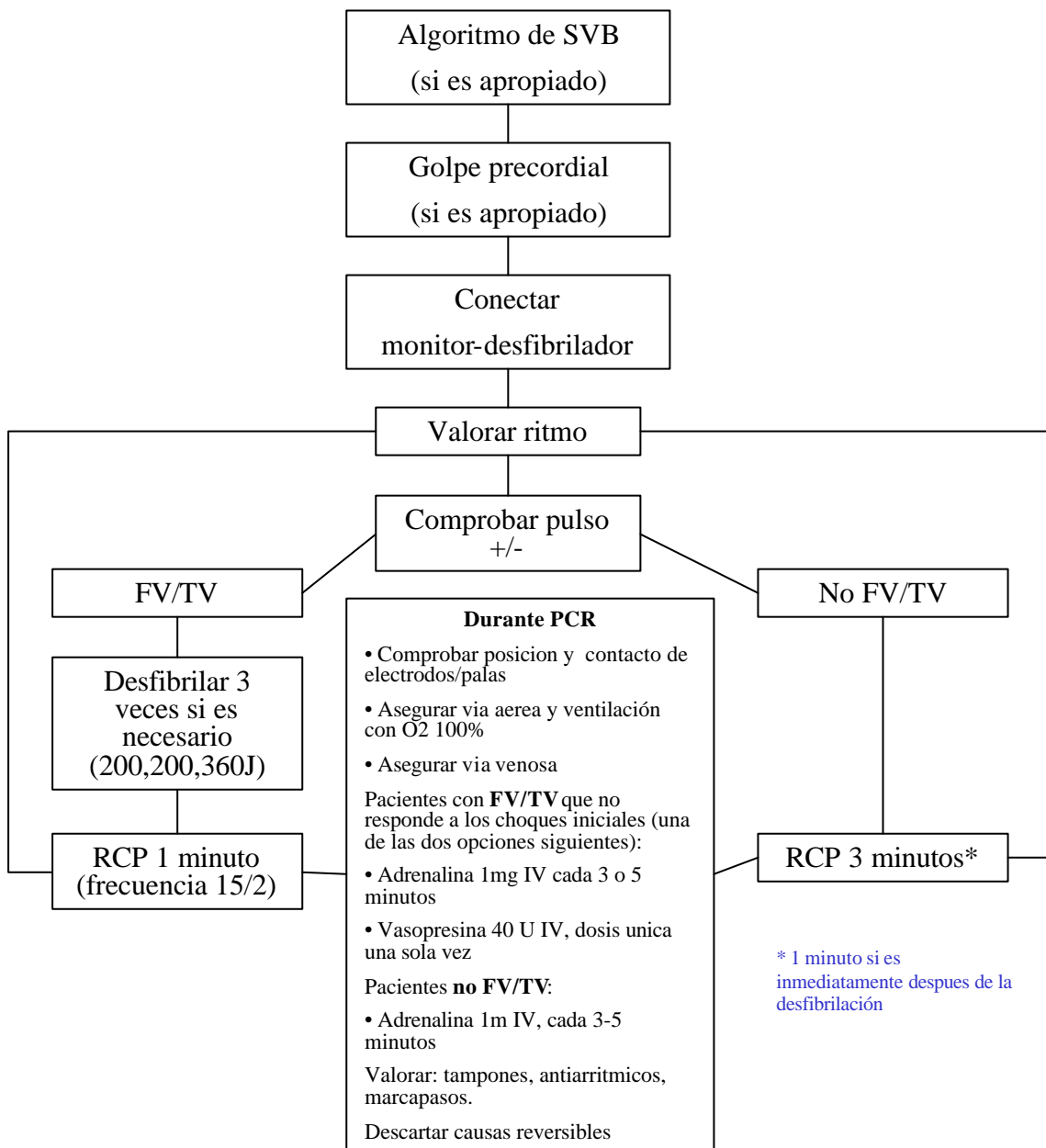


# PCR

(ILCOR)



## Causas potencialmente reversibles:

- . Hipoxia
- . Hipovolemia
- . Hipo-hiperkaliemia o trastornos metabólicos
- . Hipotermia
- . Neumotorax a Tensión
- . Taponamiento cardiaco
- . Sobredosis farmacos-Tóxicos
- . Trombo-embolismos

# Bradicardia

(ILCOR)

- Lento (FC < 60 lpm)
- Relativamente lento (FC menor de la esperada en relacion con una causa subyacente)

## •ABCD Primario

- Asegurar ABCs
- Asegurar via aerea de forma no invasión
- Conectar monitor/desfibrilador si está disponible

## •ABCD Secundario

- Asegurar ABCs secundarios
- Oxigeno – Via venosa – Monitor – Administración de liquidos
- Signos vitales, pulsioxímetro, monitor de TA
- EKG de 12 derivaciones
- Rx de torax portatil
- Historia clinica orientada al problema
- Exploración fisica orientada al problema
- Explorar posibles causas (diagnósticos diferenciales)

•¿Signos o sintomas adversos?

• Signos

- Dolor toracico
- Disminución del nivel de conciencia
- Respiración entrecortada

• Sintomas

- PA baja
- Shock
- Congestión pulmonar
- Fallo cardiaco congestivo

No

Si

- Bloqueo AV de 2º grado
- ó
- Bloque AV de 3er grado

\* Nunca tratar el bloqueo de tercer grado con extrasistoles ventriculares de escape con lidocaina o farmacos que puedan suprimir los ritmos de escape ventriculares.

