



RCP

Nuevas recomendaciones de la ERC 2010

Cadena de supervivencia



Secuencia actuación Soporte Vital Básico

¿Responde?



1- Asegurar escena, evitando riesgos para reanimador, víctima y espectadores

2- Aproximarse a la víctima y preguntar ¿Que ocurre?y sacudir los hombros

Responde



Consciente

~~Deligro si~~



~~-Hemorragia inminente~~

~~-Cierre de vía aérea~~



- Posición lateral de seguridad
- Alertar servicios de emergencias
- Reevaluar situación frecuentemente

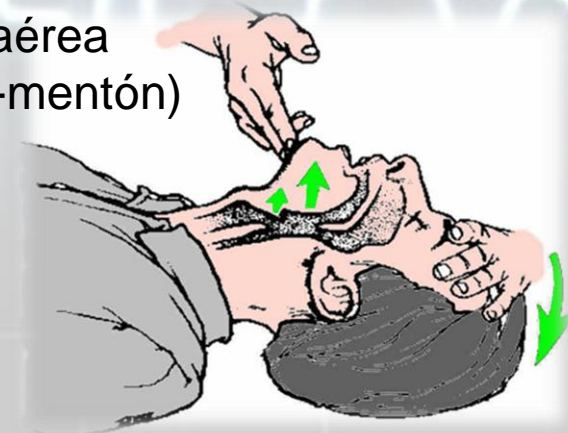
No responde



Gritar pidiendo ayuda



Apertura vía aérea
(maniobra frente-mentón)



Valorar gravedad obstrucción

Obstrucción grave
Tos ineficaz

Obstrucción leve
Tos eficaz

Inconsciente

Alerta 112/061

RCP (barrido digital)

Consciente

- 5 golpes interescapulares

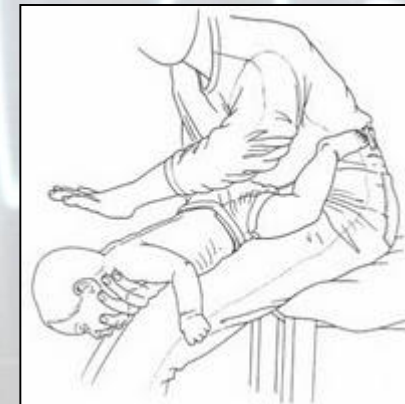
- 5 compresiones abdominales

- Animar a la víctima a toser

- Observarla por si la tos deja de ser eficaz o hasta que la obstrucción se resuelva



Fig. 5.6. Maniobra de barrido.



3- Valorar ventilación

¿RESPIRA? → VER, OIR Y SENTIR (<10seg)

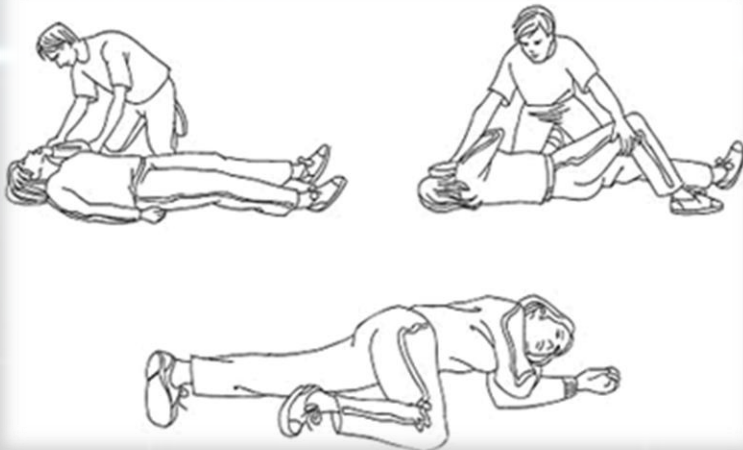
Respiración normal

NO respira normalmente



- Posición lateral de seguridad
- Enviar o ir a buscar ayuda
- Comprobar con frecuencia la respiración

- Envíe a buscar ayuda (buscar un DEA)
- Si está sólo abandone a la víctima
- Iniciar **compresiones torácicas**(100/min)
 - comprobar que no cuerpo extraño en boca
 - si prótesis dental quitarla
- 2 ventilaciones



4- Valorar circulación

¿TIENE PULSO?

