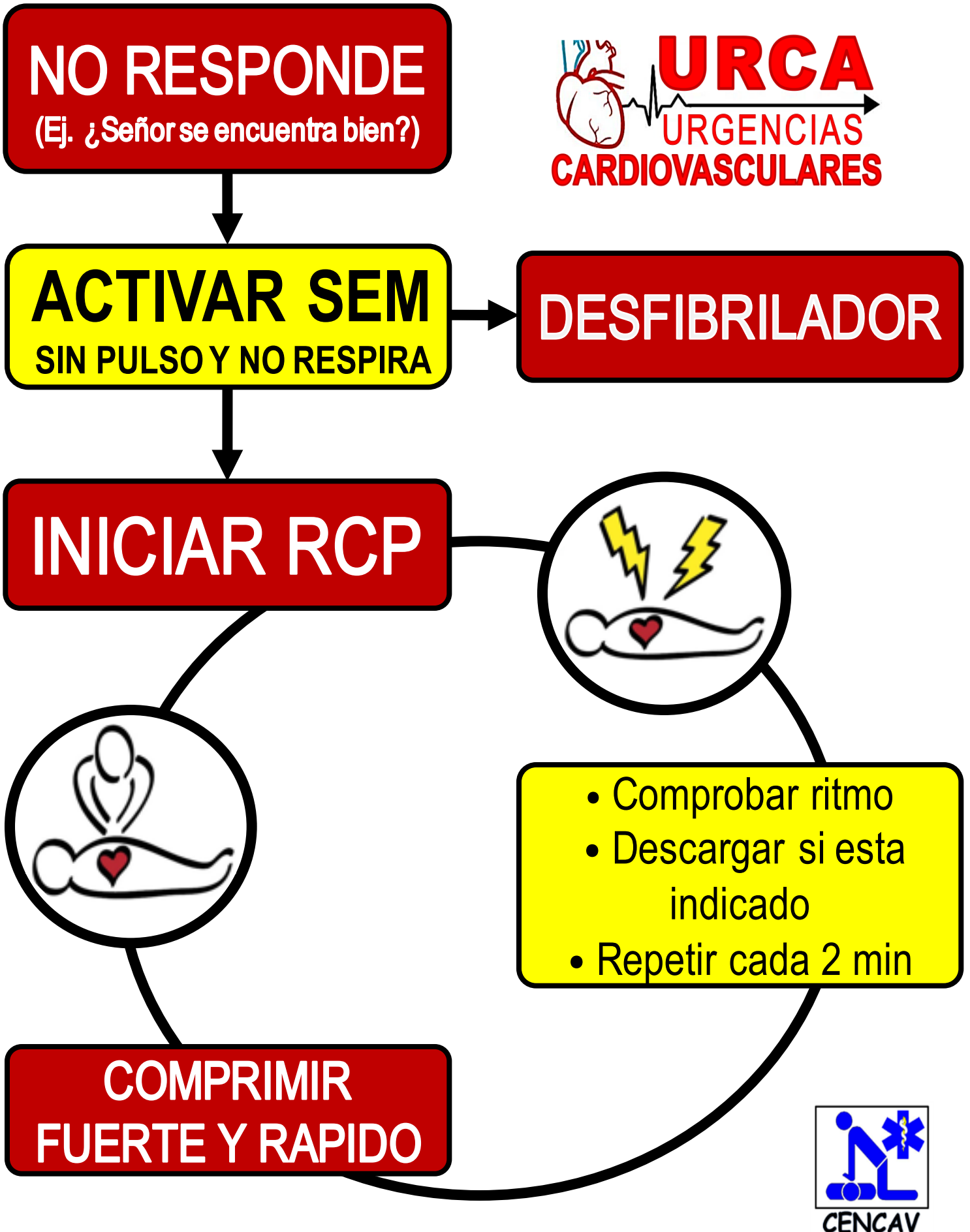
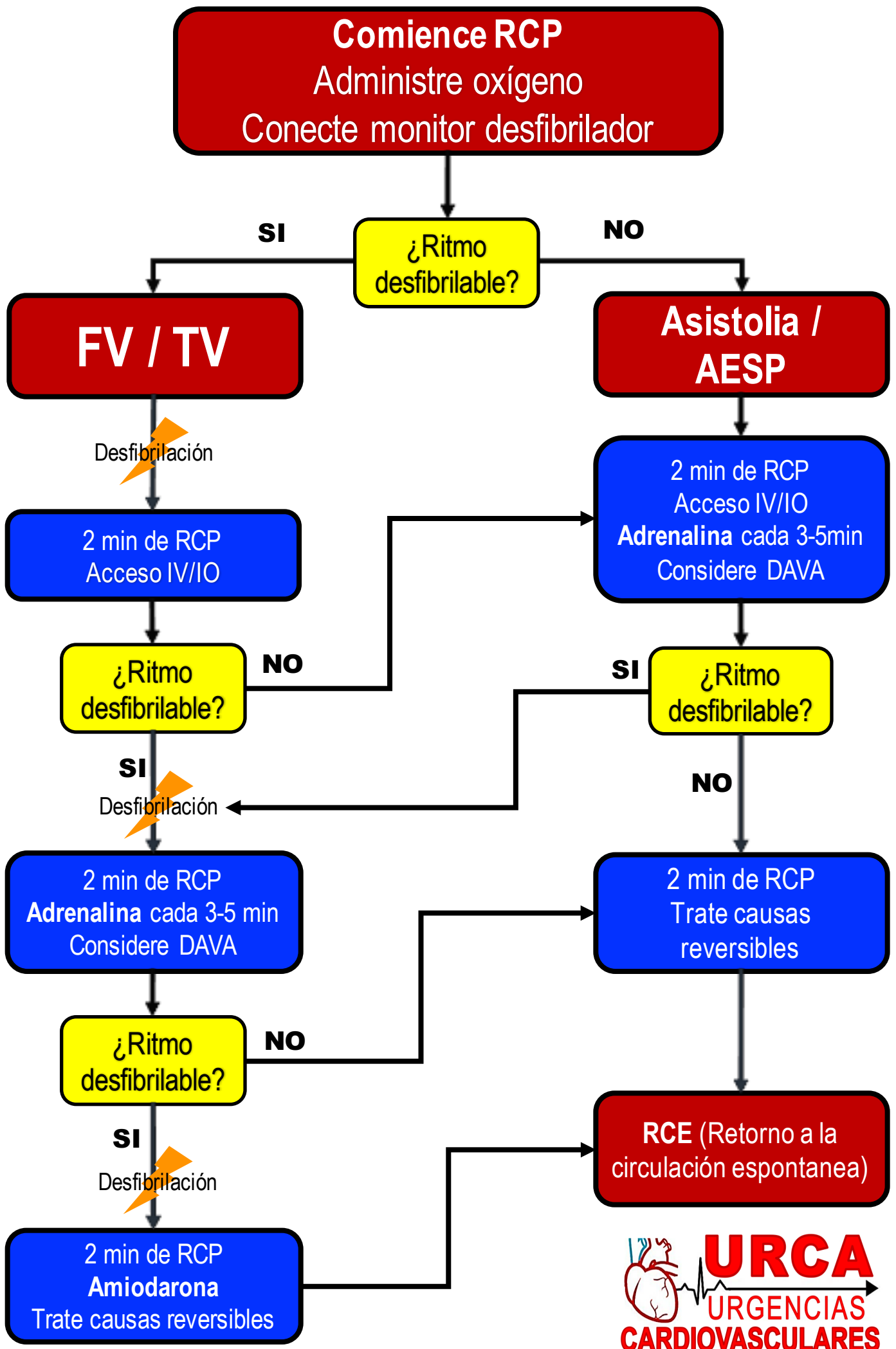