No

Si

•Observación

- Preparar marcapasos transcutaneo
- Si deterioro marcapasos transcutaneo hasta que se implante marcapasos intravenoso

## •Secuencia de intervención

- Atropina 0,5 a 1 mg
- Marcapasos transcutaneo
- Dopamina 5 a 20 µgr/kg/min
- Adrenalina 2 a 10 µgr/min

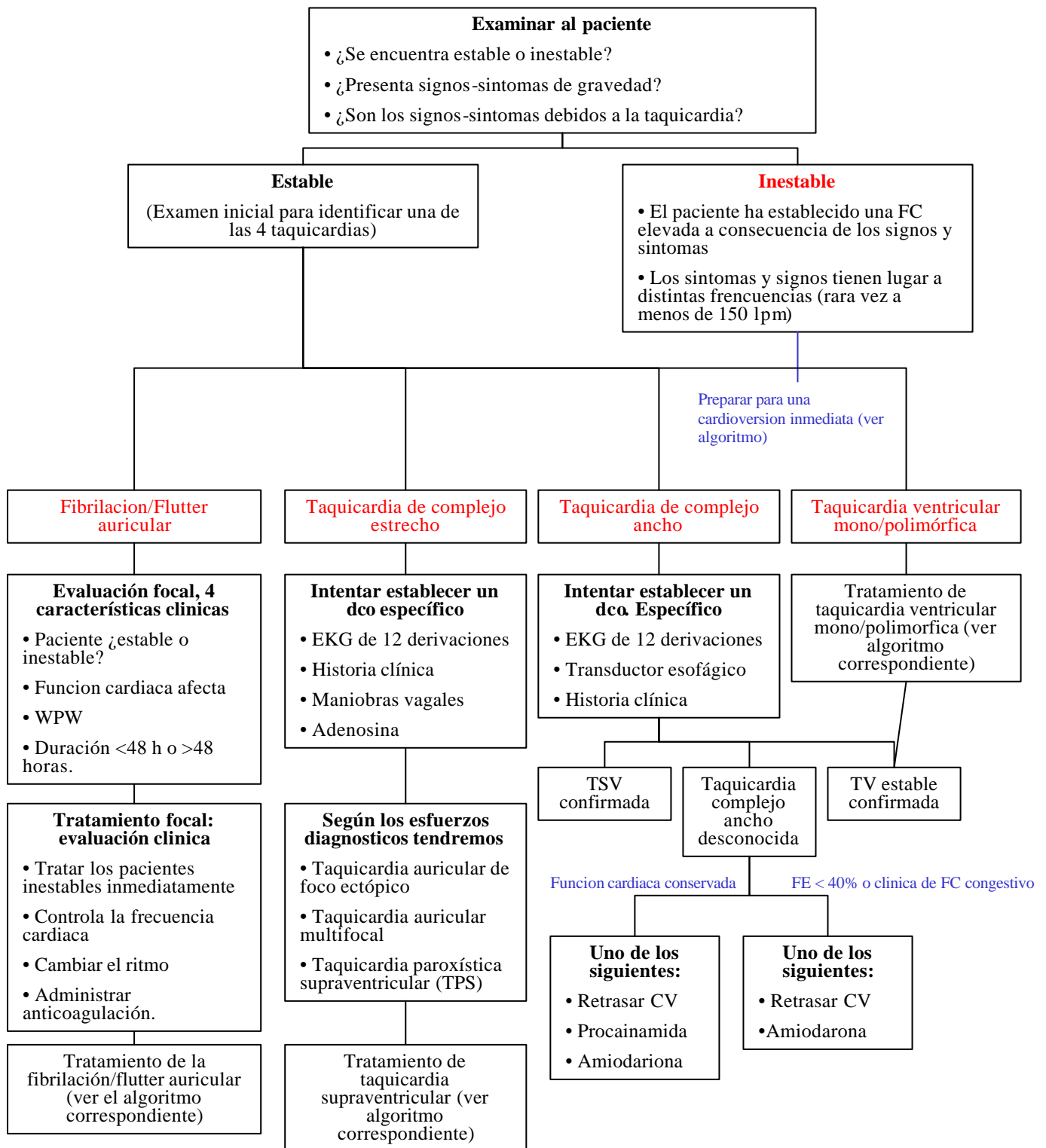
\* Los corazones transplantados denervados no responden a atropina por lo que habrá que recurrir a marcapasos transcutaneo, adrenalina o ambas.

\* La atropina se usara en dosis cada 3-5 minutos hasta un máximo de 0,03 – 0,04 mg/kg.

\* En pacientes sintomaticos no retrasar el marcapasos transcutaneo (clase I) en espera de una via venosa o del efecto de la atropina.

