA.

No use los electrodos si su empaque no está sellado

- Los electrodos son artículos de un solo uso que deben ser reemplazados después de cada uso o si el empaque que sella las almohadillas de los electrodos está rota o parece haber sido manipulada de algún modo, si sospecha que el Pad-Pak o el Pediatric-Pak están dañados, solicite el cambio de inmediato.

 <p>PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA</p>	INSTRUCTIVO DEFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO - DEA	Código: GTH_IN_18
		Versión: 1
		Vigente desde: 30/11/2022

Susceptibilidad a interferencias electromagnéticas

- Para evitar posibles interferencias, el DEA se debe operar a una distancia mínima de 6 pies (2 metros) de todos los dispositivos de radiofrecuencia. También puede apagar el equipo que causa las interferencias electromagnéticas.
- No debe sumergir ninguna de las partes del DEA en agua ni en ningún tipo de líquido.
- El contacto con líquidos puede dañar seriamente el dispositivo o provocar un incendio o peligro de descarga eléctrica.

5.8. PROLONGACIÓN DE LA VIDA ÚTIL DE LA BATERÍA

- No encienda el dispositivo innecesariamente, ya que esto podría reducir la vida útil de la batería.
- El almacenamiento del DEA expuesto a una temperatura fuera del intervalo de 0 °C a 50 °C puede acortar la vida útil de los electrodos.

6. DESARROLLO

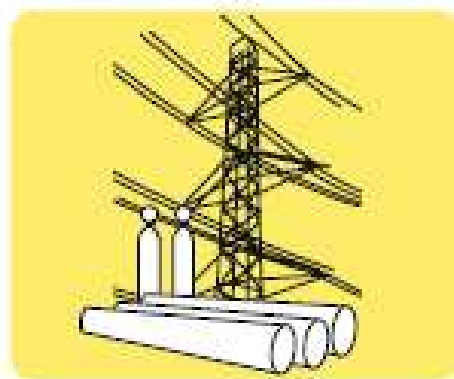
6.1. USO DEL DEA

Uso del samaritan PAD

Siga estos pasos para usar su DEA, que le brindará indicaciones de voz paso por paso. Para ver una lista completa de las indicaciones de voz consulte instrucciones de voz en el Apéndice D.

⚠ PRECAUCIÓN: Una vez que se detecta un ritmo que no es apto para descarga, el samaritan PAD cancelará su condición Listo para descarga si previamente había decidido hacer la descarga.

1. Si es necesario, mueva al paciente a un lugar seguro o retire cualquier fuente de peligro.



ELIMINE EL PELIGRO

⚠ PRECAUCIÓN: Debe usar el samaritan PAD a una distancia mínima de 6 pies (2 metros) desde los dispositivos de radiofrecuencia, o apague todos los equipos que pudieran causar interferencia electromagnética.

2. Si el paciente no responde, sacúdalo por los hombros mientras le habla en voz alta. Si el paciente responde, no use el DEA.




COMPRUEBE SI HAY RESPUESTA

3. Verifique que las vías respiratorias del paciente no estén bloqueadas, mediante una inclinación cabeza-barbilla si es necesario.



VERIFIQUE LAS VÍAS RESPIRATORIAS

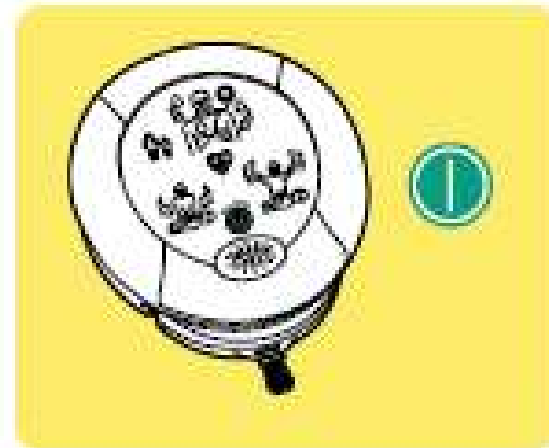
 <p>PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA</p>	INSTRUCTIVO DEFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO - DEA	Código: GTH_IN_18
		Versión: 1
		Vigente desde: 30/11/2022

4. Solicite asistencia médica.
5. Obtenga el DEA, pidiendo a otros que lo consigan.
6. Mientras espera el DEA, comience la RCP empujando fuerte y rápido a una frecuencia de entre 100 y 120 compresiones por minuto (cpm) y una profundidad de 5 a 6 cm. Si se siente capaz de dar ventilaciones de rescate, haga 30 compresiones, seguidas de dos ventilaciones de rescate.