ALGORITMOS DE MANEJO EN SOPORTE CARDIOVASCULAR DE EMERGENCIA

ALGORITMO DE PARO CARDIORRESPIRATORIO: RCP BASICO



ALGORITMO DE PARO CARDIORRESPIRATORIO: RCP AVANZADO



CONSIDERACIONES IMPORTANTES EN RCP

- **Presione fuerte (5 cm) y rápido (100-120 cpm) y permita expansión completa del tórax.**
- Minimice las interrupciones de las compresiones
- Evite ventilación excesiva
- Cambie de reanimador cada 2 minutos
- Si no hay vía aérea avanzada, relación C:V= 30:2
- Capnografía
 - Si PETCO₂ < 10 mmHg, intente mejorar RCP
- Presión intra arterial:
 - Si en relajación diastólica < 20 mmHg, intente mejorar RCP
- **RETORNO A CIRCULACIÓN ESPONTANEA:**
 - Pulso y presión arterial
 - Incremento abrupto y sostenido del PETCO₂ (35- 40mmHg)
 - Ondas de presión arterial
- **ENERGIA DE DESCARGA**
 - Bifásico: Utilice el máximo disponible
 - Monofásico: 360 J
- **TERAPIA FARMACOLOGICA**
 - Adrenalina 1 mg IV/IO cada 3-5 min
 - Amiodaona 300 mg primera dosis, 150 mg segunda dosis.
- **VIA AEREA AVANZADA**
 - Vías aéreas avanzadas supraglóticas o TOT
 - Capnografía para confirmar
 - 10 ventilaciones/ min con compresiones torácicas continuas
- **EN PARO CARDIACO, PARO RESPIRATORIO, TAQUIARRITMIAS Y BRADIARRITMIA TRATE LAS H's Y 'T's:**
 - Hipovolemia, Hipoxia, Hidrogeniones (acidosis), Hipo o Hiperkalemia, Hipotermia, Neumotorax a tensión, Taponamiento cardiaco, Toxinas, Trombosis coronaria y Trombosis pulmonar.

