



Documentación
**Cursos de Soporte
Vital Básico**



Índice

1. Soporte vital básico en el adulto y desfibrilación externa automatizada

- Parada cardíaca
- La cadena de supervivencia
- Testigos y reconocimiento de la parada cardíaca
- Secuencia de SVB en adultos
- Posición lateral de seguridad (PLS)
- Uso de un desfibrilador externo automatizado
- Secuencia de acciones
- Resumen de los cambios desde las recomendaciones de 2010

2. Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (atragantamiento)

3. Soporte vital en el entorno hospitalario

- La resucitación en el hospital
- Desfibrilación
- RCP Instrumental

4. Ética de la resucitación y decisiones al final de la vida

5. Carro de soporte vital avanzado estandarizado

6. Plan de asistencia a la parada cardiorrespiratoria y la urgencia vital

7. Resumen

Capítulo 1

Soporte vital básico en el adulto y desfibrilación externa automatizada

El capítulo de soporte vital básico (SVB) y desfibrilación externa automatizada (DEA) contiene la instrucción sobre las técnicas utilizadas durante la resucitación inicial de un adulto víctima de una parada cardíaca. Esto incluye SVB (soporte de vía aérea, respiración y circulación sin el uso de otro equipo que no sea un dispositivo de protección) y el uso de un DEA. Además, se incluyen técnicas sencillas utilizadas en el tratamiento del atragantamiento (obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño).

Las recomendaciones se basan en el Consenso sobre Ciencia y Recomendaciones de Tratamiento (CoSTR) del ILCOR 2015 para SVB/DEA.¹⁸ La revisión ILCOR se centró en 23 temas clave que dieron lugar a 32 recomendaciones de tratamiento en los campos de acceso precoz y prevención de la parada cardíaca, RCP precoz de alta calidad, y desfibrilación precoz.

Parada cardíaca

La parada cardíaca súbita (PCS) es una de las principales causas de muerte en Europa. En el análisis inicial del ritmo cardíaco, aproximadamente 25-50% de las víctimas de PCS presentan fibrilación ventricular (FV)¹⁹⁻²¹ pero cuando el ritmo es registrado poco después de colapso, en particular por un DEA in situ, la proporción de víctimas en FV puede ser tan alta como 76%. El tratamiento recomendado para la parada cardíaca por FV es la RCP inmediata por testigos y la desfibrilación eléctrica precoz. La mayoría de las paradas cardíacas de origen no cardíaco tienen causas respiratorias, como el ahogamiento (entre ellos muchos niños) y la asfixia. Las respiraciones de rescate, así como las compresiones torácicas son cruciales para la resucitación con éxito de estas víctimas.

La cadena de supervivencia

La cadena de supervivencia resume los eslabones vitales necesarios para la resucitación exitosa. La mayoría de estos eslabones se aplican a las víctimas tanto de parada cardíaca primaria como de parada por asfixia.



1.- Reconocimiento precoz y pedir ayuda

Reconocer el origen cardíaco de un dolor en el pecho, y llamar a los servicios de emergencia antes del colapso de una víctima, permite que el servicio de emergencias médicas llegue más pronto, a ser posible antes de que la parada cardíaca haya ocurrido, lo que conduce a una mayor supervivencia.

Una vez que se ha producido la parada cardíaca, el reconocimiento precoz es fundamental para permitir la rápida activación del servicio de emergencias médicas (SEM) y la pronta iniciación de la RCP por testigos. Las principales observaciones son, ausencia de respuesta y no respirar con normalidad.

2.- RCP precoz por testigos

La iniciación inmediata de la RCP puede duplicar o cuadruplicar la supervivencia tras la parada cardíaca. Si son capaces, los reanimadores formados en RCP deberían dar compresiones torácicas junto con ventilaciones. Cuando una persona que llama no se ha formado en RCP, el operador telefónico de emergencias médicas deberá instruirlo para dar RCP solo con compresiones torácicas mientras espera la llegada de ayuda profesional.

3.- Desfibrilación precoz

La desfibrilación en los primeros 3-5 minutos del colapso puede producir tasas de supervivencia tan altas como 50-70%. Esto se puede lograr mediante DEA de acceso público y disponibles in situ.

4.- Soporte vital avanzado precoz y cuidados post-resucitación estandarizados

El soporte vital avanzado con manejo de la vía aérea, fármacos y corrección de los factores causales puede ser necesario si los primeros intentos de resucitación no tienen éxito.

Testigos y reconocimiento de la parada cardíaca

En la mayoría de las comunidades, la mediana del tiempo desde la llamada de emergencia hasta la llegada del servicio de emergencias médicas (intervalo de respuesta) es 5-8 minutos, o 8-11 minutos hasta una primera descarga. Durante este tiempo la supervivencia de la víctima depende de que los testigos inicien la RCP y utilicen un desfibrilador externo automatizado (DEA).

Reconocer una parada cardíaca puede ser un reto. Tanto los testigos como los encargados de las llamadas de emergencia (operadores telefónicos de emergencias médicas) tienen que diagnosticar la parada cardíaca lo antes posible a fin de activar la cadena de supervivencia. La comprobación del pulso carotídeo (o cualquier otro pulso) ha demostrado ser un método inexacto para confirmar la presencia o ausencia de circulación. La respiración agónica puede estar presente hasta en el 40% de las víctimas en los primeros minutos después de la parada cardíaca, y si se responde tomándola como un signo de parada cardíaca, se asocia con mayores tasas de supervivencia. El significado

de la respiración agónica debería enfatizarse durante la formación en soporte vital básico. Los testigos deberían sospechar parada cardíaca y comenzar RCP si la víctima no responde y no respira con normalidad.

Secuencia de SVB en adultos

La Figura presenta la secuencia detallada paso a paso para el reanimador con formación. Se continúa poniendo de relieve la importancia de garantizar la seguridad del reanimador, la víctima y el testigo. Pedir ayuda adicional (si es necesario) se incorpora en el paso siguiente, el de alerta a los servicios de emergencias. Para mayor claridad el algoritmo se presenta como una secuencia lineal de pasos. Se admite que los primeros pasos de comprobación de respuesta, apertura de la vía aérea, comprobación de la respiración y llamada al operador telefónico de emergencias médicas pueden realizarse simultáneamente o en sucesión rápida.

Aquellos que no están formados para reconocer la parada cardíaca y comenzar la RCP no serían conscientes de estas recomendaciones y, por tanto, requieren asistencia del operador telefónico una vez que toman la decisión de llamar al 112



Apertura de la vía aérea y comprobación de la respiración

El reanimador formado debería evaluar rápidamente a la víctima del colapso para determinar si responde y respira con normalidad. Abrir la vía aérea utilizando la maniobra frente mentón, mientras que evalúa si la persona está respirando con normalidad.

Alerta a los servicios de emergencia

El 112 es el número de teléfono europeo de emergencias, disponible en toda la UE, de forma gratuita. Es posible llamar al 112 desde teléfonos fijos y móviles para contactar con cualquier servicio de emergencias: una ambulancia, los bomberos o la policía. El contacto precoz con los servicios de emergencias facilitará la asistencia por el operador telefónico en el reconocimiento de la parada cardíaca, la instrucción telefónica sobre cómo realizar la RCP, la activación de un servicio médico de emergencia / primera respuesta y la localización y envío de un DEA

Inicio de las compresiones torácicas

En los adultos que necesitan RCP, existe una alta probabilidad de una causa cardíaca primaria. Cuando el flujo sanguíneo se detiene después de una parada cardíaca, la sangre en los pulmones y el sistema arterial permanece oxigenada durante algunos minutos.

Para enfatizar la prioridad de las compresiones torácicas, se recomienda que la RCP debería iniciarse con compresiones torácicas en lugar de hacerlo con ventilaciones iniciales.

Al realizar compresiones torácicas manuales:

1. Hacer las compresiones en el centro del tórax
2. Comprimir a una profundidad de aproximadamente 5 cm, pero no más de 6 cm para el adulto promedio
3. Comprimir el tórax a una frecuencia de 100 a 120/min con el menor número de interrupciones posible
4. Permitir que el tórax se re-expanda por completo después de cada compresión; no permanecer apoyado en el tórax

Posición de las manos

Estudios experimentales demuestran mejores respuestas hemodinámicas cuando las compresiones torácicas se realizan en la mitad inferior del esternón. Se recomienda que esta localización se explique de una forma sencilla, como, "colocar el talón de la mano en el centro del pecho con la otra mano encima". Esta instrucción debería ir acompañada de una demostración de la colocación de las manos en la mitad inferior del esternón. Las compresiones torácicas se realizan más fácilmente por un solo reanimador arrodillándose al lado de la víctima, ya que esto facilita el movimiento entre compresiones y ventilaciones con mínimas interrupciones. La RCP desde la cabeza de la víctima por un solo reanimador y la RCP a horcajadas por dos reanimadores pueden considerarse cuando no es posible realizar compresiones al lado de la víctima, como por ejemplo cuando la víctima se encuentra en un espacio reducido.