REALICE
RCP

7. Presione el botón de Encendido/Apagado  para encender el DEA.



ENCIENDA
EL DEA

8. La terapia de desfibrilación se adapta según haya instalado un Pad-Pak o un Pediatric-Pak. Si el paciente pesa menos de 55 lb (25 kg) o tiene menos de 8 años, retire el Pad-Pak, inserte un Pediatric-Pak y presione el botón de Encendido/Apagado nuevamente (consulte la sección Pediatric-Pak en la página 21). Si no hay disponible un Pediatric-Pak, puede usar el Pad-Pak.




Ilustración 4. RCP y uso del DEA

Tomado de: Manual HeartSine Samaritan PAD 360P

El paso a paso del uso del Desfibrilador Externo Automático se explica a través del flujograma “USO DEL DEA” en el anexo 1.

6.2. EVACUACIÓN DE LA VÍCTIMA O RUTA VITAL

Determinar antes de la emergencia, un plan de ruta vital con los recursos humanos, técnicos y medios de transporte para la evacuación de víctimas de los diferentes puntos de las áreas protegidas de PNNC, evaluando características individuales como:

 <p>PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA</p>	INSTRUCTIVO DEFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO - DEA	Código: GTH_IN_18
		Versión: 1
		Vigente desde: 30/11/2022


- Distancia de centros de atención médica.
- Condiciones del terreno, disponibilidad de acceso de vehículo, en animales o a pie.
- Altura, condiciones climáticas predominantes en el entorno.
- Actividades específicas que se desarrollan.
- Evaluación de recursos para la evacuación de víctimas o lesionados, como equipos de rescate.
- Disponibilidad de funcionarios, contratistas y vecinos para la evacuación.

6.3. REGISTROS DEL DEFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO

6.3.1. Formato de reporte de instalación del Desfibrilador Externo Automático DEA en lugar de alta afluencia del público

Este formato busca contar con la información mínima de la ubicación y disponibilidad de los Desfibriladores Externos Automáticos DEA que estén presente en las diferentes áreas de Parques Nacionales Naturales de Colombia, para una inspección, verificación y control de la dotación, disposición, acceso y simulacros de los DEA, que es desarrollado por los funcionarios de PNNC.


- El diligenciamiento de este formato se debe realizar, en los siguientes casos:
 - Instalación temporal o permanente del DEA.
 - Cambio de titular o responsable.
 - Retirada del DEA.
 - Modificación de la ubicación del DEA en el área protegida.
 - Reporte del formato ante la Secretaria de Salud o entidad que haga sus veces.
 - Otros: Cambios de área protegida.
- El formato posterior diligenciamiento (registro) se debe entregar al brigadista líder de la dependencia. Cada vez que aplique alguna de las condiciones anteriormente mencionadas.
- La información mínima que incluye el formato y su forma de registro es:
 1. **Nombres y apellidos:** Escriba el nombre completo del responsable del lugar con alta afluencia del público que registra ellos DEA.
 2. **Cédula:** Escriba el número del documento de identificación del responsable del lugar con alta afluencia del público que registra el DEA.
 3. **Nombre del lugar:** Escriba el nombre del lugar con alta afluencia de público que registra la instalación del DEA.
 4. **Dirección:** Escriba la dirección completa del lugar con alta afluencia de público que registra la instalación del DEA.

 <p>PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA</p>	INSTRUCTIVO DEFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO - DEA	Código: GTH_IN_18
		Versión: 1
		Vigente desde: 30/11/2022

5. **Municipio:** Escriba el municipio donde está ubicado el lugar con alta afluencia de público que registra la instalación del DEA.
6. **Departamento:** Escriba el departamento donde está ubicado el lugar con alta afluencia de público que registra la instalación de(l)/los DEA.
7. **Declaración:** Señale con una x la opción que corresponda:
 - a. **Permanente:** se trata de la instalación permanente.
 - b. **Temporal:** se trata de la instalación temporal de(l)/los DEA.
 - c. **Cambio de Titular:** esta declaración, se trata de un cambio del titular de(l)/los DEA.
 - d. **Retirada:** esta declaración, se trata de la retirada de(l)/los DEA.
 - e. **Modificación de la ubicación.** Se trata de la instalación en la nueva ubicación del/los DEAOtros: señale si esta declaración se trata de otro tipo.
8. **Fecha:** día, mes, año de instalación y puesta en funcionamiento del DEA.
9. **N de serie:** Escriba el número de serie del DEA.
10. **Modelo:** Escriba el modelo del DEA
11. **Marca:** Escriba la marca del DEA.
12. **Distribuidor autorizado o fabricante:** Escriba el distribuidor autorizado o fabricante del DEA.
13. **Descripción del lugar donde está ubicado:** Escriba el nombre del sitio donde está ubicado el DEA