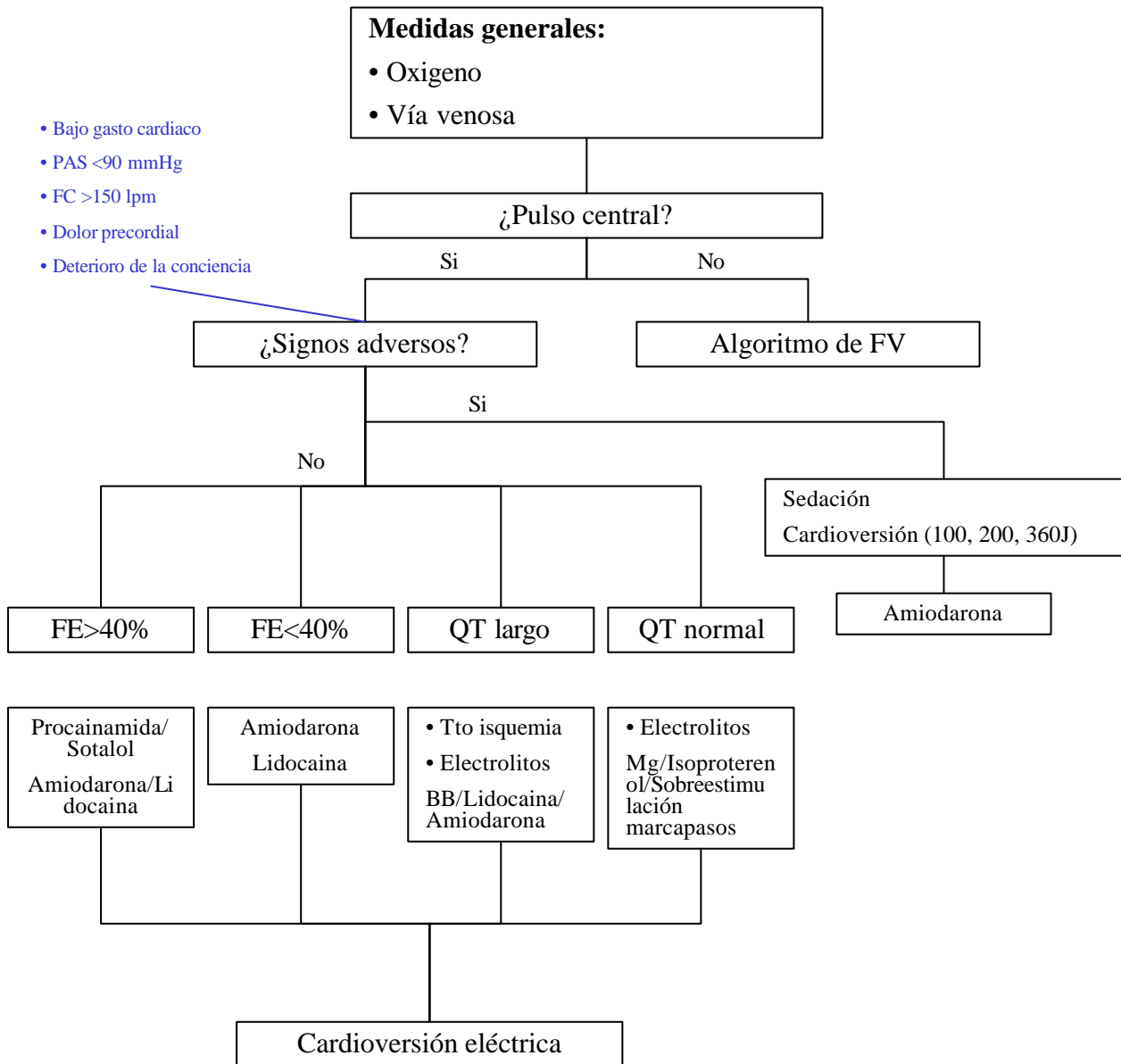
# Algoritmo general – Taquicardias

(ILCOR)



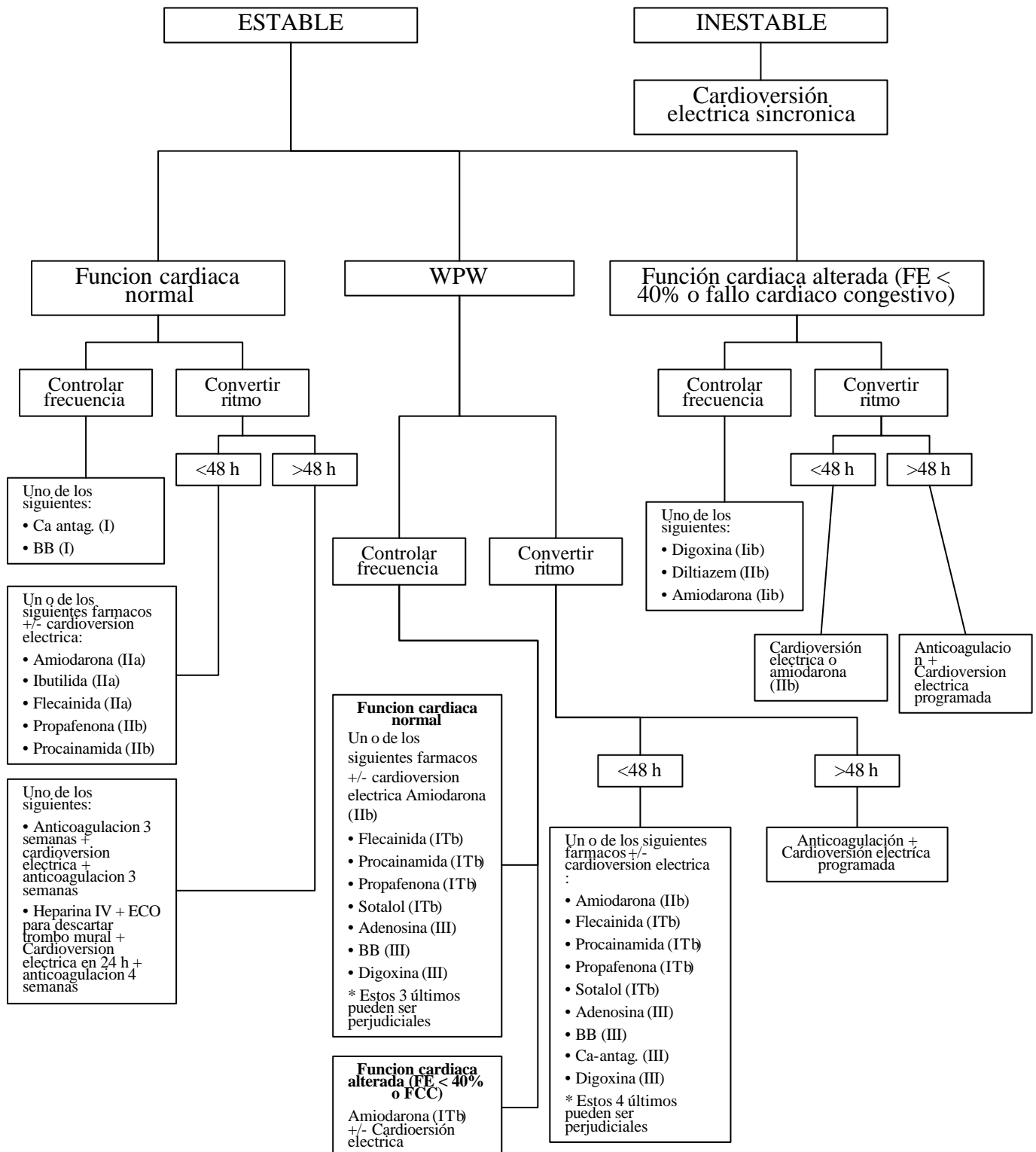
# Taquicardia de QRS ancho

(ILCOR)



# Fibrilación/Flutter auricular

(ILCOR)



