

CONFIRMACIÓN PCR

ANALIZAR RITMO

RITMOS DESFIBRILABLES (RD) FV-TVSP

1º CICLO
DESCARGA
150j BF
360jMF

RCP 2 MIN

ANALIZAR RITMO: SI FV/TVSP

2º CICLO
DESCARGA
200j o más BF
360 MF

RCP 2 MIN

ANALIZAR RITMO: SI FV/TVSP

3º CICLO
DESCARGA
200j o más BF
360j MF

RCP 2 MIN

ANALIZAR RITMO: SI FV/TVSP

4º CICLO
DESCARGA
200j o más BF
360j MF

RCP 2 MIN

ANALIZAR RITMO: SI FV/TVSP

5º CICLO
DESCARGA
200j o más BF
360j MF

RCP 2 MIN

ANALIZAR RITMO:

- Si RD continuar algoritmo administrando la descarga correspondiente en cada ciclo y adrenalina en ciclos impares (3,5,7,9,11...)
- Si aparece RND continuamos von algoritmo de los RND

RITMO NO DESFIBRILABLES (NRD) ASISTOLIA -AESP

1º CICLO
MASAJE CARDIACO
30/2
ACCESO IV/IO PRECOZ

RCP 2 MIN

ANALIZAR RITMO: SI ASITOLIA/AESP

2º CICLO
MASAJE CARDIACO
30/2

RCP 2 MIN

ANALIZAR RITMO: SI ASITOLIA/AESP

3º CICLO
MASAJE CARDIACO
30/2

RCP 2 MIN

ANALIZAR RITMO: SI ASITOLIA/AESP

4º CICLO
MASAJE CARDIACO
30/2

RCP 2 MIN

ANALIZAR RITMO: SI ASITOLIA/AESP

5º CICLO
MASAJE CARDIACO
30/2

RCP 2 MIN

ANALIZAR RITMO:

- Si RND continuar secuencia administrando adrenalina en ciclos impares (1,3,5,7...)
- Si aparece RD continuar con algoritmo de RD

DURANTE LAS MANIOBRAS RCP

- Monitorización estable durante la RCP
- Compresiones torácicas de calidad y minimizar las interrupciones
- Desfibrilar procurando mínimas interrupciones d elas compresiones torácicas y minimizar las pausas preshock y postshock
- Continuar la RCP mientras se carga el desfibrilador
- Priorizar el masaje y ventilación manual frente a la IOT
- Acceso venoso precoz (o IO)
- Tratar causa desencadenante

VÍA AÉREA

- Iniciar ventilación con cánula orofaríngea y balón con mascarilla
- Priorizar compresiones torácicas y ventilación frente a la IOT
- Uso de dispositivos supraglóticos (I-Gel) en caso de IOT difícil siguiendo cadencia 30/2
- Si intentamos IOT, el tiempo de interrupción de las compresiones torácicas debe ser < 5 seg
- La única manera de aislar la vía aérea es con IOT

SI RECUPERA CIRCULACIÓN ESPONTÁNEA

CUIDADOS POSTRESUCITACION

- ECG de 12 derivaciones
- Asegurar acceso venoso o IO
- Aproximación ABCDE
- Identificar y tratar la cause desencadenante
- Vigilar y controlar:
 - ✓ TAS>100mmHg
 - ✓ Restaurar normovolemia con cristaloides
 - ✓ Considerar drogas vasocativas/ionotrópica para mantener normovolemia
 - ✓ Control Tª (32º -36º)
 - ✓ Fr 12-20 rpm
 - ✓ Fc 50-100lpm
 - ✓ Glucemia >140-180mh/dl trrtar con Insulina rápida iv
 - ✓ Sedación

CAUSAS REVERSIBLES DE PCR (4 H y 4 T)

HIPOXIA	TROMBOSIS
HIPOVOLEMIA	NEUMOTÓRAX A TENSIÓN
HIPO/HIPERTERMIA	TAPONAMIENTO CARDIACO
HIPO/HIPERCALIEMIA	TÓXICOS

ACCESO IV o IO

Repetir adrenalina cada 2 ciclos o cada 3-5 min

ADRENALINA 1 MG IV BOLO AMIODARONA 150MG IV BOLO

ACCESO IV o IO

ADRENALINA 1 MG IV/IO BOLO

Repetir adrenalina cada 2 ciclos o cada 3-5 min

Repetir adrenalina cada 2 ciclos o cada 3-5 min

ADRENALINA 1 MG IV/IO BOLO

TAQUICARDIA CON PULSO

- Evaluar utilizando el abordaje ABCDE
- Asegurar aporte de O2 y acceso venoso iv
- Monitorizar: ECG, TA, FC, SaTO2. Realizar ECG 12 derivaciones
- Identificar y tratar causas reversibles

¿Signos o síntomas adversos?
Shock
Síncope
Isquemia miocárdica
Insuficiencia cardiaca

Taquipnea, Taquicardia, cianosis,
hipoperfusión
Dolor torácico, Hipotensión, Agitación

SEDOANALGESIA
PROPOFOL
MIDAZOLAM +
FENTANILO

3 INTENTOS CARDIOVERSIÓN
ELÉCTRICA SINCRONIZADA

- SI NO ES EFECTIVA
- Amiodarona 300mg iv durante 10-20 min
 - Repetir la cardioversión

FIBRILACIÓN AURICULAR:
Usar dosis elevadas (200 BF/360 MF)
Ultima recomendación

FLUTTER AURICULAR Y TSVP
• Dosis inicial: 70-120j BF
• Sigüientes: Aumentar dosis

TAQUICARDIA VENTRICULAR
Con pulso:
• Dosis inicial: 120-150j BF
• Sigüientes: Aumentar dosis

3 INTENTOS CARDIOVERSIÓN
ELÉCTRICA SINCRONIZADA

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO NO EFECTIVO

¿QRS?
¿ANCHO O ESTRECHO?