Profundidad de las compresiones

Los datos de cuatro estudios observacionales recientes sugieren que un rango de profundidad de compresión de 4,5 a 5,5 cm en adultos conduce a mejores resultados que otras profundidades de compresión durante la RCP manual. Uno de estos estudios encontró que una profundidad de compresión de 46 mm se asociaba con la mayor tasa de supervivencia. El ERC, por lo tanto, apoya la recomendación del ILCOR de que es razonable obtener una profundidad de compresión en el tórax de aproximadamente 5 cm, pero no más de 6 cm en el adulto de tamaño medio.

Frecuencia de las compresiones

Dos estudios encontraron una mayor supervivencia entre los pacientes que recibieron compresiones torácicas a una frecuencia de 100 a 120/min. Frecuencias de compresiones torácicas muy altas se asociaban con la disminución en la profundidad de las mismas. El ERC recomienda, por lo tanto, que las compresiones torácicas deberían realizarse a una frecuencia de 100 a 120/min.

Minimizar pausas en las compresiones torácicas

Pausas pre y post-descarga de menos de 10 segundos y fracciones de compresiones torácicas > 60% se asocian con mejores resultados. Deben minimizarse las pausas en las compresiones torácicas.

Superficie firme

La RCP debe realizarse sobre una superficie firme siempre que sea posible. Los colchones de aire deben desinflarse rutinariamente durante la RCP. La evidencia sobre el uso de tableros no es concluyente. Si se utiliza un tablero, debe tenerse cuidado de evitar interrumpir la RCP y perder las vías intravenosas u otros tubos o sondas durante la colocación del mismo.

Reexpansión de la pared torácica

Permitir la completa reexpansión del tórax después de cada compresión resulta en un mejor retorno venoso y puede mejorar la eficacia de la RCP. Los reanimadores deberían, por lo tanto, tener cuidado de evitar permanecer apoyados después de cada compresión torácica.

Respiraciones de rescate

Sugerimos que durante la RCP en adultos se administren volúmenes corrientes de aproximadamente 500 a 600 ml (6 -7 ml/kg). En la práctica, este es el volumen necesario para hacer que el tórax se eleve de forma visible. Los que realicen la RCP deberían intentar una duración de la insuflación de alrededor de 1 s, con un volumen suficiente para hacer que el tórax de la víctima se eleve, pero evitando ventilaciones rápidas o forzadas. La interrupción máxima de las compresiones torácicas para dar dos ventilaciones no debería exceder de 10 segundos

Relación compresiones-ventilaciones

En las Recomendaciones de 2010 del ERC se recomendaba una relación de 30:2 para un solo reanimador realizando la resucitación de un adulto. Varios estudios observacionales han comunicado resultados ligeramente mejores después de la implementación de los cambios en las recomendaciones, que incluían pasar de una relación compresiones/ventilaciones de 15:2 a 30:2. El ERC sigue, por lo tanto, recomendando una relación compresiones/ventilaciones de 30:2.

RCP solo con compresiones

Estudios observacionales, clasificados principalmente como de evidencia muy baja calidad, han sugerido la equivalencia de RCP solo con compresiones torácicas y compresiones torácicas combinadas con ventilaciones de rescate en adultos con parada cardíaca de origen supuestamente cardíaco. Nuestra consideración de la equivalencia entre RCP sólo con compresiones torácicas y la estándar, no es suficiente para cambiar

la práctica actual. El ERC, por lo tanto, suscribe las recomendaciones del ILCOR que todos los que realicen RCP deberían aplicar compresiones torácicas a todos los pacientes con parada cardíaca. Los reanimadores formados y capaces de realizar ventilaciones de rescate deberían realizar compresiones torácicas y respiraciones de rescate, ya que puede proporcionar un beneficio adicional en niños y en los que sufren una parada cardíaca por asfixia o donde el intervalo de respuesta del SEM es prolongado.

Posición lateral de seguridad (PLS)



Poner el brazo más próximo al reanimador en ángulo recto con el cuerpo, el codo doblado con la palma de la mano hacia arriba



Traer el brazo alejado del socorrista cruzando el tórax y apoyar el dorso de la mano contra la mejilla del lado contrario de la víctima.



Con la otra mano, agarrar la pierna más alejada justo por encima de la rodilla y levantarla, manteniendo el pie apoyado, y girar el cuerpo hasta que se quede de lado



Uso de un desfibrilador externo automatizado

Los DEA son seguros y efectivos cuando se utilizan por personas legas con mínima o ninguna formación. Los DEA hacen posible desfibrilar muchos minutos antes de que llegue la ayuda profesional. Los que realicen la RCP deberían continuarla con la mínima interrupción de las compresiones torácicas mientras se coloca un DEA y durante su uso. Los que realicen la RCP deberían concentrarse en seguir inmediatamente las instrucciones de voz cuando son emitidas, en particular, reanudando la RCP tan pronto como se indique y reducir al mínimo las interrupciones en las compresiones torácicas.

RCP antes de la desfibrilación

Se debe continuar la RCP mientras se trae a la escena y se aplica un desfibrilador o un DEA, pero la desfibrilación no debe demorarse por más tiempo.

Intervalo entre comprobaciones del ritmo

Se debe hacer una pausa en las compresiones torácicas cada dos minutos para evaluar el ritmo cardíaco.

Indicaciones de voz

Es sumamente importante que los que realicen la RCP presten atención a las indicaciones de voz del DEA y las sigan sin demora alguna. Los dispositivos de medición de calidad de la RCP pueden además proporcionar retroalimentación de la RCP en tiempo real e indicaciones suplementarias de voz o visuales.

Riesgos de la RCP para los reanimadores y las víctimas

En las víctimas que finalmente no se encuentran en parada cardíaca, la RCP por testigos muy raramente provoca daños graves. Los que realicen RCP no deberían, por lo tanto, ser reacios a iniciar la misma por temor a causar daño

SECUENCIA /
Acción

Descripción técnica

SEGURIDAD

Asegúrese de que usted, la víctima y cualquier testigo están seguros

RESPUESTA

Evalúe a la víctima



Sacuda suavemente sus hombros y pregunte en voz alta: “¿Se encuentra bien?”

Si responde, déjelo en la posición en que lo encontró, siempre que no exista mayor peligro; trate de averiguar qué problema tiene y consiga ayuda si se necesita; reevalúelo con frecuencia

VÍA AÉREA

Abra la vía aérea



Coloque a la víctima boca arriba

Coloque su mano sobre la frente e incline suavemente su cabeza hacia atrás; con la yema de sus dedos bajo el mentón de la víctima, eleve el mentón para abrir la vía aérea

RESPIRACIÓN

Mire, escuche y sienta la respiración normal



En los primeros minutos de una parada cardíaca, una víctima puede estar prácticamente sin respiración, o presentar boqueadas infrecuentes, lentas y ruidosas.

No confunda esto con la respiración normal. Mire, escuche y sienta durante **no más** de 10 segundos para determinar si la víctima está respirando normalmente.

Si tiene alguna duda acerca de si la respiración es normal, actúe como si no estuviera respirando normalmente y prepárese para empezar RCP.

NO RESPONDE Y
NO RESPIRA CON
NORMALIDAD

Avise a los Servicios de Emergencias



Pida a alguien que llame a los Servicio de Emergencias (112) si es posible, si no llámelos usted mismo.

Permanezca junto a la víctima mientras hace la llamada si es posible

Active la función manos libres en el teléfono para comunicarse mejor con el operador telefónico de emergencias

ENVÍE A POR EL DEA

Envíe a alguien a por el DEA



Si es posible envíe a alguien a buscar un DEA y traerlo. Si está usted sólo, no abandone a la víctima, y comience la RCP

CIRCULACIÓN**Inicie compresiones torácicas**

Arrodílese al lado de la víctima

Coloque el talón de una mano en el centro del pecho de la víctima; (que es la mitad inferior del hueso central del pecho de la víctima o esternón)

Coloque el talón de la otra mano encima de la primera



Entrelace los dedos de sus manos y asegúrese de que la presión no se aplica sobre las costillas de la víctima

Mantenga sus brazos rectos.