Sí

NO, NO con seguridad

Paro respiratorio aislado:
- 10 ventilaciones/min
- Comprobación circulación

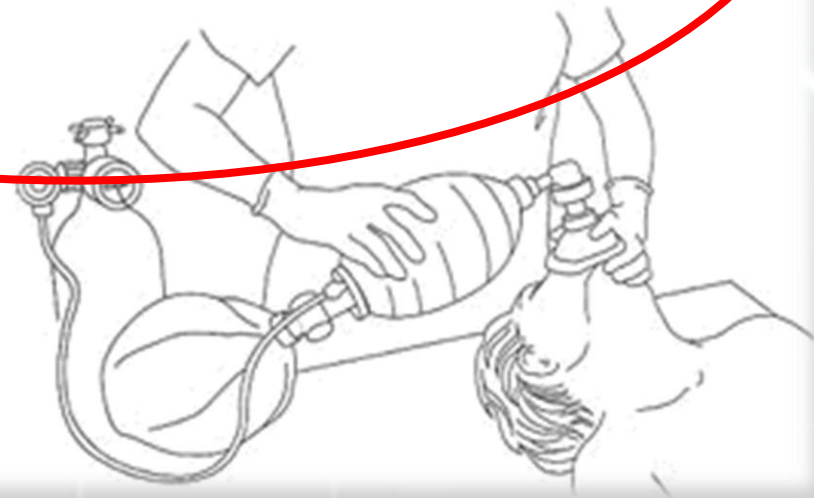
-Iniciar compresiones
-2 ventilaciones
(alternarse cada 1-2min)

Hasta que:

- Coloquemos DESA
- Llegue equipo SVA
- La víctima empiece a respirar normalmente
- La circulación deje de estar presente

Ambú + O2

No es necesario sincronizar ventilaciones/compresiones



Nuevas recomendaciones en SVB

Operadores teléfono de emergencias ⇨ centrar información en reconocimiento de ausencia de respuesta y calidad de respiración

Se enfatiza la importancia del “gasping” como signo de parada cardíaca

Reanimadores entrenados o NO:

- Compresiones torácicas tempranas de alta calidad*
- Objetivo : comprimir hasta profundidad de al menos 5cm y a una frecuencia dar al menos 100compresiones/minuto*
- Reducir al máximo las interrupciones de las compresiones*

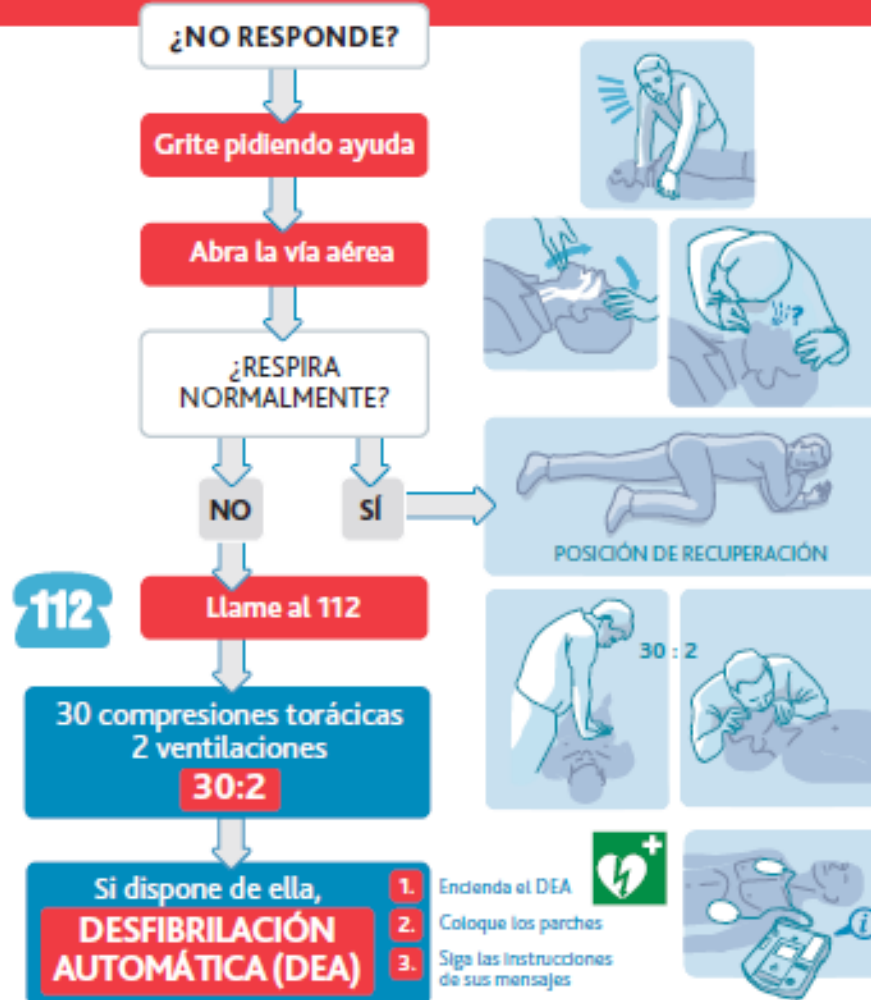
Se fomenta la RCP con sólo compresiones torácicas guiadas por teléfono en NO entrenados.