# FV/TV sin pulso

(ILCOR)

## Reconocimiento primario: ABCD

(enfocado a RCP Básica y desfibrilación)

- Comprobar respuesta
  - Activar sistemas de emergencias
  - Pedir desfibrilador
- A) Via aerea: abrir via aerea
- B) Proporcionar ventilación con presión positiva
- C) Circulación: compresiones torácicas
- D) Desfibrilación: reconocer FV/TV sin pulso y administrar choques hasta 3 veces si es necesario (200 J, 200 a 360 J, 360 J o sus equivalentes en desfibrilador de onda bifásica)

Comprobar ritmo tras 3 choques

FV/TV sin pulso persistente o recurrente

## Reconocimiento secundario: ABCD

(enfocado a valoraciones y tratamientos mas avanzados)

- A) Via aerea: intubación o similar tan pronto como sea posible
- B) Respiración: confirmar correcta intubación mediante examen clínico + instrumental, asegurar/fijar el tubo o similar, confirmar ventilación y oxigenación eficaz.
- C) Circulación: establecer acceso venoso, identificar ritmo (monitorización), administrar los farmacos apropiados para el ritmo y la condición.
- D) Diagnóstico diferencial: buscar y tratar causas reversibles

### Uno de los siguientes:

- Adrenalina 1mg IV a repetir cada 3-5 minutos
- Vasopresina 40 U IV monodosis una sola vez

### Reanudar intentos de desfibrilación

1 choque de 360J (o el equivalente bifásico) cada 30-60 segundos.

### Considerar la administración de antiarrítmicos

Amiodarona (IIb), lidocaina (Indeterminada), magnesio (IIb si hipomagnesemia), procainamida (IIb si FV/TV recurrentes/intermitentes)

Considerar el uso de agentes "tampón"

### Reanudar intentos de desfibrilación

# Actividad Eléctrica sin Pulso

(ILCOR)

## Reconocimiento primario: ABCD

(enfocado a RCP Básica y desfibrilación)

- Comprobar respuesta
  - Activar sistemas de emergencias
  - Pedir desfibrilador
- A) Via aerea: abrir via aerea
- B) Proporcionar ventilación con presión positiva
- C) Circulación: compresiones torácicas
- D) Desfibrilación: reconocer FV/TV sin pulso y administrar choques hasta 3 veces si es necesario (200 J, 200 a 360 J, 360 J o sus equivalentes en desfibrilador de onda bifásica)

## Reconocimiento secundario: ABCD

(enfocado a valoraciones y tratamientos mas avanzados)

- A) Via aerea: intubación o similar tan pronto como sea posible
- B) Respiración: confirmar correcta intubación mediante examen clínico + instrumental, asegurar/fijar el tubo o similar, confirmar ventilación y oxigenación eficaz.
- C) Circulación: buscar sangrado activo, establecer acceso venoso, identificar ritmo (monitorización), administrar los farmacos apropiados para el ritmo y la condición.
- D) Diagnóstico diferencial: buscar y tratar causas reversibles

## Busqueda-Revision de las causas mas frecuentes

- |   |                               |
|---|-------------------------------|
| . Hypoxia                                     | . Neumotorax a Tensión        |
| . Hypovolemia                                 | . Taponamiento cardiaco       |
| . Hipo-hiperkaliemia o trastornos metabólicos | . Sobredosis farmacos-Toxicos |
| . Hipotermia                                  | . Trombo-embolismos           |

**Adrenalina** 1mg IV a repetir cada 3-5 minutos

**Atropina** 1mg IV (solo si el ritmo del monitor es lento). Repetir cada 3-5 minutos hasta una dosis máxima de 0,04 mg/kg

# Asistolia

(ILCOR)

## Reconocimiento primario: ABCD

(enfocado a RCP Básica y desfibrilación)

- Comprobar respuesta
  - Activar sistemas de emergencias
  - Pedir desfibrilador
- A) Via aérea: abrir vía aérea
- B) Proporcionar ventilación con presión positiva
- C) Circulación: compresiones torácicas, confirmar asistolia
- D) Desfibrilación: reconocer FV/TV sin pulso y administrar choques hasta 3 veces si es necesario (200 J, 200 a 360 J, 360 J o sus equivalentes en desfibrilador de onda bifásica)

## Reconocimiento rápido de la escena/situación

¿Hay alguna prueba/evidencia personal que contraindique la RCP?

## Reconocimiento secundario: ABCD

(enfocado a valoraciones y tratamientos más avanzados)

- A) Vía aérea: intubación o similar tan pronto como sea posible
- B) Respiración: confirmar correcta intubación mediante examen clínico + instrumental, asegurar/fijar el tubo o similar, confirmar ventilación y oxigenación eficaz.
- C) Circulación: confirmar auténtica asistolia, establecer acceso venoso, identificar ritmo (monitorización), administrar los fármacos apropiados para el ritmo y la condición.
- D) Diagnóstico diferencial: buscar y tratar causas reversibles