No haga presión sobre la parte alta del abdomen o la parte final del esternón (hueso central del pecho)



Colóquese verticalmente sobre el pecho de la víctima y comprima el esternón aproximadamente 5 cm (pero no más de 6 cm)

Después de cada compresión, libere toda la presión sobre el pecho sin perder contacto entre sus manos y el esternón;

Repita a una frecuencia de 100-120 por min

SI ESTÁ FORMADO Y ES CAPAZ**Combine las compresiones torácicas con las respiraciones de rescate**

Después de 30 compresiones, abra la vía aérea de nuevo usando la maniobra frente-mentón

Utilice el dedo índice y el pulgar de la mano que tiene sobre la frente para pinzar la parte blanda de la nariz, cerrándola completamente

Permita que la boca se abra, pero mantenga el mentón elevado

Inspire normalmente y coloque sus labios alrededor de la boca, asegurándose de que hace un buen sellado

Sople de modo sostenido en el interior de la boca mientras observa que el pecho se eleva, durante alrededor de 1 segundo como en una respiración normal; esto es una respiración de rescate efectiva **

Manteniendo la maniobra frente-mentón, retire su boca de la víctima y observe que el pecho desciende conforme el aire sale

Tome aire normalmente otra vez y sople en la boca de la víctima una vez más para conseguir un total de dos respiraciones de rescate efectivas. No interrumpa las compresiones más de 10 segundos para dar las dos respiraciones. A continuación recolóque sus manos sin demora en la posición correcta sobre el esternón y dé 30 compresiones más

Continúe con las compresiones torácicas y las respiraciones de rescate en una relación de 30:2

SI NO ESTÁ FORMADO O NO ES CAPAZ DE DAR RESPIRACIONES DE RESCATE**Continúe RCP solo con compresiones**

Haga RCP solo con compresiones (compresiones continuas, a una frecuencia de 100-120 por minuto)

CUANDO LLEGUE EL DEA

Ponga en funcionamiento el DEA y aplique los parches



Tan pronto como llegue el DEA:

Ponga en funcionamiento el DEA y aplique los parches adhesivos en el pecho desnudo del paciente

Si hay más de un reanimador, las maniobras de RCP se deben continuar mientras se colocan los parches sobre el pecho

Siga las instrucciones visuales/sonoras



Asegúrese de que nadie toca a la víctima mientras el DEA realiza el análisis del ritmo

Si la descarga está indicada, aplique una descarga



Asegúrese de que nadie toca a la víctima

Apriete el botón de descarga como se indica (los DEAs completamente automáticos aplicarán la descarga automáticamente)

Reinicie inmediatamente RCP 30:2

Continúe siguiendo las instrucciones visuales/sonoras.

Si la descarga no está indicada,

continúe RCP



Reinicie a RCP inmediatamente. Continúe como se indica en las instrucciones visuales/sonoras

SI NO SE DISPONE DE DEA CONTINÚE RCP

Continúe RCP



No interrumpa la resucitación hasta que:

- Un profesional sanitario le diga que pare
- La víctima comience a despertar: se mueva, abra los ojos y respire con normalidad.
- Usted se agote

SI NO RESPONDE PERO RESPIRA CON NORMALIDAD

Si está seguro de que el paciente respira con normalidad pero no responde, colóquelo en la posición de recuperación (vea el capítulo de primeros auxilios).



Es raro que la RCP por sí sola reinicie el corazón. A no ser que esté seguro que el paciente se ha recuperado continúe la RCP

Signos de que la víctima se ha recuperado

- comienza a despertar
- se mueve
- abre los ojos
- respira con normalidad

Esté preparado para reiniciar la RCP inmediatamente si el paciente se deteriora

Resumen de los cambios desde las recomendaciones de 2010

Las Recomendaciones 2015 del ERC destacan la importancia crítica de las interacciones entre el operador telefónico del servicio de emergencias médicas, el testigo que realiza la RCP y el despliegue a tiempo de un desfibrilador externo automatizado (DEA). Una respuesta coordinada eficaz de la comunidad que agrupe estos elementos es clave para mejorar la supervivencia de la parada cardíaca extrahospitalaria.

El operador telefónico de emergencias médicas juega un papel importante en el diagnóstico precoz de la parada cardíaca, la realización de RCP con ayuda telefónica (conocida también como RCP telefónica), y la localización y disponibilidad de un DEA.

El testigo formado y capacitado debería valorar a la víctima del colapso rápidamente para determinar si no responde y no respira normalmente y luego alertar inmediatamente a los servicios de emergencias.

Los que realizan la RCP deberían dar compresiones torácicas en todas las víctimas de parada cardíaca. Los que estén formados y sean capaces de hacer respiraciones de rescate deberían realizar compresiones torácicas y respiraciones de rescate combinadas. Nuestra consideración en la equivalencia entre la RCP sólo con compresiones torácicas y la RCP estándar, no es suficiente para cambiar la práctica actual.

La RCP de alta calidad sigue siendo esencial para mejorar los resultados. Los que realizan RCP deberían asegurar compresiones torácicas de profundidad adecuada (aproximadamente 5 cm, pero no más de 6 cm en el adulto medio) con una frecuencia de 100-120 compresiones por minuto. Permitir que el tórax se re-expanda completamente tras cada compresión y minimizar las interrupciones en las compresiones. Cuando se administren respiraciones de rescate/ventilaciones, emplear aproximadamente 1 segundo para insuflar el tórax con un volumen suficiente para asegurar que el tórax se eleve visiblemente. La relación de compresiones torácicas y ventilaciones sigue siendo 30:2. No interrumpir las compresiones torácicas durante más de 10 segundos para administrar ventilaciones.

La desfibrilación en los 3-5 primeros minutos del colapso puede producir tasas de supervivencia tan altas como 50- 70%. Se puede conseguir desfibrilación precoz por los que hacen la RCP mediante la utilización de DEA de acceso público in situ. Se deberían implementar activamente programas de acceso público a DEA en los espacios públicos que tengan una alta afluencia de personas.

La secuencia de RCP del adulto puede utilizarse con seguridad en niños que no responden y no respiran con normalidad. La profundidad de las compresiones torácicas en niños debería ser de al menos un tercio del diámetro torácico anteroposterior (para lactantes esto es 4 cm, para niños 5 cm).

Un cuerpo extraño que produce obstrucción completa de la vía aérea es una emergencia médica y requiere tratamiento inmediato con golpes en la espalda y, si eso no consigue aliviar la obstrucción, con compresiones abdominales. Si la víctima pierde la conciencia, debería comenzarse inmediatamente RCP mientras se solicita ayuda.

Se mantiene el énfasis en la utilización de los sistemas de respuesta rápida para la atención del paciente que está deteriorándose y la prevención de la parada cardíaca intrahospitalaria.

Se mantiene el énfasis en las compresiones torácicas de alta calidad con mínimas interrupciones durante cualquier intervención de SVA: las compresiones torácicas solo se

detienen brevemente para posibilitar intervenciones específicas. Esto incluye minimizar las interrupciones en las compresiones torácicas durante menos de 5 segundos para intentar la desfibrilación.

Se mantiene el énfasis en el uso de parches autoadhesivos para la desfibrilación, y una estrategia de desfibrilación para minimizar las pausas pre-descarga, aunque se admite que las palas del desfibrilador se utilicen en algunos ámbitos.

Existe una variedad de aproximaciones al manejo de la vía aérea durante la RCP y se recomienda una aproximación gradual basada en los factores del paciente y las destrezas del reanimador.

No se recomiendan cambios en la secuencia de acciones en la resucitación de los pacientes obesos, aunque la realización de RCP efectiva puede constituir un reto. Se debe considerar cambiar a los reanimadores con una frecuencia mayor que el intervalo estándar de 2 minutos. Se recomienda intubación traqueal precoz.

Capítulo 2

Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (atragantamiento)

La obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (OVACE) es una causa poco frecuente pero potencialmente tratable de muerte accidental. Dado que las víctimas inicialmente están conscientes y responden, a menudo existen oportunidades para intervenciones precoces que pueden salvar la vida.

Reconocimiento

La OVACE habitualmente ocurre mientras la víctima está comiendo o bebiendo. Los cuerpos extraños pueden causar obstrucción de la vía aérea leve o grave. Es importante preguntar a la víctima consciente "¿Se está atragantando?". La víctima que es capaz de hablar, toser y respirar tiene obstrucción leve. La víctima que no puede hablar, tiene una tos débil, está luchando por o no puede respirar, tiene obstrucción completa o grave.

Tratamiento de la obstrucción parcial de la vía aérea

Se debe animar a la víctima a toser puesto que la tos genera presiones de la vía aérea altas y sostenidas y puede expulsar el cuerpo extraño.

Tratamiento de la obstrucción completa de la vía aérea

Para los adultos conscientes y niños mayores de un año de edad con OVACE completa, se han referido casos que han demostrado la eficacia de los golpes en la espalda o palmadas, compresiones abdominales y torácicas. La probabilidad de éxito se incrementa al realizar combinaciones de golpes en la espalda o palmadas, y compresiones abdominales y torácicas.

Tratamiento de la obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño en una víctima que no responde

Las compresiones torácicas deberían iniciarse de inmediato si la víctima no responde o está inconsciente. Después de 30 compresiones intentar 2 ventilaciones de rescate, y continuar la RCP hasta que la víctima se recupere y comience a respirar con normalidad.

