

Taquicardia con pulso

Bradicardia con pulso

ABCD:

Mantener vía aérea permeable
Oxígeno en caso de hipoxemia
Monitor para identificar ritmo

ABCD:

Mantener vía aérea permeable
Oxígeno en caso de hipoxemia
Monitor para identificar ritmo

La taquiarritmia causa:
¿Hipotensión?
¿Alteración del estado de alerta?
¿Signos de shock?
¿Dolor tipo angor?
¿Insuficiencia cardiaca aguda?

Si

Cardioversión sincronizada:
Sedación y analgesia
Si es un complejo regular y estrecho considerar adenosina vs CVE

La bradiarritmia causa:
¿Hipotensión?
¿Alteración del estado de alerta?
¿Signos de shock?
¿Dolor tipo angor?
¿Insuficiencia cardiaca aguda?

No

Si

1. Acceso IV y ECG de 12 derivaciones
2. Considerar antiarrítmicos IV (1º amiodarona, 2º procainamida)
3. Adenosina (SOLO SI ES REGULAR Y MONOMÓRFICO, sospecha TSV con aberrancia)

Monitorizar y observar.
Considerar llamar a Cardio/UVI

ATROPINA
Si la atropina resulta ineficaz:
Marcapasos transcutáneo
o
Infusión de isoproterenol
o
Infusión de adrenalina

ATENCIÓN CARDIOVASCULAR DE EMERGENCIA

Manuel Alejandro Mazariegos Rubi

Rafael Rubio Díaz

José Aguilar Florit

Alberto Puchol Calderón

Natividad Laín Teres



No

¿QRS Ancho?
>0,12 segundos (>3 cuadritos)

Si

No

Dosis y detalles

CV SINCRONIZADA

Cargas iniciales recomendadas:

- Estrecho regular: 50-100 J
- Estrecho irregular: 120-200 J
- Ancho regular 100 J
- Ancho e irregular: Desfibrilación NO SINCRONIZADA

Dosis IV de ADENOSINA:

- Primera dosis: 6 mg seguido de bolo de 15 ml de salino y levantar el brazo.
- Segunda dosis: 12 mg si fuese necesario.

1.- Acceso IV y ECG de 12 derivaciones
2.- Maniobras vágales
3.- Adenosina (SOLO SI ES REGULAR y no AP de WPW)
4.- Beta bloqueante/Ca. Antagonista
Si irregular remitirse a algoritmo FA

DOSIS Y DETALLES

Dosis IV de **ATROPINA**: Primera dosis: Bolo directo de 0.5 mg repetir cada 3-5 minutos. Maximo: 3 mg

Infusión IV de **ISOPROTERENOL**: 5 ampollas en 250 cc (extraer 5 cc) de SSF0,9%. Inicio a 15 ml/h (5mcg/min)

Infusión IV de **ADRENALINA**: 2 mg en 100 cc de SSF 0.9% (1cc=0.02 mg=20mcg) Infusión de 2-10 mcg por minuto. Titular según respuesta.

BIBLIOGRAFIA:

1. Panchal AR, Berg KM, Kudenchuk PJ, Del Rios M, Hirsch KG, Link MS, et al. 2018 American Heart Association Focused Update on Advanced Cardiovascular Life Support Use of Antiarrhythmic Drugs During and Immediately After Cardiac Arrest: An Update to the American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation [Internet]. 2018 Dec 4 [cited 2019 May 19];138(23).
2. Zideman DA, De Buck EDJ, Singletary EM, Cassan P, Chalkias AF, Evans TR, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 9. First aid. Resuscitation [Internet]. 2015;95:278-87.
3. Protocolos de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Toledo

ALGORITMO PCR EN ADULTOS: PLAN HOSPITALARIO RCP

(En colaboración con el servicio de Medicina Intensiva)

Causas reversibles: T's:
NeumoTórax/ A Tensión
Taponamiento Cardíaco
Toxinas
TEP
Trombosis coronaria

Causas reversibles: H's:
Hipovolemia
Hipoxia
Hipo/Hiperpotasemia
Hipotermia
Hidrogeniones (Acidosis)

**1 Inicie la RCP lo antes posible
Administrar oxígeno
Conectar monitor desfibrilador cuanto antes**

BUSCA PARADA 29229

¿RITMO DESFIBRILABLE?

2 FV/TV Sin pulso

3 DESCARGA

**4 RCP 2 minutos
Acceso IV/IO**

Dosis y detalles:
Energía de descarga para desfibrilación:
• Bifásico: 120-200 J. Si se desconoce dosis de fabricante usar el valor máximo.
• La segunda y posteriores descargas deben ser equivalentes y puede considerarse el aumento de éstas.
• Monofásico: 360 J

¿RITMO DESFIBRILABLE?

5 DESCARGA

**6 RCP 2 minutos
Considerar dispositivo avanzado de
via aerea y capnografía**

¿RITMO DESFIBRILABLE?