PERSONAL CERTIFICADO EN EL USO DEL DEA

14. **Documento de identidad:** Escriba el número del documento de identidad de la persona que cuenta con el entrenamiento y está certificado para la utilización del DEA.
15. **Nombre completo:** Escriba los nombres y apellidos completos de la persona que cuenta con el entrenamiento y está certificado para la utilización de(l)/los DEA.
16. **Entidad que certifica la capacitación en DEA:** Escriba el nombre de la entidad que certifica la capacitación en DEA.
17. **Fecha de certificación:** Escriba la fecha de certificación de la última capacitación en DEA.
18. **Respecto a los DEA:** Señale con una "X" en todos y cada uno de los siguientes ítems, la declaratoria respecto al DEA.
19. **Respecto al personal:** Señale con una "X" en todos y cada uno de los siguientes ítems, la declaratoria respecto al personal entrenado y certificado en DEA.
20. **Responsable del área protegida:** Nombres y apellidos completos del responsable del área protegida.
21. **Firma:** Firma del responsable del lugar con alta afluencia de público que hace la declaratoria de(l)/los DEA.

 <p>PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA</p>	<p>INSTRUCTIVO</p> <p>DEFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO - DEA</p>	Código: GTH_IN_18
		Versión: 1
		Vigente desde: 30/11/2022

6.3.1.1. Reporte de instalación del desfibrilador externo automático en PNNC

En cumplimiento de la Resolución 3316 del 2019 por la cual se establecen las disposiciones para el uso del Desfibrilador Externo Automático – DEA, Artículo 7. Inspección y vigilancia determina entre otras acciones la inspección, verificación y control de la dotación, disposición, acceso y simulacros de los DEA, esta estará a cargo de:

- I. Secretarías de salud de orden municipal y distrital o de la entidad que haga sus veces.
- II. Secretaria de salud de departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.
- III. Secretaria de salud de los departamentos con corregimientos departamentales.

Quienes deberán efectuar el seguimiento de la implementación del DEA en su jurisdicción, a través del reporte de instalación del DEA, deben radicar el “formato de reporte de instalación del Desfibrilador Externo Automático DEA en lugar de alta afluencia del público,”.

En las áreas de protegidas de Parques Nacionales Naturales de Colombia los procedimientos para el reporte de instalación son:

- a) El proceso inicia diligenciando el formato de reporte de instalación del Desfibrilador Externo Automático DEA en lugar de alta afluencia del público.
- b) En cada área protegida de PNNC se debe identificar el mecanismo de comunicación más estable con las secretarías de salud o entidad que haga sus veces en su municipio o departamento para enviar “el formato de reporte de instalación del Desfibrilador Externo Automático DEA en lugar de alta afluencia del público”

Esto puede ser radicación en físico, correos electrónicos o cualquier medio en el cual se pueda confirmar o verificar la recepción del documento por parte de la entidad.


- c) Luego del reporte la secretaria de salud o entidad que haga sus veces podrá inspeccionar en cualquier momento la implementación del DEA en conforme a los estándares legales.

Por esta razón los funcionarios de las áreas protegidas de PNNC que cuenten con DEA deben verificar y mantener el continuo cumplimiento de los estándares para la disposición del DEA.


6.3.2. Formato de reporte de uso de Desfibrilador Externo Automático DEA en Parque Nacionales Naturales de Colombia

Este formato permite contar con la información del personal de respuesta quien realiza la atención y utilización del Desfibrilador Externo Automático DEA, de la persona que sufre la urgencia cardiaca, contextualización de la situación y datos del transporte asistencial. Este formato se guardará copia en las direcciones territoriales, puede entregarse una copia al centro asistencial o personal de la secretaria de salud del departamento o municipio en el que se presentó la situación. Siendo una herramienta para el análisis y la mejora continua de los procedimientos de reanimación cardiopulmonar en Parques Nacionales Naturales de Colombia PNNC.