Las víctimas con tos persistente, dificultad para tragar, o la sensación de que un objeto sigue atascado en la garganta deben ser trasladados para una valoración médica. Las compresiones abdominales y torácicas pueden potencialmente causar lesiones internas graves y todas las víctimas tratadas con éxito con estas medidas deben ser examinadas posteriormente para descartarlas.

Acción

Descripción técnica

**SOSPECHA DE
ATRAGANTAMIENTO**

Sospeche atragantamiento, especialmente si la víctima está comiendo

ANIME A TOSER

Indique a la víctima que tosa

**DÉ 5 GOLPES EN LA
ESPALDA**

Si la tos se vuelve inefectiva dé hasta 5 golpes en la espalda

Si la víctima muestra signos de obstrucción grave de la vía aérea y está consciente dé 5 golpes en la espalda
Sítuese al lado y ligeramente detrás de la víctima
Aguante el pecho con una mano e incline a la víctima bien hacia adelante de modo que cuando el objeto causante de la obstrucción sea desplazado progrese hacia la boca en vez de irse más abajo en la vía aérea;
Dé hasta cinco golpes secos entre las escápulas con el talón de su otra mano.

**DÉ 5 COMPRESIONES
ABDOMINALES**

Si los golpes en la espalda no son efectivos dé hasta cinco compresiones abdominales

Si cinco golpes en la espalda no consiguen aliviar la obstrucción de la vía aérea, dé hasta cinco compresiones abdominales como sigue:
Sítuese detrás de la víctima y rodeéla con ambos brazos por la parte superior del abdomen;
Incline a la víctima hacia adelante;
Cierre el puño y colóquelo entre el ombligo y la caja torácica;
Agarre este puño con la otra mano y empuje fuerte y rápido hacia adentro y hacia arriba;
Repita hasta cinco veces.
Si la obstrucción no se alivia todavía, continúe alternando cinco golpes en la espalda con cinco compresiones abdominales.

COMIENCE RCP

Si la víctima pierde la conciencia comience RCP



Si en cualquier momento la víctima pierde la conciencia:

- coloque a la víctima con cuidado sobre el suelo;
- active inmediatamente el Servicio de Emergencias Médicas;
- comience RCP con compresiones torácicas.

Capítulo 3

Soporte vital en el entorno hospitalario

El reconocimiento precoz del paciente que se está deteriorando y la prevención de una parada cardíaca es el primer eslabón de la cadena de supervivencia. Una vez que se produce, sólo alrededor del 20% de los pacientes que sufren una parada cardíaca intrahospitalaria sobrevivirán para ir a casa. Los hospitales deberían disponer de un sistema de cuidados que incluyera:

1. Formar al personal acerca de los signos de deterioro del paciente y la justificación para una respuesta rápida a esa situación
2. Monitorización frecuente y apropiada de los signos vitales de los pacientes
3. Una directriz clara (p.ej. a través de criterios de llamada o escalas de aviso precoz) para apoyar al personal en la detección precoz del deterioro del paciente
4. Un sistema claro y uniforme de llamada para solicitar asistencia
5. Una respuesta clínica adecuada y oportuna a las llamadas de ayuda.

Prevención de la muerte súbita cardíaca (MSC) extrahospitalaria

La mayoría de las víctimas de MSC tienen una historia de enfermedad cardíaca y sintomatología alarmante, más comúnmente dolor en el pecho, en la hora previa a la parada cardíaca. Los niños y adultos jóvenes aparentemente sanos que sufren MSC también puede tener signos y síntomas (p.ej. síncope / pre-síncope, dolor en el pecho y palpitaciones) que deberían alertar a los profesionales sanitarios a buscar ayuda de expertos para prevenir la parada cardíaca.

Los programas de cribado para atletas varían entre países. La identificación de individuos con enfermedades hereditarias y el cribado de miembros de la familia pueden ayudar a prevenir las muertes en personas jóvenes con trastornos cardíacos hereditarios.

Resucitación prehospitalaria. RCP frente a desfibrilación inicial en la parada cardíaca extrahospitalaria

El personal de los SEM debería proporcionar RCP de alta calidad, mientras se dispone del desfibrilador, se aplica y se carga. La desfibrilación no debería demorarse más tiempo del necesario para establecer la indicación de desfibrilación y realizar la carga.

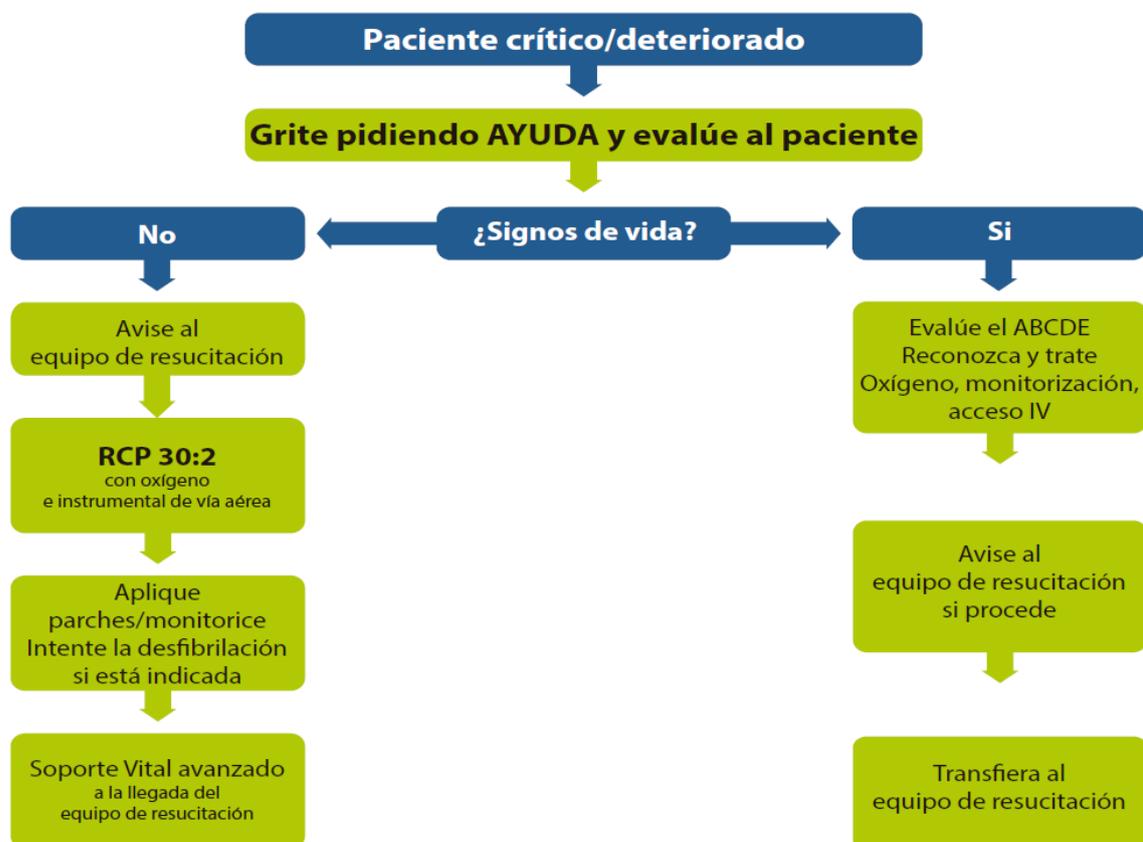
Normas para la finalización de la resucitación

La norma recomienda la finalización cuando no hay RCE, no se administran descargas y el personal del SEM no presencié la parada. Varios estudios han demostrado la validación externa de esta norma. Más estudios recientes muestran que los equipos de los SEM que proporcionan intervenciones de SVA también pueden utilizar esta norma de SVB, y por lo tanto denominarla "norma universal de finalización de la resucitación"

La resucitación en el hospital

Tras una parada cardíaca intrahospitalaria, la división entre SVB y SVA es arbitraria; en la práctica el proceso de resucitación es un continuo y se basa en el sentido común. En la figura se muestra un algoritmo para el manejo inicial de la parada cardíaca en el hospital.

- Garantizar la seguridad del personal.
- Cuando los profesionales sanitarios ven en un área clínica el colapso de un paciente o le encuentran aparentemente inconsciente, deberían inicialmente solicitar ayuda (p.ej. activar timbre de emergencia, gritar), a continuación, evaluar si el paciente responde. Deben agitar suavemente los hombros y preguntar en voz alta: "¿Está bien?"
- Si están cerca otros miembros del personal, será posible llevar a cabo las acciones de forma simultánea.



