

## Taquicardia con pulso

### 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

No

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

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)

No

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

#### 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.

## Bradicardia con pulso

### ABCD:

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

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

No

Monitorizar y observar.  
Considerar llamar a Cardio/UVI

Si

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

### 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.

# ATENCIÓN CARDIOVASCULAR DE EMERGENCIA

**MANUEL ALEJANDRO MAZARIEGOS RUBI**  
**RAFAEL RUBIO DÍAZ**  
**JOSÉ AGUILAR FLORIT**  
**ALBERTO PUCHOL CALDERÓN**  
**NATIVIDAD LAÍN TERES**



#### 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

**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**

¿RITMO DESFIBRILABLE?

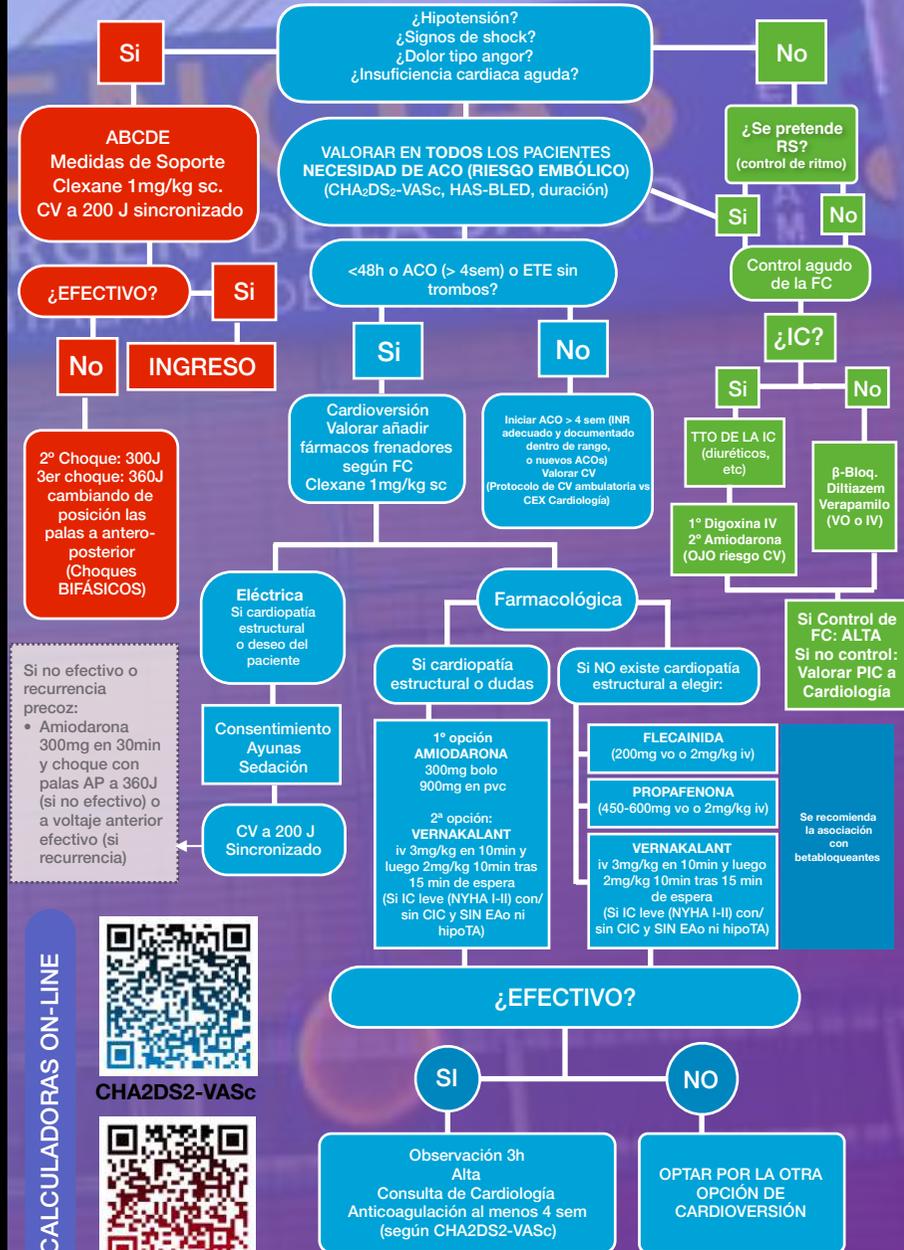
**12**

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

**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

# FIBRILACIÓN AURICULAR



CALCULADORAS ON-LINE



CHA2DS2-VASc



HAS-BLED