- El diligenciamiento de este formato se debe realizar, en los siguientes casos:

 <p>PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA</p>	INSTRUCTIVO DEFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO - DEA	Código: GTH_IN_18
		Versión: 1
		Vigente desde: 30/11/2022

- Ocurra una situación de urgencia cardiaca que deba usarse el Desfibrilador Externo Automático DEA.
- El formato posterior diligenciamiento (registro) se debe entregar a:
 - Área de Seguridad y Salud en el Trabajo – Brigadista líder de la dependencia que corresponde o donde se presente el hecho. Cada vez que ocurra un evento de RCP y uso del DEA.
 - Copia del registro se debe remitir a la secretaria de salud o las instituciones, departamental o municipal, que haga sus veces en un periodo menor a 72 horas luego del evento.
- La información mínima que incluye el formato y su forma de registro es:
 1. **Nombre de quien reporta:** Escriba los apellidos y nombres completos y legibles de la persona responsable de diligenciar el formato de atención, con su respectiva firma.
 2. **Fecha de diligenciamiento:** Escriba la fecha en la cual está informando el accidente y/o la urgencia cardiaca en el orden que se especifica en el formato (día, mes, año), no corresponde a la fecha en que se presente el accidente.
 3. **Nombres y apellidos:** Especifique los nombres y apellidos completos de la persona que sufrió la urgencia cardiaca en orden de primer y segundo nombre, primer y segundo apellido.
 4. **Tipo de documento de identidad:** Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de documento de identificación de la persona que sufrió el accidente y/o urgencia cardiaca y en el espacio “**No**”. escriba el número correspondiente al tipo de documento que identifica a la persona que sufrió el accidente.
Se entiende CC= cédula de ciudadanía, CE= cédula de extranjería, TI= Tarjeta de identidad, PA= pasaporte.
 5. **Sexo:** Marque con una X la casilla correspondiente, Masculino= si la persona es masculino o Femenino= si es femenino de la persona que sufrió el accidente y/o la urgencia cardiaca.
 6. **Fecha de nacimiento:** Escriba la fecha correspondiente, en el orden en que se especifica en el formato (día, mes, año) de la persona que sufrió el accidente y/o la urgencia cardiaca.
 7. **Edad:** Indique en números la edad, de la persona que sufrió el accidente y/o la urgencia cardiaca.
 8. **ARL:** Si es trabajador de PNNC y se encontraba realizando una actividad dentro de sus funciones u obligaciones, escriba la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliado.
 9. **EPS:** Hace referencia a la entidad promotora de salud a la que se encuentra afiliada la persona que sufrió el accidente y/o la urgencia cardiaca.
 10. **Dirección:** Escriba la dirección de la residencia permanente de la persona que sufrió el accidente y/o la urgencia cardiaca.
 11. **Teléfono:** Escriba el número de teléfono de la persona que sufrió el accidente y/o la urgencia cardiaca.
 12. **Sede:** Corresponde a los datos de dependencia (área protegida, dirección territorial, Nivel Central).
 13. **Cargo:** Si es trabajador de PNNC escriba el cargo para el caso de un funcionario o identifique como contratista en caso de un contrato de prestación de Servicio.

 <p>PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA</p>	INSTRUCTIVO DEFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO - DEA	Código: GTH_IN_18
		Versión: 1
		Vigente desde: 30/11/2022