## Marcapasos transcutáneo

Una vez que se haya considerado/decidido, actuar inmediatamente

**Adrenalina** 1mg IV a repetir cada 3-5 minutos

**Atropina** 1mg IV. Repetir cada 3-5 minutos hasta una dosis máxima de 0,04 mg/kg

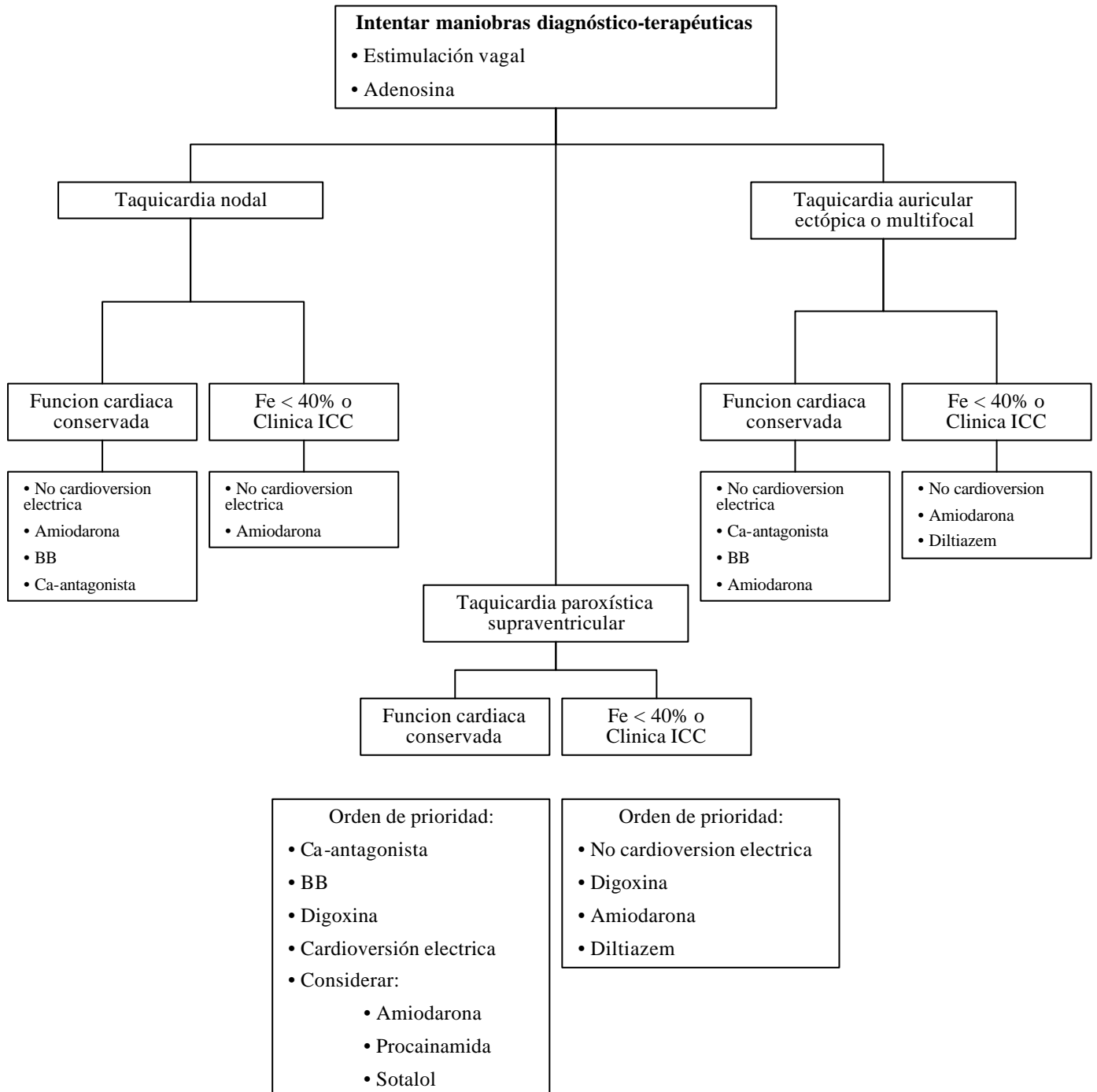
## Persiste asistolia

- ¿Suspender o continuar maniobras de resucitación?
- ¿Considerar la calidad de la resucitación?
- ¿Presencia de entidades clínicas atípicas?



# Taquicardia de QRS estrecho

(ILCOR)



# Algoritmo de Cardioversión Sincronizada

(ILCOR)

**Taquicardia con signos/sintomas de gravedad ocasionados por la misma**

- Si la frecuencia ventricular > 150 lpm, preparar cardioversión inmediata
- Se puede intentar un ensayo con fármacos antiarrítmicos específicos
- La cardioversión inmediata generalmente no es necesaria si la frecuencia cardíaca < 150 lpm