Pautas en el entorno hospitalario

Sólo expertos en SVA deberían tratar de evaluar el pulso, mientras que al mismo tiempo buscan signos de vida. Esta evaluación rápida no debe llevar más de 10 segundos. Inicie la RCP si hay alguna duda acerca de la presencia o ausencia de pulso.

Una persona comienza la RCP mientras otros llaman al equipo de resucitación y consiguen el equipamiento de resucitación y un desfibrilador. Si solo está presente un miembro del personal, esto significará dejar solo al paciente.

Se debe mantener la vía aérea y ventilar los pulmones con el equipamiento más apropiado que se tenga a mano inmediatamente. Debería comenzarse la ventilación con balón mascarilla por dos reanimadores, que puede ser complementada con una cánula orofaríngea. De forma alternativa, utilice un dispositivo supraglótico de vía aérea (DSVA) y un balón autoinflable. La intubación traqueal sólo debería intentarse por aquellos que estén formados, y sean competentes y experimentados en esta técnica.

Se debe utilizar un tiempo inspiratorio de 1 segundo y administrar suficiente volumen para producir una elevación normal del tórax. Añadir oxígeno suplementario, tan pronto como sea posible, para administrar mayor concentración de oxígeno inspirado.

Una vez se ha intubado la tráquea del paciente o se ha insertado un DSVA, se continúa con compresiones torácicas ininterrumpidas (excepto para desfibrilación o comprobación del pulso cuando esté indicado), a una frecuencia de 100 a 120/min y ventile los pulmones a 10 ventilaciones/min aproximadamente. Evitar la hiperventilación (tanto por exceso de frecuencia como de volumen).

Cuando llegue el desfibrilador, aplicar los parches autoadhesivos de desfibrilación al paciente mientras se continúa con las compresiones torácicas y luego brevemente analizar el ritmo. Si no se dispone de parches de desfibrilación autoadhesivos, utilizar las palas. Hacer una pausa breve para valorar el ritmo cardiaco. Con un desfibrilador manual, si el ritmo es FV/TVSP cargar el desfibrilador mientras otro reanimador continúa las compresiones torácicas.

Reiniciar las compresiones torácicas inmediatamente tras el intento de desfibrilación. Minimizar las interrupciones de las compresiones torácicas. Utilizando un desfibrilador manual es posible reducir la pausa entre el cese y la reanudación de las compresiones torácicas a menos de cinco segundos.

Una vez que la resucitación está en marcha, y si hay suficiente personal presente, hay que preparar cánulas intravenosas y fármacos que probablemente van a ser utilizados por el equipo de resucitación (p.ej. adrenalina).

La calidad de las compresiones torácicas durante la RCP intrahospitalaria es frecuentemente subóptima. La importancia de las compresiones torácicas ininterrumpidas puede no ser suficientemente enfatizada. Incluso breves interrupciones de las compresiones torácicas son desastrosas para el pronóstico y se deben hacer todos los esfuerzos para asegurar que se mantiene una compresión torácica efectiva continua a todo lo largo del intento de resucitación. Las compresiones torácicas deberían iniciarse al comienzo de un intento de resucitación y continuar de modo ininterrumpido salvo breves pausas para intervenciones específicas (p.ej. comprobar el ritmo). La mayoría de las intervenciones pueden llevarse a cabo sin interrupciones de las compresiones torácicas. El líder del equipo debería monitorizar la calidad de la RCP y alternar a los participantes en la RCP si la calidad de la misma es insuficiente.

Si es posible, la persona que realiza las compresiones torácicas debería ser relevada cada 2 minutos, pero sin interrumpir las compresiones torácicas.

Desfibrilación

- La estrategia de desfibrilación para las recomendaciones de 2015 del ERC ha cambiado poco desde las recomendaciones anteriores.
- A lo largo de estas recomendaciones sigue enfatizándose la importancia de las compresiones torácicas ininterrumpidas de forma precoz, junto con minimizar la duración de las pausas pre-descarga y post-descarga.
- Continuar las compresiones torácicas durante la carga del desfibrilador, administrar la descarga con una interrupción en las compresiones torácicas de no más de 5 segundos e inmediatamente reiniciar las compresiones torácicas tras la desfibrilación.
- Los parches autoadhesivos de desfibrilación tienen numerosas ventajas sobre las palas manuales y deberían ser utilizados siempre preferentemente cuando estén disponibles.
- La RCP se debe continuar mientras se consigue y se conecta un desfibrilador o un desfibrilador externo automatizado (DEA), pero la desfibrilación no debe demorarse más que el tiempo necesario para establecer la necesidad de desfibrilación y la carga.
- Se puede considerar la utilización de tres descargas en tanda con un desfibrilador disponible de forma inmediata si una FV/TVSP inicial ocurre durante una parada presenciada y monitorizada, p.ej. durante el cateterismo cardiaco.
- Los niveles de energía de descarga para desfibrilación no se han cambiado desde las recomendaciones 2010. Para formas de onda bifásicas administrar descargas con una energía de 220J. Para las formas de onda monofásicas, administrar descargas con una energía de 360J. La energía de descarga para un desfibrilador particular debería basarse en la guía del fabricante.

Estrategias para minimizar la pausa pre-descarga

La demora entre el cese de las compresiones torácicas y la administración de la descarga (la pausa pre-descarga) debe reducirse al mínimo posible; incluso 5-10 segundos de demora reducirán las probabilidades de que la descarga tenga éxito. La pausa pre-descarga puede reducirse a menos de 5 segundos continuando las compresiones durante la carga del desfibrilador y manteniendo un equipo eficiente coordinado por un líder que se comunica de forma efectiva. La comprobación de seguridad para evitar que el reanimador esté en contacto con el paciente en el momento de la desfibrilación debería ser llevada a cabo rápido pero eficientemente. La pausa post-descarga se minimiza reiniciando las compresiones torácicas inmediatamente tras la administración de la descarga (ver más adelante). El proceso completo de desfibrilación manual debería poder conseguirse con menos de 5 segundos de interrupción de las compresiones

RCP Instrumental

La RCP instrumental se sitúa en medio de la RCP básica y la avanzada, englobando una serie de maniobras y técnicas sencillas para mejorar la oxigenación y ventilación del paciente, dado que en la reanimación básica la concentración de oxígeno suministrada es baja y el volumen/min es impredecible e insuficiente

Sistema de aspiración

Permite la limpieza y permeabilidad de la vía aérea mejorando la ventilación y oxigenación



- Presión máxima de 300mmHg
- Fijo o portátil
- Sondas de distintos tamaños y grosores
- **Vigilar correcto montaje**

Cánulas faríngeas

Son tubos rígidos o semirrígidos de forma anatómica, que ayudan a mantener permeable la vía aérea, después de ser introducidos a través de la boca (orofaríngeas) o nariz (nasofaríngeas).



Nasofaríngeas

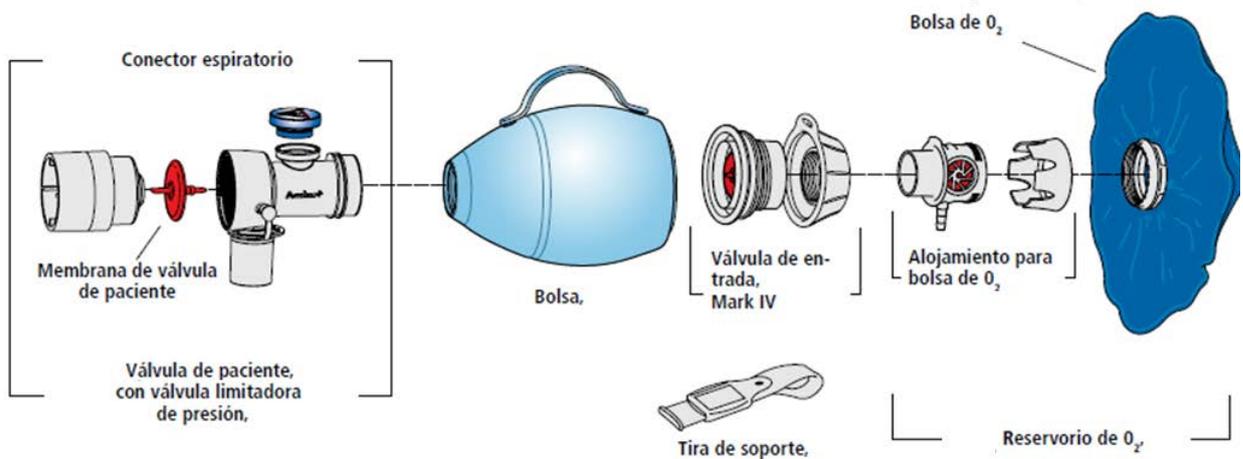
- Se utilizan en pacientes con reflejos de protección conservados porque son mejor toleradas
- Existen varios tamaños.
- El tamaño adecuado es aquel cuya longitud sea similar a la distancia existente entre la nariz y el conducto auditivo.