Reanimadores entrenados:

- Proporcionar ventilaciones con relación compresiones:ventilaciones 30:2*

Soporte Vital Básico

(SEGÚN RECOMENDACIONES 2010 DEL EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL)



¡Usted puede evitar una muerte prematura!

Soporte Vital Básico + DESA

- DESA:

- Conectarlo
- Colocar los parches adhesivos en el pecho

Si más de un reanimador continuar con RCP mientras y reevaluar a la víctima **únicamente** si comienza a respirar o moverse

- Seguir las indicaciones de mensajes de voz

- **Choque eléctrico está indicado**

- Cerciórese que nadie toca a la víctima
- Pulse el botón de choque eléctrico siguiendo las indicaciones
- Siga las instrucciones visuales o verbales

- **Choque eléctrico no está indicado**

- Reanude de inmediato la RCP
- Siga las instrucciones visuales o verbales

- Continuar con la RCP hasta que :

- Llegue el SEM
- La víctima empiece a respirar normalmente
- El reanimador esté extenuado



Nuevas recomendaciones

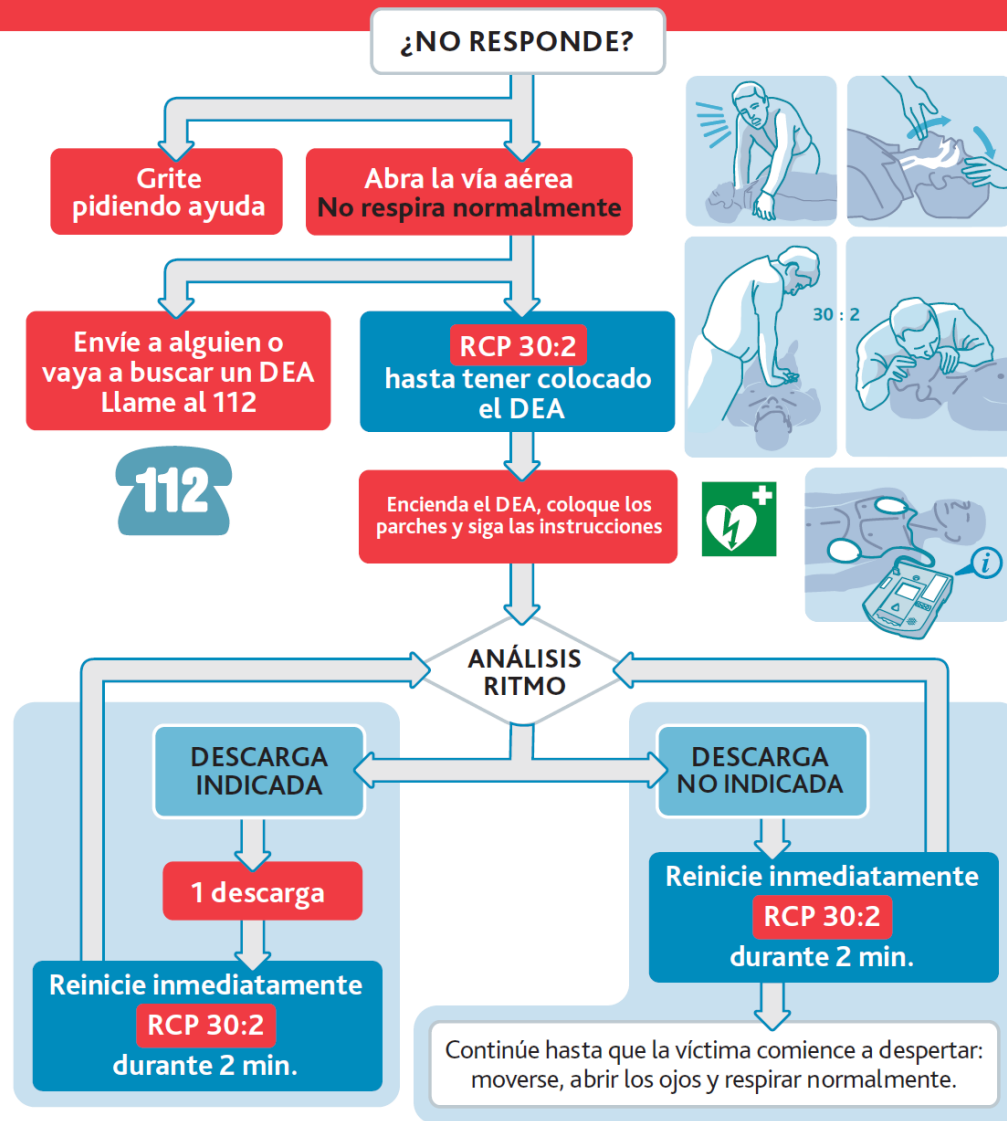
Minimizar la duración de las pausas antes y después de las descargas y se recomienda continuar con las compresiones torácicas durante la carga del desfibrilador