14. **Persona de contacto:** Escriba nombres y apellidos completos de un acudiente, de la persona que sufrió el accidente y/o la urgencia cardiaca.
15. **Teléfono:** Escriba el número de teléfono del acudiente, de la persona que sufrió el accidente y/o la urgencia cardiaca.
16. **Fecha:** Escriba la fecha en que ocurrió el accidente y/o la urgencia cardiaca en el orden en que se especifica en el formato (día, mes, año).
17. **Día:** Escriba el día de la semana de la ocurrencia del accidente y/o la urgencia cardiaca.
18. **Hora:** Escriba la hora en números de la ocurrencia del accidente y/o la urgencia cardiaca.
19. **Nombre del lugar del evento:** Escriba el nombre de la dependencia (área protegida, sedes, subsedes de la dirección territorial, Nivel Central), donde ocurrió el evento.
20. **Descripción de la emergencia:** En este espacio describa en forma breve el hecho que originó el accidente y el mecanismo de ocurrencia, involucrando todo lo que considere importante.
21. **Condiciones especiales de la emergencia:** En este espacio describa si se trata de un paciente ahogado, electrocutado, niño, atragantado, accidente traumático, adulto mayor, mujer en gestación, pediátrico, menor de edad, niño de edad gestante, visitante, contratista.
22. **Posible origen del paro cardiaco:** Si se presentó por un accidente o espontáneo (posible enfermedad).
23. **Acciones realizadas y elementos usados:** Describa si el accidentado y/o urgencia cardiaca, fue rescatado por entidades de socorro, personal de PNNC, se le presto los primeros auxilios y elementos utilizados en el proceso de atención, el uso del DEA.
24. **Nombre de la persona que utilizo el DEA:** Escriba el nombre de la persona que utilizo el DEA para la reanimación. Tener presente que puede ser el personal certificado o un médico o personal de salud visitante del Área protegida, que use el DEA, en todo caso se debe registrar el nombre de la persona quién use el DEA.
25. **Tipo de documento de identificación:** Escriba el tipo de documento de identificación de la persona que utilizo el DEA para realizar la descarga.
26. **Número de documento de identificación:** Escriba el número del documento de identificación de la persona que utilizó el DEA para realizar la descarga.
27. **Hora de activación de la cadena de supervivencia:** Escriba en números la hora en la cual se activó la cadena de supervivencia del evento en el cual se utilizó el DEA.
28. **Hora de utilización del DEA:** Escriba en números la hora en la cual se utilizó el DEA.
29. **Hora de traslado de la persona atendida a la institución de salud:** Escriba en números la hora en la cual se realizó el traslado de la persona atendida a la institución de salud. En caso de fallecimiento de la persona en el lugar del evento, escriba N/A.
30. **Datos del medio de transporte en el cual es trasladada la persona atendida a la Institución de salud:** Tipo de vehículo (camioneta, vehículo particular, vehículo de fuerzas armadas de Colombia, ambulancia, semoviente, moto) y placa (letras y número, según corresponda).

 PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA	INSTRUCTIVO DEFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO - DEA	Código: GTH_IN_18
		Versión: 1
		Vigente desde: 30/11/2022


31. **Nombre de la persona encargada del traslado:** Escriba el nombre y apellidos completos de la persona responsable de realizar el traslado a la institución de salud establecida en la ruta vital.
32. **Nombre de la empresa de la ambulancia:** Escriba el nombre de la empresa a la cual pertenece la ambulancia que realizó el traslado, en caso de aplicar, en caso contrario describir “No Aplica”.
33. **Observaciones:** Escriba las observaciones que estime pertinentes, diferentes a los datos reportados en las variables anteriores.
34. **Responsable del área protegida:** Nombres y apellidos completos del responsable del área protegida.
35. **Nombre y Cédula:** Nombres y apellidos completos del Testigo que presencio el evento.

6.3.3. Formato Coordinación de la ruta vital en Parques Nacionales Naturales de Colombia

En los municipios o distritos donde se encuentre implementado el Sistema de Emergencias Médicas (SEM), la coordinación de la Cadena de Supervivencia o Ruta Vital se realizará a través del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias del territorio, en este caso PNNC no desplazará a la víctima, esperará el vehículo que la entidad disponga para la evacuación del paciente, hacia el centro de salud que determine el SEM, los funcionarios de PNNC deben garantizar la atención en primeros auxilios.

En este formato, la ruta vital ya se debió haber establecido como lo indica el numeral 5.2. del presente instructivo, si en el municipio o ciudad más cercano al área protegida se cuenta con Sistema de Emergencias Médicas SEM, la coordinación de Cadena de Supervivencia o Ruta Vital se realizará siguiendo las indicaciones y procedimientos del SEM.