**Disponible a la cabecera**

- Saturímetro
- Equipo de aspiración
- Equipo de intubación

**Premedicar siempre que sea posible**

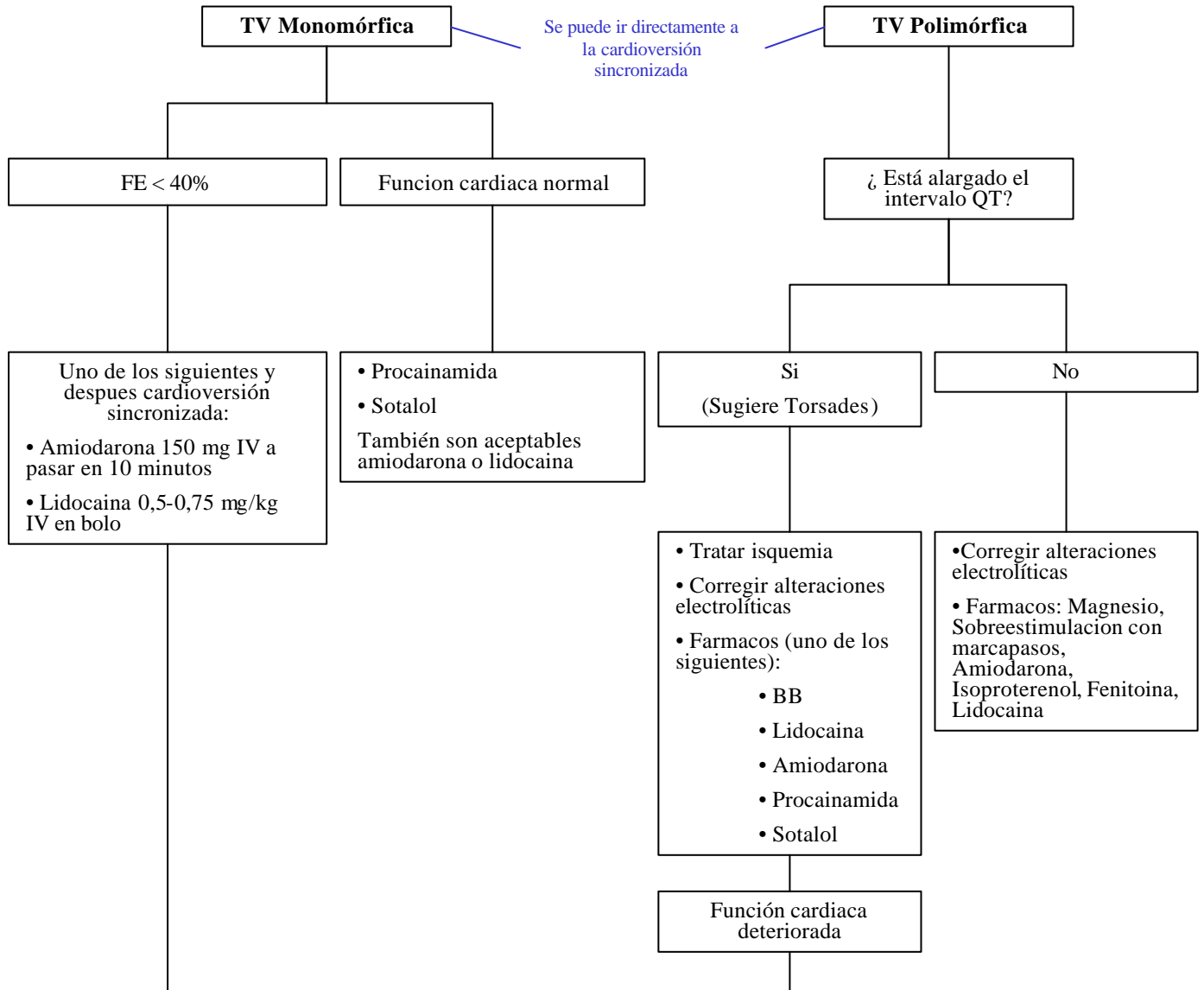
**Cardioversión sincronizada**

100J, 200J a 300J, 360J (o dosis equivalentes de energía bifásica)

- Taquicardia ventricular
- Taquicardia supraventricular paroxística
- Fibrilación auricular
- Flutter auricular

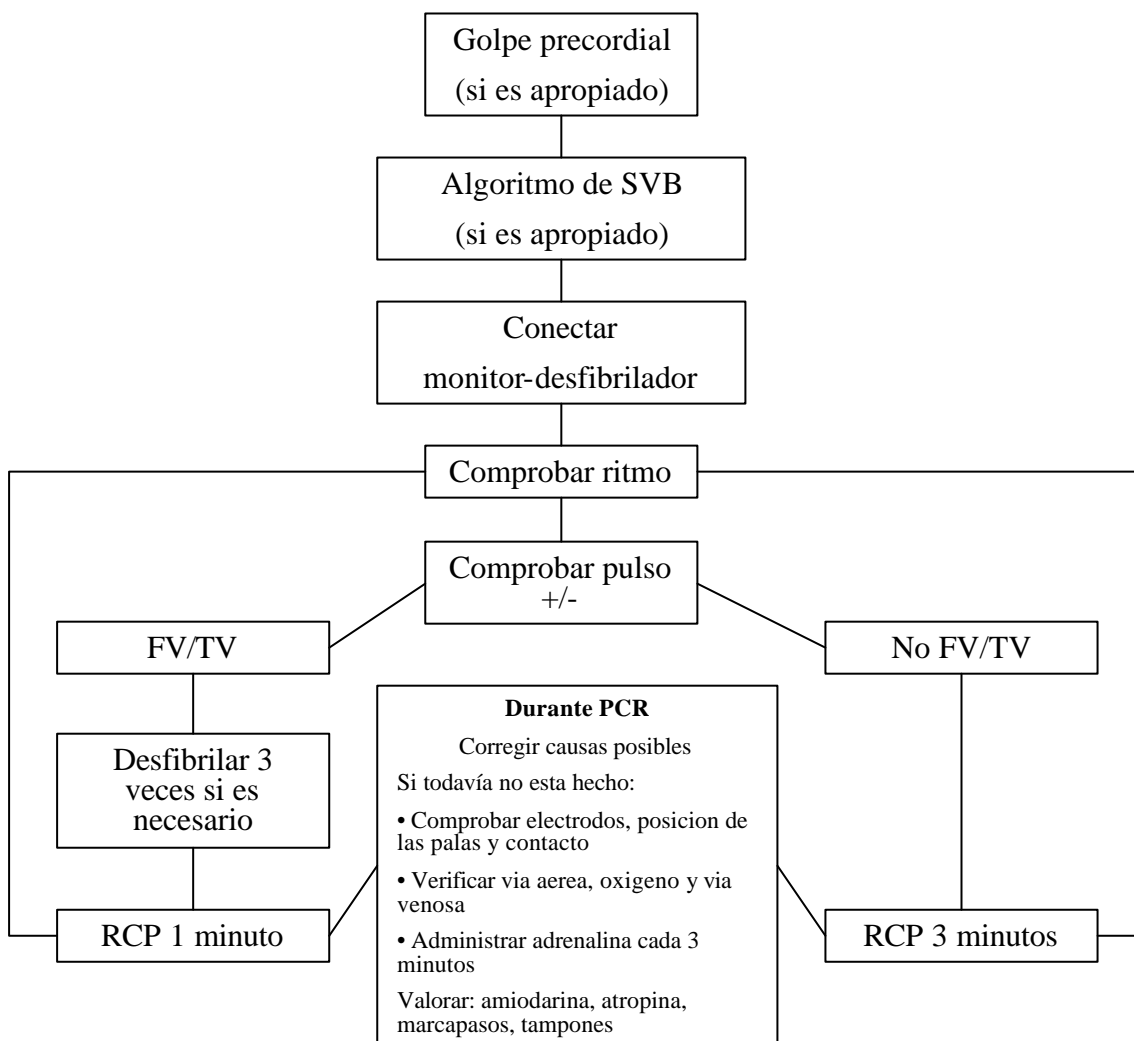
# TV Estable Mono/Polimórfica

(ILCOR)



# PCR

(ERC)