7 DESCARGA

**8 Adrenalina cada 3-5 min
RCP 2 minutos
Amiodarona (300mg iv)
Tratar H's y T's**

Dosis y detalles:
Dosis IV/IO de Adrenalina: 1 mg cada 3-5 min
Dosis IV/IO de Amiodarona: Primera dosis: 300 mg. Segunda dosis: 150 mg

DURANTE LA PCR
• Asegurar adecuadas maniobras de RCP (frecuencia -100/120 comp/min-, profundidad -al menos 5 cm del diámetro anteroposterior)
• Planear las acciones antes de interrumpir la RCP. MINIMIZAR!!!
• Cambia el reanimador cada 2 min o antes para evitar el cansancio
• Aportar oxígeno, valorar capnografía (si disponible mantener etCO2 > 10mmHg, si está por debajo mejora las compresiones!!!)
• Considerar la VMI
• Si intubado: compresiones continuas (Obj: 100 lpm) y ventila 1 vez cada 6 segundos.
• Garantizar acceso vascular (2 vías)
• Corregir las causas reversibles (H y T)
• **CONSIDERA:** Ecografía y compresiones mecánicas (Lucas ®) para los traslados

9 Asistolia/AESP
**10 RCP 2 minutos
Acceso IV/IO
Adrenalina cada 3-5 min
Considerar dispositivo avanzado de via aerea y capnografía**

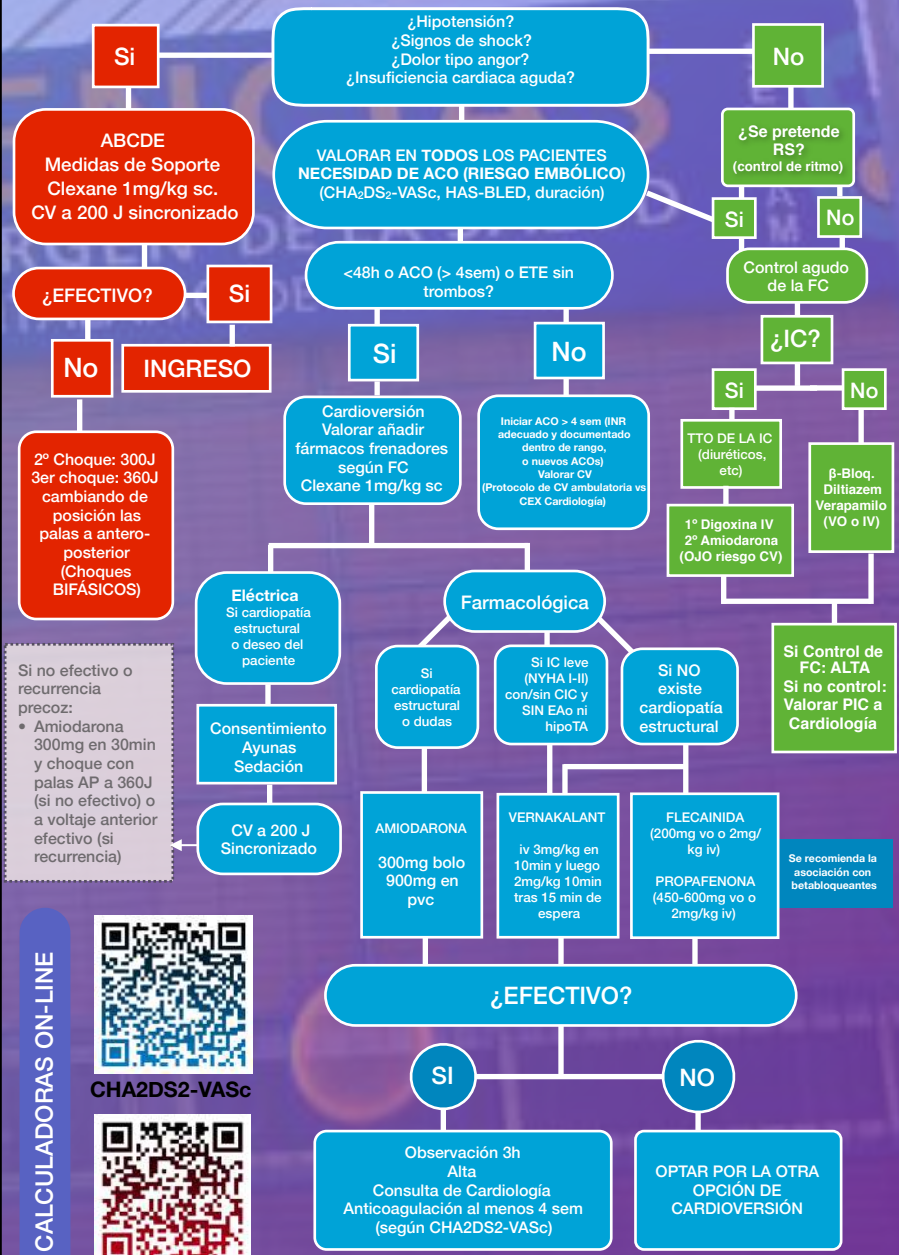
¿RITMO DESFIBRILABLE?

**11 RCP 2 minutos
Tratar H's Ts**

Pasos: 5 o 7

12 Si no existen signos de Retorno de la Circulación Espontánea (RCE) ir a puntos 10 u 11.

FIBRILACIÓN AURICULAR



CALCULADORAS ON-LINE



CHA2DS2-VASc



HAS-BLED