- El diligenciamiento de este formato se debe realizar, en los siguientes casos:
 - Cuando ocurra un evento de paro cardiorrespiratorio.
 - Traslado del paciente a través del SEM .
 - Traslado del paciente por parte de PNNC.
- La entrega del registro se debe realizar al área de seguridad y salud en el trabajo – brigadista líder de la dependencia correspondiente. Cada vez que aplique alguna de las condiciones anteriores.
- La información mínima que incluye el formato y su forma de registro es:
 1. **Fecha:** Escriba le fecha del traslado en la coordinación de la ruta vital como lo menciona el formato DD (Día) MM (Mes) AAAA (Año).
 2. **Nombre completo:** Escriba los nombres y apellidos completos del responsable de coordinar la ruta vital.
 3. **Tipo de identificación:** Marque con una X el tipo de identificación del responsable de coordinar la ruta vital.
 4. **Número ID:** Escriba el número del documento de identificación del responsable de la ruta vital.
 5. **Dependencia:** Oficina, Subdirección, Grupo, Dirección Territorial o Área Protegida: Escriba el lugar de acuerdo a la ocurrencia del evento.

 <p>PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA</p>	INSTRUCTIVO DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO - DEA	Código: GTH_IN_18
		Versión: 1
		Vigente desde: 30/11/2022

6. Escriba si existen ambulancias publicas disponibles para el desplazamiento hasta el área protegida.
7. **Responda SI O NO según corresponda.** Escriba la respuesta si en su municipio existe SEM.
8. **Ciudad/Municipio:** Escriba el nombre de la ciudad o municipio donde está ubicado la Oficina, Subdirección, Grupo, Dirección Territorial o Área protegida.
9. **Departamento:** Escriba el nombre del departamento donde está ubicado la Oficina, Subdirección, Grupo, Dirección Territorial o Área protegida.
10. **Responsable del SEM:** Escriba el nombre completo de la institución responsable del SEM, son las secretarías de salud, las encargas de la respuesta publica hospitalaria.

En las direcciones territoriales donde no se cuente implementado el Sistema de Emergencias Médicas (SEM) se determinará diferentes estrategias de coordinación para el transporte, evacuación y cumplimiento con la cadena de supervivencia.

- La información mínima que incluye el formato y su forma de registro es:
 1. **Fecha:** Escriba le fecha del traslado en la coordinación de la ruta vital como lo menciona el formato DE (Día) MM (Mes) AAAA (Año).
 2. **Nombre completo:** Escriba los nombres y apellidos completos del responsable de coordinar la ruta vital.
 3. **Tipo de identificación:** Marque con una X el tipo de identificación del responsable de coordinar la ruta vital.
 4. **Número ID:** Escriba el número del documento de identificación del responsable de la ruta vital.
 5. **Dependencia:** Oficina, Subdirección, Grupo, Dirección Territorial o Área Protegida: Escriba el lugar de acuerdo a la ocurrencia del evento.
 6. **Ciudad/Municipio:** Escriba el nombre del municipio donde está ubicado la Oficina, Subdirección, Grupo, Dirección Territorial o Área protegida.
 7. **Departamento:** Escriba el nombre del departamento donde está ubicado la Oficina, Subdirección, Grupo, Dirección Territorial o Área protegida.
 8. ¿Cuál es el centro médico más cercano a la Oficina, Subdirección, Grupo, Dirección Territorial o Área protegida?: Escriba el nombre del hospital, centro médico, puesto de atención en salud.
 9. ¿Qué nivel de atención médica presta es centro de salud o hospital?: Escriba el nivel de atención en salud que ese centro asistencial brinda, si es posible determinar si cuenta con especialistas en cardiología.


 <p>PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA</p>	INSTRUCTIVO DEFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO - DEA	Código: GTH_IN_18
		Versión: 1
		Vigente desde: 30/11/2022

10. Indique por lo menos 2 rutas para llegar desde la a Oficina, Subdirección, Grupo, Dirección Territorial o Área protegida hasta el centro asistencia: Escriba 2 rutas, descriptivamente suficientes para entender el trayecto que debe tomar el vehículo hasta el centro asistencial.
11. ¿Qué medio de transporte debe utilizar para llegar a ese centro asistencial? Determine el vehículo de transporte a utilizar para llegar al centro asistencial (Ejemplo: Ambulancia, Campero, Camioneta, Lancha, Otro).
12. Escriba mínimo 2 contactos que puedan apoyar por cada medio de transporte que pueda requerir (nombre, número de celular, tipo de transporte): Escriba nombre completo, número de celular y tipo de vehículo de personas quienes pueda apoyar para el transporte o evacuación de lesionados. Mínimo 2 contactos por cada tipo de vehículo necesario, con el objetivo de contar con los contactos de soporte necesarios para un evento de emergencia.
13. Determine un tiempo aproximado de recorrido desde la Oficina, Subdirección, Grupo, Dirección Territorial o Área protegida hasta el centro asistencial: Escriba un tipo aproximado de evacuación, asumiendo el tiempo más largo posible, por estado de vías, climas entre otros.
14. Determine un tiempo aproximado de recorrido desde la Oficina, Subdirección, Grupo, Dirección Territorial o Área protegida hasta el centro asistencial Escriba los elementos que cuenta para la atención, seguridad y evacuación de lesionados durante el traslado al centro asistencial más cercano.