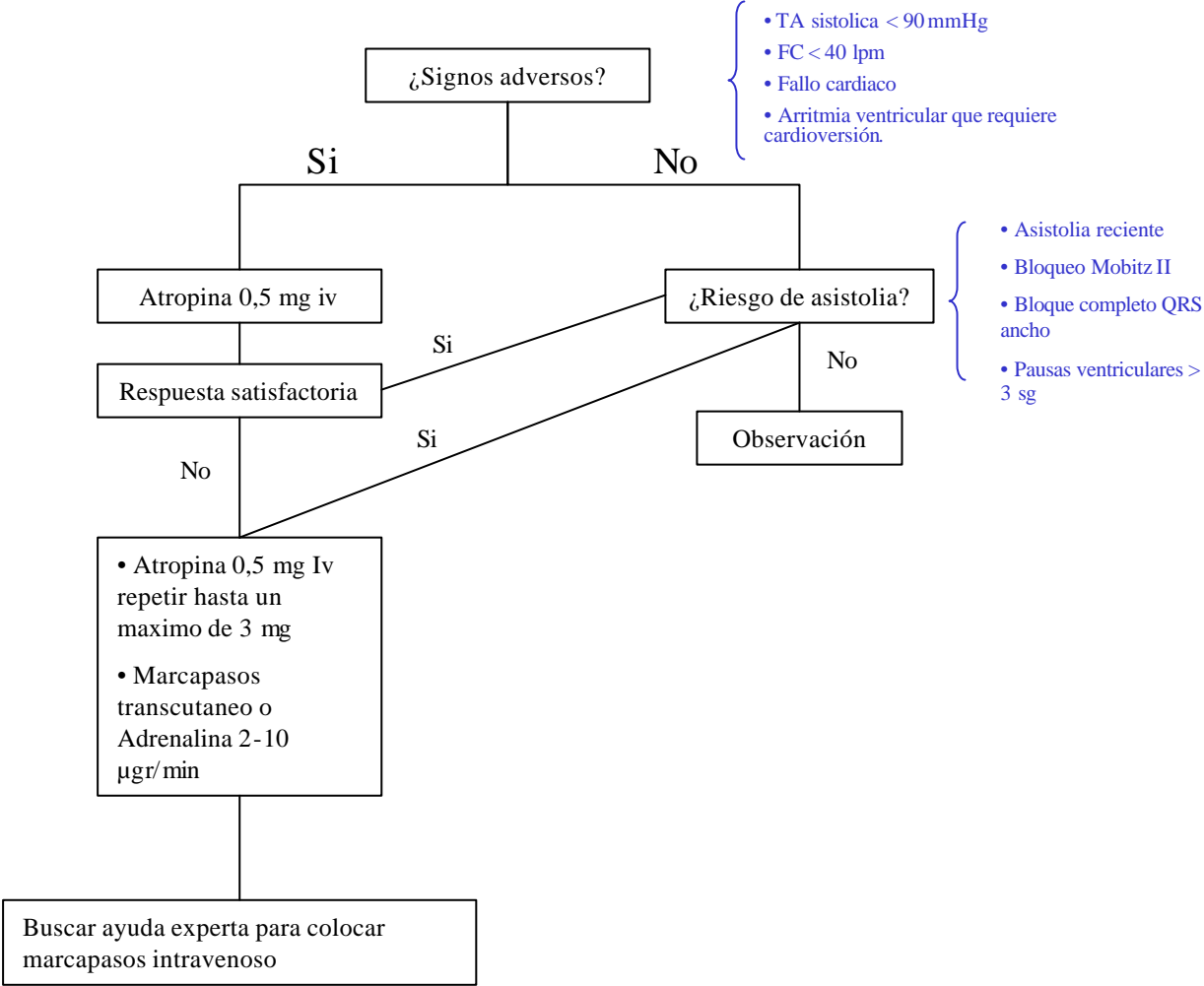


## Causas potencialmente reversibles:

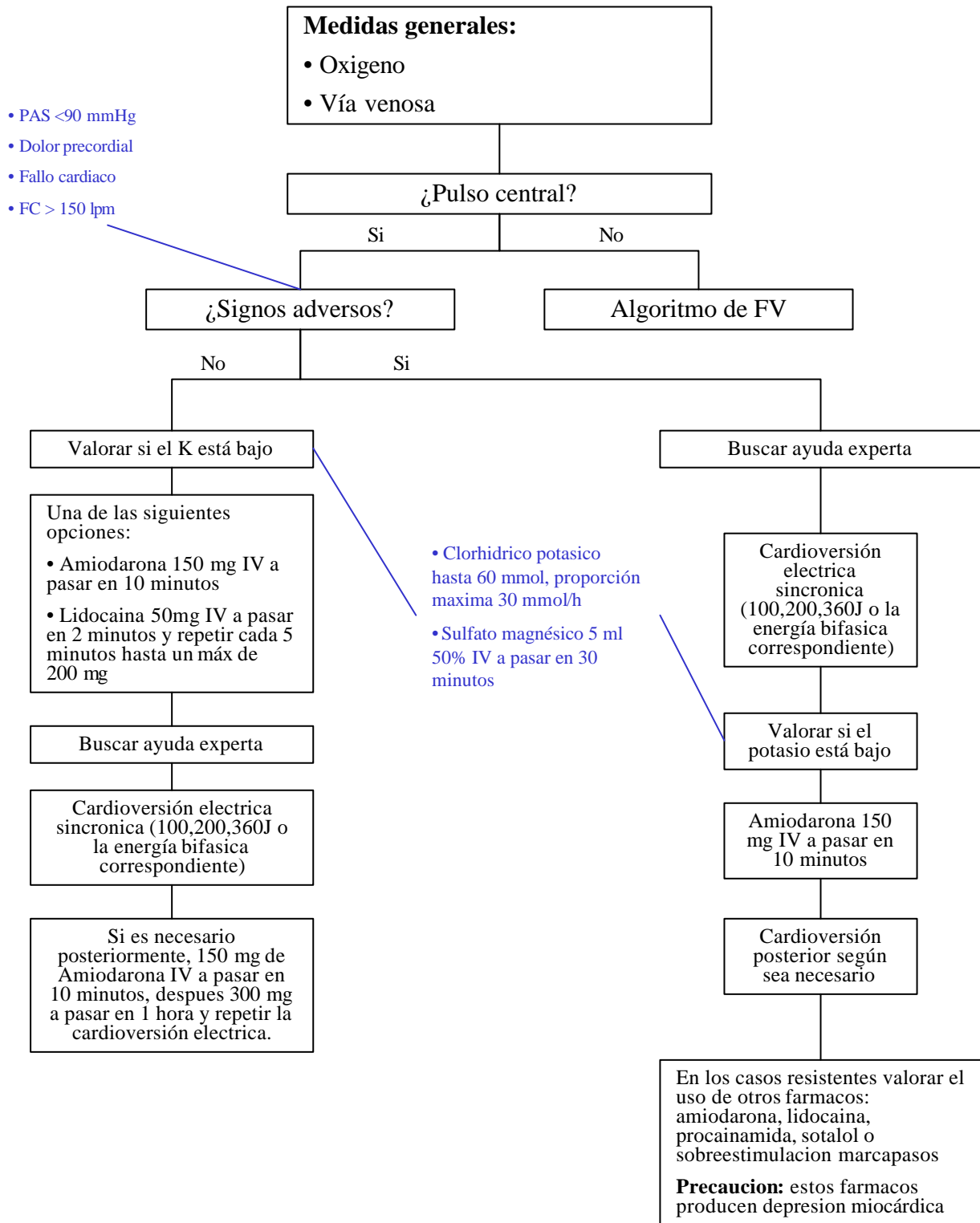
- . Hipovolemia
- . Hipoxia
- . Hidrogenion-acidosis
- . Hiper-hipokaliemia u otros trastornos metabólicos
- . Hipotermia
- . InToxicacion drogas-farmacos
- . Taponamiento cardiaco
- . Neumotorax a Tensión
- . Trombosis coronaria
- . Trombosis pulmonar (embolismo)