Orofaringéas

- Se utilizan en pacientes que tienen abolidos todos los reflejos, es decir, están inconscientes, con respiración espontánea y en pacientes en apnea.
- Existen varios tamaños. El tamaño adecuado es aquel cuya longitud sea similar a la distancia existente entre los incisivos superiores y el ángulo de la mandíbula, o entre la comisura labial y el lóbulo de la oreja.
- La colocación se hace introduciendo la cánula con la concavidad hacia el paladar y deslizándola por el paladar duro hasta el paladar blando.
- Una vez introducida la mitad, girar 180° y continuar su progresión hasta el tope.



Resucitador manual



Formado por:

- Balón capacidad 1500 - 2000 cc.
- Válvula unidireccional.
- Toma para oxígeno / bolsa reservorio.

Precauciones:

- Debe ir montado con filtro HME
- Siempre conectado a oxígeno
- Verificar correcto montaje



Técnica ventilación con resucitador manual

- Coloque una cánula faríngea. Conecte oxígeno a la toma del reservorio del resucitador manual y sitúe la mascarilla sobre la boca y nariz del paciente
- Selle la mascarilla con el pulgar y el índice en forma de "C" sobre la mascarilla, y los demás dedos sobre el reborde ósea de la mandíbula haciendo tracción
- Ventile con volumen suficiente para que se eleve el pecho al igual que en una respiración normal, evitar hiperventilar tanto en frecuencia como en volumen
- Deje deshincharse completamente el balón
- Si es posible, se puede realizar un mejor sellado de la mascarilla entre dos reanimadores, sellando la mascarilla con las dos manos contra la cara del paciente.



Capítulo 4

Ética de la resucitación y decisiones al final de la vida

El principio de autonomía del paciente

El respeto a la autonomía se refiere a la obligación de un médico de respetar las preferencias del paciente y tomar decisiones de acuerdo con los valores y creencias del mismo. El cuidado sanitario centrado en el paciente le coloca en el centro del proceso de toma de decisiones, en lugar de como un receptor de una decisión médica. La aplicación de este principio durante la parada cardiaca donde el paciente a menudo es incapaz de comunicar sus preferencias es difícil.

El principio de beneficencia

La beneficencia implica que las intervenciones deben beneficiar al paciente, tras valoración del riesgo relevante y del beneficio. Existen recomendaciones clínicas basadas en la evidencia para ayudar a los profesionales sanitarios a decidir qué estrategias de tratamiento son las más apropiadas.

El principio de no maleficencia

La RCP se ha convertido en la norma para la mayoría de los pacientes con enfermedades agudas con amenaza vital. La RCP es, sin embargo, un procedimiento invasivo con una baja probabilidad de éxito. Así pues, la RCP no debería ser realizada en casos fútiles. Es difícil definir la futilidad de un modo que sea preciso, prospectivo y aplicable a la mayoría de los casos.

El principio de justicia y equidad

La justicia implica que los recursos sanitarios sean distribuidos equitativamente y limpiamente, independientemente del estatus social del paciente, en ausencia de discriminación, con el derecho de todo individuo a recibir el estándar de cuidados actual.

Futilidad médica

La resucitación se considera fútil cuando las posibilidades de supervivencia con buena calidad de vida son mínimas. La decisión de no intentar la resucitación no requiere el consentimiento del paciente o de sus allegados, quienes a menudo tienen esperanzas poco realistas. Los que toman las decisiones tienen el deber de consultar al paciente o a un representante si el paciente está incapacitado, según una “política clara y accesible”.

Algunos países permiten decisiones previas de no realizar RCP mientras que en otros países o religiones la decisión de no realizar RCP no está permitida o se considera ilegal. Existe una falta de coherencia en términos tales como “no intentar resucitación (NIR)”, “no intentar resucitación cardiopulmonar (NIRCP)” o “permitir la muerte natural (PMN)”. Esta utilización confusa de acrónimos puede generar malentendidos en legislación y jurisdicción nacionales.

Voluntades anticipadas

Las voluntades anticipadas son decisiones sobre el tratamiento tomadas previamente por un individuo para el caso de que sea incapaz de participar directamente en la toma de decisiones médicas en algún momento del futuro. Se requieren revisiones periódicas de las voluntades para asegurar que se reflejan con exactitud los deseos y circunstancias actuales del paciente. El estado legal de las voluntades anticipadas en la legislación nacional de los países europeos es muy dispar.

Cuidados centrados en el paciente

La creciente tendencia a centrar en el paciente los cuidados sanitarios exigen que busquemos entender la perspectiva del superviviente de la parada cardíaca. Esto requiere un compromiso adicional para trabajar juntos con la gente, con los supervivientes de la parada cardíaca y sus familiares como compañeros en este proceso.

Parada cardíaca intrahospitalaria

Tras una parada cardíaca intrahospitalaria (PCIH), la postura por defecto es comenzar la resucitación a no ser que se haya tomado una decisión de no hacer RCP. Las decisiones de resucitación deberían revisarse. Es difícil determinar cuándo es probable que la RCP fracase o sea fútil. Los estudios sobre predicción son particularmente dependientes de factores de sistema, tales como el tiempo hasta el comienzo de la RCP y el tiempo hasta la desfibrilación. La cohorte total del estudio puede no ser aplicable a un caso individual. No se deberían tomar decisiones basadas en un único elemento, tales como la edad. Seguirá habiendo áreas grises donde se requiera juicio clínico para pacientes individuales.

Parada cardíaca extrahospitalaria

La decisión de iniciar o abandonar la RCP es difícil fuera del hospital como consecuencia de la falta de información suficiente sobre los deseos y valores del paciente, comorbilidades y estado de salud basal.

Traslado al hospital con RCP en curso

Los profesionales sanitarios deberían considerar no iniciar o finalizar la RCP en niños y adultos cuando:

- No se puede garantizar la seguridad del reanimador;
- Existe una lesión mortal evidente o muerte irreversible;
- Se dispone de una voluntad anticipada válida;
- Existe otra evidencia convincente de que iniciar o continuar la RCP estaría en contra de los valores y preferencias del paciente o sea considerada fútil;
- Haya asistolia de más de 20 minutos a pesar de SVA continuado, en ausencia de una causa reversible

Los profesionales sanitarios deberían considerar el traslado al hospital con RCP en curso cuando, en ausencia de los criterios de finalización de la RCP mencionados anteriormente, concurren uno o más de los siguientes:

- Parada presenciada por el SEM
- RCE en cualquier momento
- TV/FV como ritmo de presentación
- Presunta causa reversible (p.ej. cardíaca, tóxica, hipotermia)

Esta decisión debería considerarse precozmente en el proceso, p.ej. tras 10 minutos de SVA sin RCE y teniendo en cuenta las circunstancias, p.ej. distancia, retraso de la RCP y calidad presumida de la RCP en vista de las características del paciente.

Parada cardíaca pediátrica

A pesar de las diferencias en la fisiopatología y etiología, el marco ético para la toma de decisiones en la parada cardíaca pediátrica no difiere mucho de la del adulto.

En la mayoría de los países, las autoridades legales están involucradas y actúan de oficio en casos de muerte súbita no explicada o accidental. En algunos países está organizada la revisión sistemática de todas las muertes infantiles para conseguir una mejor comprensión y conocimiento para la prevención de las futuras muertes en niños.

Seguridad del reanimador

Las epidemias de enfermedades infecciosas han dado lugar a preocupación sobre la seguridad de los profesionales sanitarios involucrados en el cuidado de los pacientes con parada cardíaca. Cuando intenten RCP en pacientes infecciosos los profesionales sanitarios deben usar equipo protector apropiado y estar suficientemente adiestrados en su utilización.

Donación de órganos

El objetivo principal de la resucitación es salvar la vida del paciente. No obstante, los esfuerzos de resucitación pueden resultar en muerte cerebral. En estos casos, el objetivo de la resucitación puede cambiar hacia la preservación de órganos para una posible donación. El deber de los equipos de resucitación con el paciente vivo no debería confundirse con el deber de los médicos con los donantes muertos, donde los órganos son preservados para salvar las vidas de otras personas. Todos los países europeos deberían redoblar sus esfuerzos para maximizar la posibilidad de donación de órganos en los pacientes con parada cardíaca que derivan en muerte cerebral o tras la finalización de la resucitación en el caso de fracaso de la RCP.

Variabilidad en las prácticas éticas sobre RCP en Europa

Representantes de 32 países europeos en los que las actividades del Consejo Europeo de Resucitación (ERC) están organizadas, han respondido a cuestiones respecto a legislación ética local y práctica de la resucitación, y la organización de los servicios de resucitación extrahospitalarios e intrahospitalarios. La equidad de acceso a los cuidados

de emergencia y desfibrilación precoz están ya bien establecidos. El principio de autonomía del paciente tiene soporte legal en la actualidad en la mayoría de los países. Sin embargo, en menos de la mitad de los países se permite normalmente a los familiares estar presentes durante la RCP. En este momento la eutanasia y el suicidio asistido por un médico son materias controvertidas y están en discusión en varios países europeos. Los profesionales sanitarios deberían conocer y aplicar la legislación y las políticas nacionales y locales establecidas.