QRS ANCHO
> 0,12 seg

QRS ESTRECHO
< 0,12 seg

¿RITMO?

REGULAR

¿RITMO?

IIRREGULAR

MANIOBRAS VASOVAGALES

IIRREGULAR

- FA con BRD: Tratar como complejo estrecho
- FA con preexcitación: amiodarona
- TV polimorfa: (Torsada): Magnesio 2g en 10min

NO EFECTIVO

FIBRILACIÓN AURICULAR
1º ELECCIÓN: B-BLOQUEANTES DILTIAZEM
2º ELECCIÓN: CONSIDERAR AMIODARONA O DIGOXINA SI INSUFICIENCIA CARDIACA

¿EFECTIVO?

NO

SI

QRS

TSVP

ANCHO

ESTRECHO

TVcP
AMIODARONA
300MG IV 10-20 MIN

FLUTTER A.
B-BLOQUETANTES
VERAPAMILO
DILTIAZEM

DOSIS FÁRMACOS

- ADENOSINA: 6mg, 12mg y 18 mg iv en bolo directo seguido de SF
- VERAPAMILO o DILTIAZEM: Verapamilo (0,075-0,15mg/kg/iv en 2 min) . Diltiazem (0,25mg/Kg/iv en 2 min).
- B-BLOQUEANTES: Esmolol 0,5mg/Kg iv bolo). Metoprolol (2,5 - 15mg en bolos de 2,5mg iv).
- AMIODARONA: 300mg en 10-20 min iv. Perfusión 900mg en 24 h.
- MAGNESIO: 2g iv en 10 min

BRADICARDIA

- Evaluar utilizando el abordaje ABCDE
- Asegurar aporte de O2 y acceso venoso iv
- Monitorizar: ECG, TA, FC, SaTO2. Realizar ECG 12 derivaciones
- Identificar y tratar causas reversibles

¿Signos o síntomas adversos?
Shock
Síncope
Isquemia miocárdica
Insuficiencia cardiaca

Mareo, disminución del nivel de conciencia, somnolencia, bajo gasto

ATROPINA 500 MCG I.V.

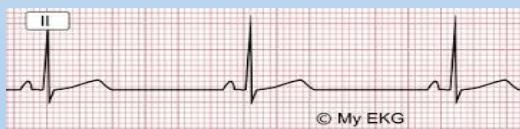
¿RESPUESTA SATISFACTORIA?

¿RIESGO DE ASITOLIA?

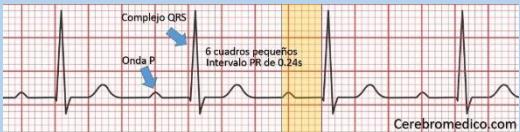
- Asistolia reciente
- Bloqueo 2º grado Mobitz II
- Bloqueo 3º completo con QRS ancho
- Pausa Ventricular >3 seg

- MEDIDAS TRANSITORIAS:**
- Atropina 500mcg iv. Repetir hasta un max 3 mg
 - Isoproterenol 5mgc/min
 - Adrenalina 2-10 mcg/min
 - Fármacos alternativos (glucagón en sobredosis de BB o antagonistas del Calcio
 - Marcapasos Transcutáneos

OBSERVACIÓN



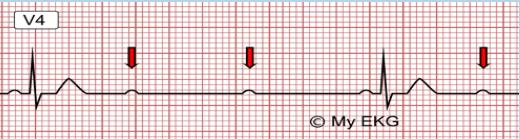
BRADICARDIA SINUSAL



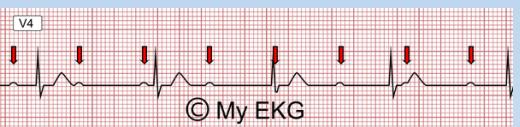
BAV 1º GRADO



BAV 2º GRADO MOBIZ I



BAV 2º GRADO MOBIZ II



BAV 3º GRADO COMPLETO

- MARCAPASOS TRANSCUTANEO**
- Pulse **FRECUENCIA** o gire el SELECTOR RÁPIDO para seleccionar la frecuencia de estimulación cardíaca deseada.
 - Pulse **CORRIENTE** o gire el SELECTOR RÁPIDO para aumentar la corriente hasta que se produzca una captura eléctrica.
 - Esta captura eléctrica se indica mediante un complejo QRS ancho y una onda T a continuación del marcador de estimulación.
- Tome el pulso del paciente o verifique su presión sanguínea para evaluar la captura mecánica.