6.3.4. Formato Inspección del Desfibrilador Externo Automático

El diligenciamiento de este formato permite la inspección y verificación de los equipos, para contar con dispositivos, insumos y elementos disponibles, identificar el estado, la cantidad y capacidades en cualquier momento para una respuesta eficaz ante situaciones de emergencias médica de origen cardiaco que ocurran en Parques Nacionales Naturales de Colombia.


- El diligenciamiento de este formato se debe realizar preferiblemente una vez por mes, para la inspección del Desfibrilador Externo Automático DEA, en la dependencia donde se encuentre ubicado o asignado.
- La entrega del registro se debe realizar al área de seguridad y salud en el trabajo – brigadista líder de la dependencia correspondiente. Cada mes informando la realidad y condiciones actuales del DEA.
- La información mínima que incluye el formato y su forma de registro es:
 1. **Nombre completo:** Indicar el nombre y apellido completos de la persona que realiza la inspección del Desfibrilador Externo Automático.
 2. **Oficina, Subdirección, Grupo o Área Protegida:** Indicar donde se ejecuta el proceso.
 3. **Dependencia:** Nombre de la dirección territorial, área protegida, oficina, sede, grupo, donde se encuentra.
 4. **Marca:** Verifique en la hoja de vida del DEA la marca del equipo.
 5. **Modelo:** Verifique en la hoja de vida del DEA el modelo del equipo.

 PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA	INSTRUCTIVO DEFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO - DEA	Código: GTH_IN_18
		Versión: 1
		Vigente desde: 30/11/2022

6. **Serie:** Verifique en la hoja de vida del DEA la serie del equipo.
7. **Ubicación:** Indique el lugar en donde se encuentra instalado el DEA.
8. **Parte inspeccionada:** Lea la descripción y observe el DEA, compare las características mencionadas
9. **Estado:** De acuerdo a las condiciones presentadas en el DEA escriba Bueno (B) Regular (R) Malo (M) de acuerdo a la descripción del estado del DEA y sus partes.
10. **Observaciones:** Escriba los aspectos relevantes evidenciados durante la inspección.
11. **Estado general del DEA:** De acuerdo a las convenciones marque Bueno (B) Regular (R) Malo (M).
12. **Instalación y señalización:** De acuerdo a las convenciones marque Bueno (B) Regular (R) Malo (M).
13. **Material y kit sanitario de RCP:** : De acuerdo a las convenciones marque Bueno (B) Regular (R) Malo (M).
14. **Concepto de la inspección:** Marque en Aceptado o Rechazado de acuerdo a la inspección del DEA, si no cumple algún criterio señale Rechazado y genere los compromisos pertinentes.
15. **Descripción de los compromisos:** De acuerdo a los hallazgos evidenciados en la inspección genere los compromisos como acción de mejora o correctiva para el cumplimiento de las condiciones del equipo.
16. **Responsable del compromiso:** Escriba el nombre completo de la persona responsable de implementar la acción correctiva o de mejora.
17. **Fecha de ejecución:** Escriba la fecha (DD/MM/AAAA) de cumplimiento de los compromisos generados.

7. CONTROL DE CAMBIOS

FECHA DE VIGENCIA VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ANTERIOR	MOTIVO DE LA ACTUALIZACIÓN

 PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA	INSTRUCTIVO DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO - DEA	Código: GTH_IN_18
		Versión: 1
		Vigente desde: 30/11/2022

CRÉDITOS		
Elaboró	Nombre	Natali Osorio Tangarife
	Cargo	Contratista, Oficina de Gestión de Riesgo
	Fecha	03/03/2022
Revisó	Nombre	Oscar Alejandro Barrera Granados
	Cargo	Contratista profesional en SST
	Fecha:	01/10/2022
Aprobó	Nombre	Yilbert Steven Mateus Castro
	Cargo	Coordinador Grupo de Gestión Humana
	Fecha:	26/11/2022