Investigación y consentimiento informado

La investigación en el campo de la resucitación es necesaria para probar intervenciones comunes de incierta eficacia o nuevos tratamientos potencialmente beneficiosos. Para incluir participantes en un estudio se debe obtener el consentimiento informado. En emergencias, a menudo no hay tiempo suficiente para obtener el consentimiento informado. Un consentimiento diferido o una excepción al consentimiento informado con previa consulta a la comunidad, se consideran alternativas éticamente aceptables para respetar la autonomía. Tras 12 años de ambigüedad, se espera que una nueva Regulación de la Unión Europea (UE), permitiendo el consentimiento diferido, armonice y fomente la investigación en emergencias en los Estados miembros.

Auditoría de las paradas cardíacas intrahospitalarias y análisis de registros

El manejo local de la RCP puede mejorarse mediante una revisión autocrítica tras la RCP para asegurar un círculo de mejora de la calidad PDCA (planear, desarrollar, comprobar, actuar) de mejora de calidad. La revisión autocrítica permite identificar errores en la calidad de la RCP y prevenir su repetición.

La infraestructura de una resucitación basada en equipos y auditoría institucional multinivel, la comunicación rigurosa de los intentos de resucitación a nivel de auditoría nacional y/o a nivel de registro multinacional, y el subsiguiente análisis de los datos con retroalimentación de los resultados publicados, puede contribuir a la mejora continuada de la calidad de la RCP intrahospitalaria y de los resultados de la parada cardíaca.

Capítulo 5

Carro de paradas estandarizado

Encimera
Monitor-desfibrilador con papel, electrodos colocados y conectado a la red
Pulsioxímetro (si no hay propio traer de la unidad)
Gel contacto ó placas (si se disponen de ellas)
Lubricante (spray para material vía aérea)
Contenedor para objetos punzantes /cajetin para ampollas usadas)
Guantes no esteriles talla m 1 caja
Rasuradora

Parte lateral
Ambú con bolsa reservorio, mascarilla inflada, alargadera de oxígeno y caudalímetro.
Filtro para ambú
Sistema de aspiración con toma de vacío y con una sonda de aspiración
Bala de oxigeno llena para traslado del paciente

Cajón de medicación	
Medicación soporte circulatorio	
Adrenalina	15 ampollas
Amiodarona (trangorex)	5ampollas
Aleudrina	2 ampollas
Cloruro cálcico /gluconato calcico	2 ampollas
Dopamina	3 ampollas
Atropina	5 ampollas
Solinitrina	5 ampollas
Sulfato de magnesio	5 ampollas
Medicación vía aérea	
Midazolam (Dormicum®) 15 mg	5 ampollas
Propofol (Diprivan®)	2 ampollas
Diazepam (Valium®)10 mg	3 ampollas
Succinilcolina 100 mg (Anectine®) *	2 ampollas
Etomidato (Hypnomidate®)	3 ampollas
Cisatracurio (Nimbex®, 5 ampollas, únicamente en la nevera)	
Flumazenilo 0,5 mg (Anexate®)	5 ampollas
Naloxona	5 ampollas
Otras medicaciones	
Atrovent y ventolin solución para inhalación	2 de cada
Trinispray/vernies sublingual	1/5
Actocortina 100 mg	4 ampollas
Mepivacaina 2% 10 ml	3 ampollas
Seguril	10 ampollas
Glucosmon al 50%	2 ampollas

* El ANECTINE® se conserva en nevera - Tener 5 ampollas de ANECTINE® en la nevera con el fin de cada mes tirar las dos ampollas del carro y reponerlas

Cajón de vía aérea y ventilación	
Cánula de guedel nº 3-4-5	1 de cada
Mango de laringoscopio	1
Pilas de laringoscopio	2
Palas curvas nº 3-4 (comprobar que funciona la luz)	1 de cada
Tubos endotraqueales nº 6,5 - 7 -7,5 - 8 - 8,5	1 de cada
Fiador mediano y grande para tubo endotraqueal	1 de cada
Guia eschmann	1
Mascarilla laríngea i-gel nº 4	1
Pinza de magill	1
Venda de gasa de 10 cm	1
Jeringa de 10 ml	1
Sondas de aspiración nº 12-14	2 de cada
Mascarilla de oxigenoterapia	1
Mascarilla reservorio	1

Cajón de soporte circulatorio	
Clorhexidina acuosa al 2%	2
Cateter e/v periférico nº 18-20	4 de cada
Cateter e/v periférico nº 14-16	2 de cada
Cateter e/v periférico nº 22-24	1 de cada
Gotos	3
Llave de tres vías	2
Gasas esteriles	5 paquetes
Guantes esteriles nº 6,5 - 7 - 7,5 - 8	2 de cada
Compresor venoso	2
Esparadrapo de papel	1
Apósito	2
Jeringa de gasometría	2
Jeringa de 5 ml	10
Jeringa de 10 ml	5
Vacutainer y tubos para analítica	1
Agujas de cargar	15
Ampollas de salino 0,9% 10 ml	10

Cajón de varios	
Fisiológico 500	2
Ringer lactato 500	2
Glucosado 5% 500	2
Fisiológico 100	5
Bicarbonato 1 molar 250	2
Manitol 20 %	1
Kit vía central vía central(2 ó 3 luces) porta, hoja de bisturi, seda 0, campos esteriles (2)	1
Sonda nasogastrica, bolsa, jeringa 50 ml cono ancho	1 de cada
Kit de cricotiroidotomía	1
Canula de traqueotomía nº 6	1

Mascarilla de nebulización	1
Aparato de tensión arterial y fonendoscopio	1 de cada
Electrodos para monitorizar	1 bolsa
Rollo papel monitor	1
Pistola intraósea con aguja 5 g (adulto)	1

NORMAS GENERALES DE UTILIZACIÓN.

Es imprescindible reponer el carro tras cada actuación.

No debe añadirse ni quitarse ningún material (Reponer las cantidades indicadas).

Un día a la semana realizar una revisión completa del carro.

Todos los días y en cada turno se comprobará que funciona el Monitor-Desfibrilador y que está conectado a la red eléctrica.

La Jefe de Unidad realizará revisiones periódicas.

Capítulo 6

Plan de asistencia a la parada cardiorrespiratoria y la urgencia vital

Información General CHN

Estructura no asistencial

Cuadros de Mando

Pactos de Objetivos

Junta Técnico Asistencial
Comisiones y GT

Seguridad, planes y protocolos

Protocolos asistenciales CHN

Incidencias

Reserva de salas

Preguntas frecuentes

Enlaces de interés

Papelería uso frecuente

Participa con tu propuesta. Gracias

TELÉFONOS CHN

Servicios Médicos

Unidades Enfermería

Dirección de Profesionales

Gestión Económica

Unidades no asistenciales

Docencia
Investigación
Innovación
Formación Sanitaria Especializada

Gestión Conocimiento

Coordinación niveles

Organización y Sistemas

Modelo Asistencial y Líneas Estratégicas

Comisión del Gobierno Corporativo - Complejo Hospitalario de Navarra

Unidad de enfermería UCI (CPN)

Complejo Hospitalario de Navarra

Complejo Hospitalario de Navarra > Protocolos asistenciales CHN

Protocolos asistenciales CHN

Acciones				Ver
Tipo	Nuevo	Nombre	Num. Versión	Fecha actualización
Tema : Atención integrada paciente crónico pluripatológico (4)				
Tema : Ébola (20)				
Tema : Éxtasis (5)				
Tema : Gripe (2)				
Tema : Infección nosocomial - prevención y control (1)				
Tema : PCR/UV: Plan de asistencia a la parada cardiorrespiratoria y la urgencia vital (3)				
Apartado : PCR/UV (3)				
		Adultos. Plan RCP 2018		06/03/2018
		Pediatría. Plan RCP 2018		11/01/2018
		Ubarmin. Plan RCP 2018		11/01/2018
Tema : Síndrome coronario agudo (2)				
Tema : Toxicidad (1)				
Tema : Varios (2)				

Estrategia paciente crónico

Volver

Adultos. Plan RCP 2018

<http://intranet.gccorporativa.admon-cfnavarra.es/CHN/Protocolos%20asistenciales%20CHN/Adultos.%20Plan%20RCP%202018.pdf>