La reanudación inmediata de las compresiones torácicas tras la desfibrilación. La descarga de la desfibrilación se debería conseguir con una interrupción de las compresiones de no más de 5 segundos

Ya no se recomienda de forma rutinaria de un período de RCP antes del análisis del ritmo cardíaco y la descarga (?)

Desfibrilación Externa Automática

(SEGÚN RECOMENDACIONES 2010 DEL EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL)



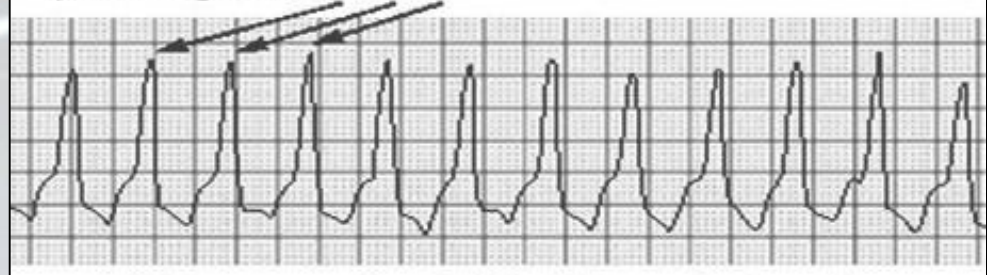
Soporte Vital Avanzado

Ritmos cardíacos asociados a PCR:

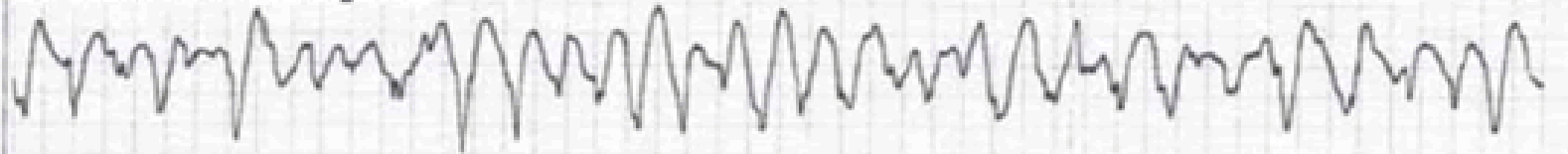
– Desfibrilables:

- TVSP
- FV

Las contracciones ventriculares son rápidas pero regulares



Reconstrucción de Electrocardiograma



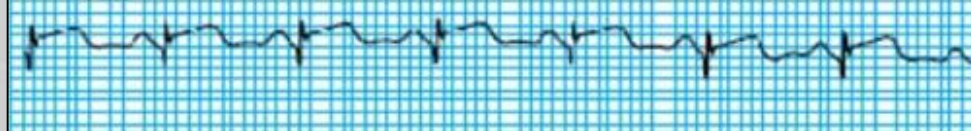
Canal Marcador

– No desfibrilables:

- Asistolia
- DEM o AESP



FIG



Soporte Vital Avanzado

Varias personas
+
instrumental
adecuado

Paro cardíaco
↓
Alarma de paro
↓
RCP 30:2

Conectar monitor desfibrilador

Valorar ritmo en el monitor

Desfibrilable

Choque monofásico 360J ó

Choque bifásico 150-360J

No desfibrilable

RCP 2 min

1mg adrenalina



Revisar
la monitorización



Minimizar
las suspensiones
de las compresiones



Ventilar con O₂
al 100%



Canalizar una vena,
si es posible
periférica



Aislar la vía aérea



Administrar
adrenalina 1 mg
cada 3-5 min (adultos)
Valorar
amiodarona

Detectar y tratar las causas reversibles de PCR

Las 4 T's	Las 4 H's
Neumotórax a Tensión Taponamiento cardíaco Tóxicos/Fármacos TEP masivo	Hipoxemia Hipovolemia Hipo/Hiperpotasemia y alt.metabólicas Hipotermia



Nuevas recomendaciones en SVA

Se disminuye el énfasis sobre el papel del golpe precordial (si presenciado)

No intubación traqueal precoz, salvo alta pericia (guedel + ambú)

Se prefiere vía intraósea (=Dosis que i.v) a la endotraqueal para administración de medicación, si no se consigue acceso venoso

Se recomiendan 3 descargas y administración de 1 mg de adrenalina después de la tercera, una vez se han reiniciado las compresiones torácicas y después cada 3-5 min. También se administran 300mg amiodarona

Ya no se recomienda la utilización rutinaria de atropina en asistolia, ni en la actividad eléctrica sin pulso

Reconocimiento del potencial daño de la hiperoxemia después de conseguir la RCE. Ajustar O2 inspirado para concentración de O2 para lograr Sat O2 94-98%

Mayor importancia al Sd.post-parada cardiaca, en protocolo de tto post-resucitación detallado y estructurado

-Mayor énfasis en uso de la ICP

-Evitarse hipoglucemia (sólo tratar si >180mg/dl)

-Hipotermia terapéutica

ANÁLISIS RITMO

**DEFIBRILABLE
(FV/TVSP)**

1 descarga

**Reinicie inmediatamente
RCP durante 2 min.
Minimice interrupciones**

**Recuperación de la
circulación espontánea**

TRATAMIENTO INMEDIATO POST-PARADA CARDIACA

- Use aproximación ABCDE
- Oxigenación y ventilación controladas
- ECG de 12 derivaciones
- Trate la causa precipitante
- Control temperatura / hipotermia terapéutica

**NO DEFIBRILABLE
(AESP/Asistolia)**

**Reinicie inmediatamente
RCP durante 2 min.
Minimice interrupciones**

DURANTE LA RCP

- Asegure RCP de alta calidad: frecuencia, profundidad, descompresión
- Planifique las acciones antes de interrumpir la RCP
- Administre oxígeno
- Considere la vía aérea avanzada y la capnografía
- Compresiones torácicas continuas cuando la vía aérea avanzada esté asegurada
- Acceso vascular (intravenoso, intraóseo)
- Administre adrenalina cada 3-5 minutos
- Corrija las causas reversibles

CAUSAS REVERSIBLES

- Hipoxia
- Hipovolemia
- Hipo/Hiperkaliemia/Metabólicas
- Hipotermia
- Trombosis
- Taponamiento cardiaco
- Tóxicos
- Neumotórax a Tensión



Gracias

Bibliografía

- Manual de soporte vital avanzado
4ªed.Semicyuc y plan nacional de RCP