ALGORITMO DE TAQUIARRITMIA

Presenta pulso mayor de 150 lpm

Evaluación inicial:

- A-** Vía aérea permeable: apoyo ventilatorio en caso de ser necesario
- B-** Buena ventilación: Administrar oxígeno suplementario en caso de SpO₂ <94% o en caso de dificultad respiratoria.
- C-** Evaluación de circulación: Toma de presión arterial, monitoreo cardiaco continuo, obtenga acceso intravenoso, electrocardiograma (si no retrasa la intervención terapéutica).

Presenta datos de inestabilidad hemodinámica o bajo gasto:

1. Hipotensión
2. Alteración mental aguda
3. Signos de choque
4. Molestia torácica isquémica
5. Signos de insuficiencia cardiaca aguda

NO

SI

Taquiarritmia estable:

Requiere cardioversión farmacológica. Con excepción de la TSV la cual se administra maniobras vágales de manera inicial (Ej. masaje carotideo durante 8 a 10 segundos).

Adenosina

- 6 mg IV en bolo, seguido de solución salina (primera dosis)
- 12 mg (segunda dosis) en caso necesario.
- Primera elección en taquiarritmias regulares.

Amiodarona

- 150 mg IV para 10 minutos, posteriormente:
- 1 mg/min durante 6 hrs.
- Primera elección taquiarritmias irregulares y segunda elección en taquiarritmias regulares.

Taquiarritmia inestable:

Requiere cardioversión eléctrica sincrónica con dosis acorde a las características del ritmo y al QRS:

- Regular y estrecho (TSV):** 50-100 J
- Irregular y estrecho (FA/fa):**
Monofásico: 200 J, Bifásico: 120-200 J
- Regular y ancho (TV):** 100 J
- Irregular y ancho (TV polimorfica):**
Dosis de desfibrilación.

Se recomienda sedación previo a la cardioversión eléctrica.

Considere **adenosina** en caso de TSV, como causa primaria de inestabilidad hemodinámica o en recurrencia.

ALGORITMO DE BRADIARRITMIA

Presenta pulso menor de 50 lpm

Evaluación inicial:

A- Vía aérea permeable: apoyo ventilatorio en caso de ser necesario

B- Buena ventilación: Administrar oxígeno suplementario en caso de SpO₂ <94% o en caso de dificultad respiratoria.

C- Evaluación de circulación: Toma de presión arterial, monitoreo cardiaco continuo, obtenga acceso intravenoso, electrocardiograma (si no retrasa la intervención terapéutica).

Presenta datos de inestabilidad hemodinámica o bajo gasto:

NO

1. Hipotensión
2. Alteración mental aguda
3. Signos de choque
4. Molestia torácica isquémica
5. Signos de insuficiencia cardiaca aguda

SI

Bradiarritmia estable:

- Observe y llame a un experto.
- En caso de BAV Mobitz II o BAVC requerirá marcapaso definitivo.

Bradiarritmia inestable:

- Solicite marcapaso transcutáneo
- Administre Atropina 0.5 mg IV cada 3 a 5 min (Dosis máxima 3 mg), en caso de ser ineficaz:
- Marcapaso transcutáneo o
- Marcapaso farmacológico (Dopamina IV 2-20 mcg/kg/min o Adrenalina IV 2-10 mcg/min)



ALGORITMO DE CUIDADOS POSPARO CARDIACO

Retorno a la circulación espontanea (RCE)

A- Vía aérea permeable: considere dispositivo avanzado de vía aérea (DAVA) con capnografía en caso de inadecuado estado de alerta.

B- Buena ventilación: mantenga SpaO₂ >94% mediante parámetros de protección pulmonar con volumen tidal a 6 ml/ kg de peso predicho, presión meseta menos de 28 cmH₂O, PEEP 4-6 cmH₂O. Mantenga CO₂ entre 35-45 mmHg (Evite hiper o hipoventilación)

C- Soporte circulatorio: Mantenga presión arterial media >65 mmHg, evalúe parámetros de adecuada perfusión tisular (Lactato <2 mmol/L, Uresis >0.5 ml/kg/h).

-Intervenciones para tratar hipotensión (se sugiere individualizar al paciente y no retrasar el uso de vasopresores):

1. Solución **crystaloide** 30 ml/kg para 3 horas, en caso de no mejoría en la primera hora de manejo:
2. Infusión de **vasopresor**:
 - a) Norepinefrina 0.1-0.5 mcg/kg/min ó
 - b) Dopamina 5-10 mcg/kg/min ó
 - c) Adrenalina 0.1-0.5 mcg/kg/min