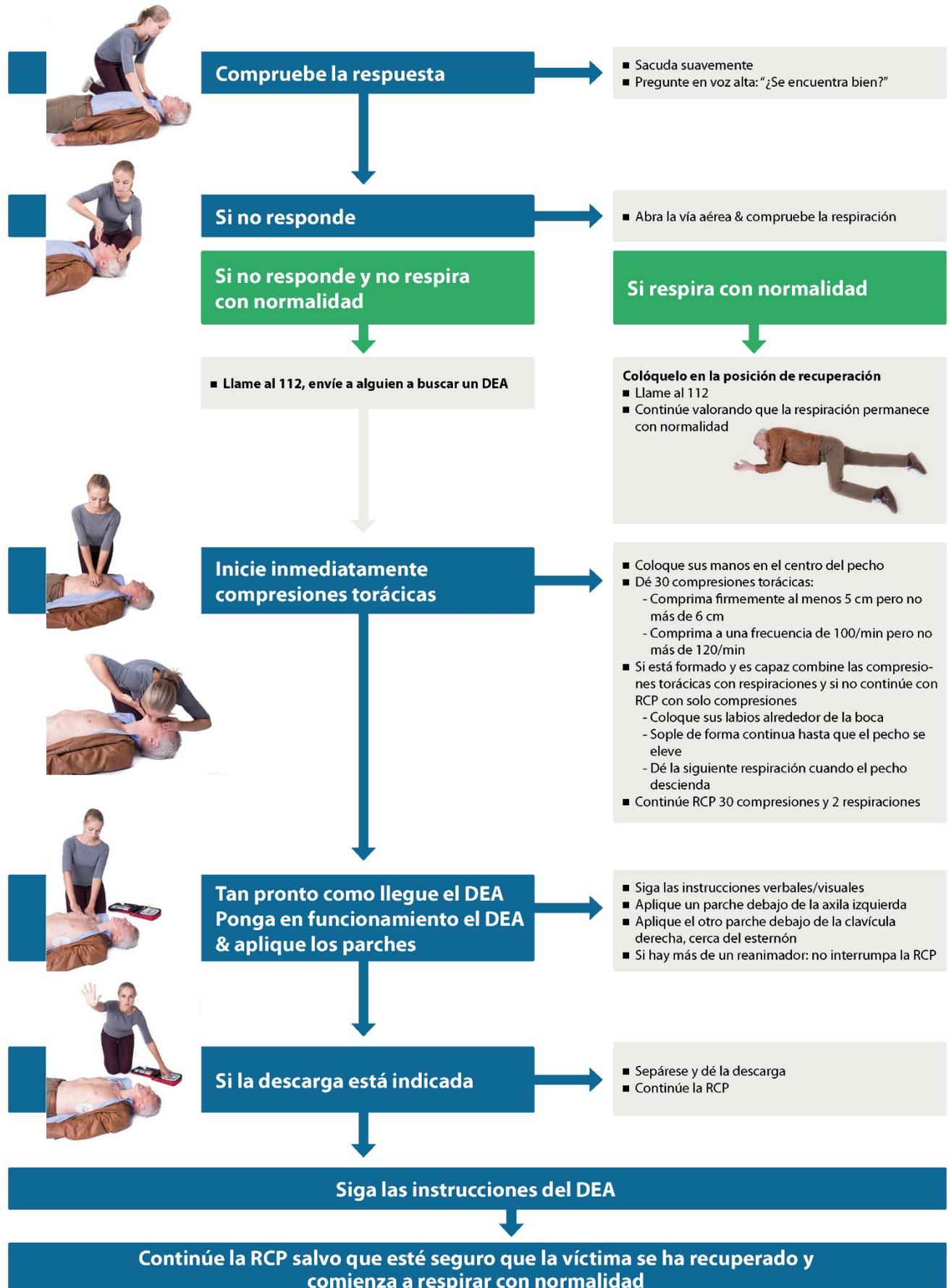
Pediatría. Plan RCP 2018

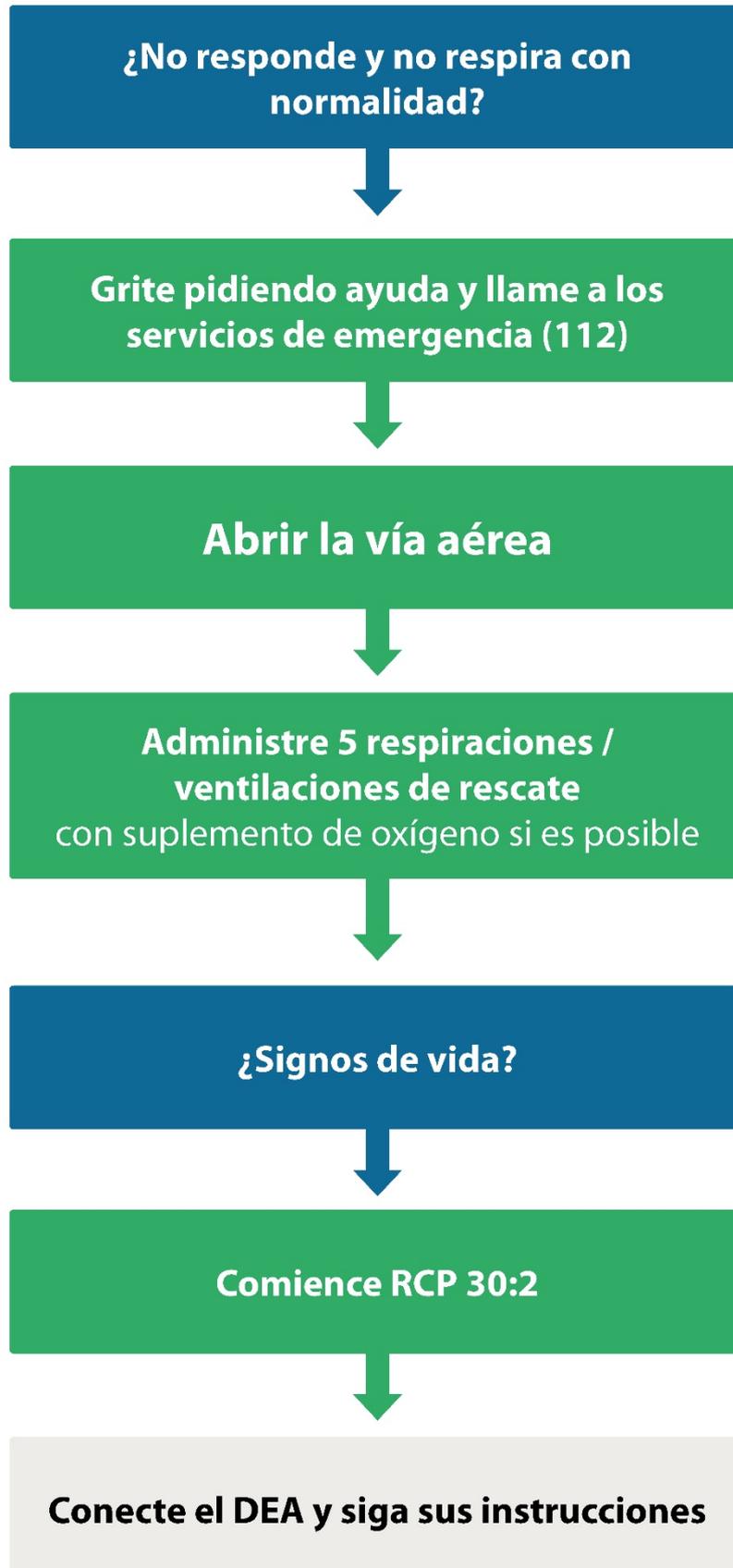
<http://intranet.gccorporativa.admon-cfnavarra.es/CHN/Protocolos%20asistenciales%20CHN/Pediatría.%20Plan%20RCP%202018.pdf>

Ubarmin. Plan RCP 2018

<http://intranet.gccorporativa.admon-cfnavarra.es/CHN/Protocolos%20asistenciales%20CHN/Ubarmin.%20Plan%20RCP%202018.pdf>

Soporte Vital Básico con un Desfibrilador Externo Automatizado (DEA)





Material docente revisador por:

- Luciano T. Sigismundo Kioka
Enfermero del Servicio de Medicina Intensiva. Complejo Hospitalario de Navarra. Instructor en Soporte Vital Básico y Desfibrilación Semiautomática del Plan Nacional de Reanimación Cardiopulmonar, de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)
- Pilar Anguiano Baquero
Médico del Servicio de Medicina Intensiva. Complejo Hospitalario de Navarra. Instructora en Soporte Vital del Plan Nacional de Reanimación Cardiopulmonar, de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Instructor en simulación clínica por el Institute for Medical Simulation y el Hospital Virtual de Valdecilla
- Itziar Cantero Garacochea
Enfermera del Servicio de Urgencias. Hospital García Orcoyen de Estella.

Fuente:

- Recomendaciones para la Resucitación 2015 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC)

DL NA 1525-2018