# Bradicardia

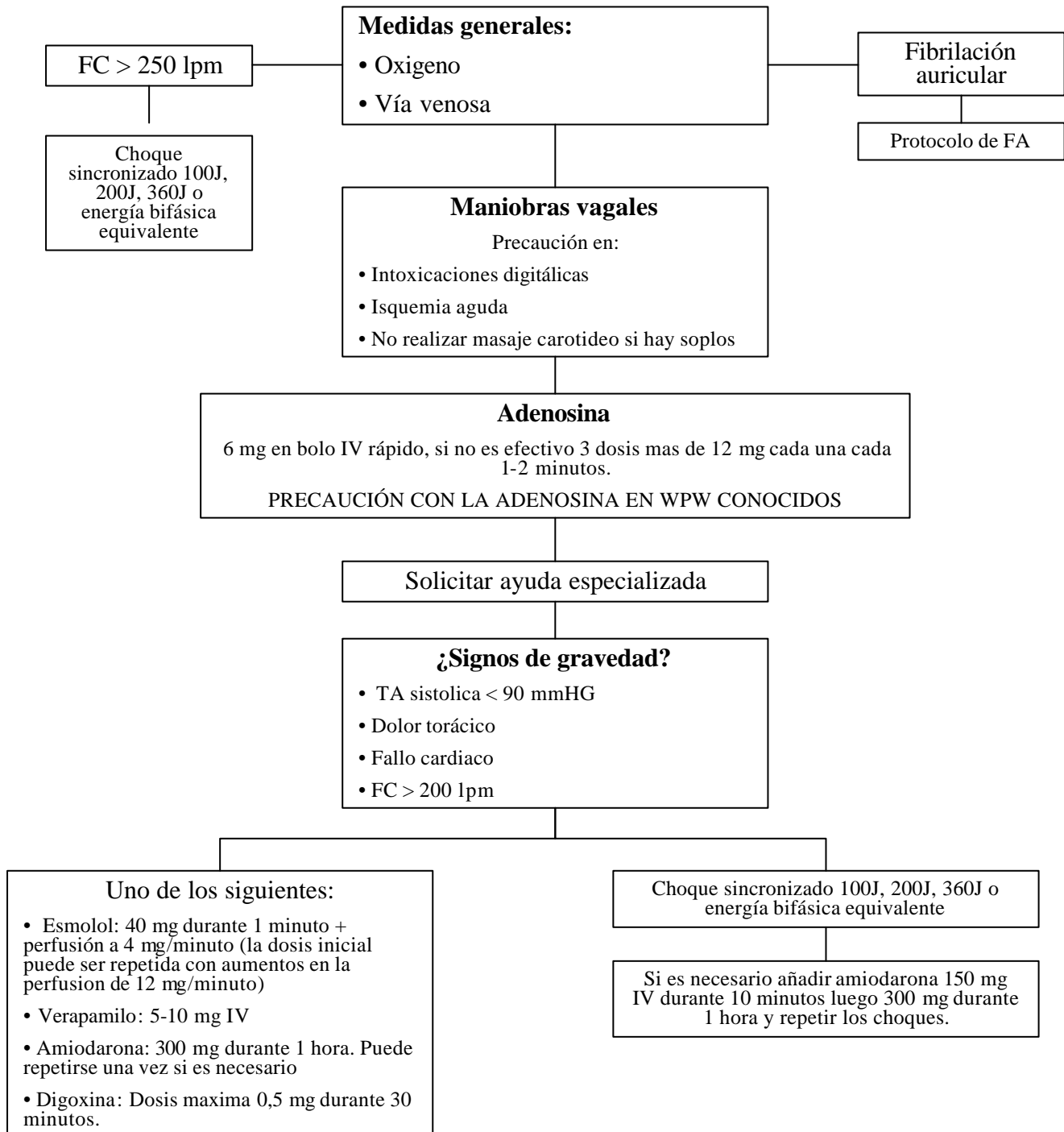
(ERC)



# Taquicardia de QRS ancho (ERC)

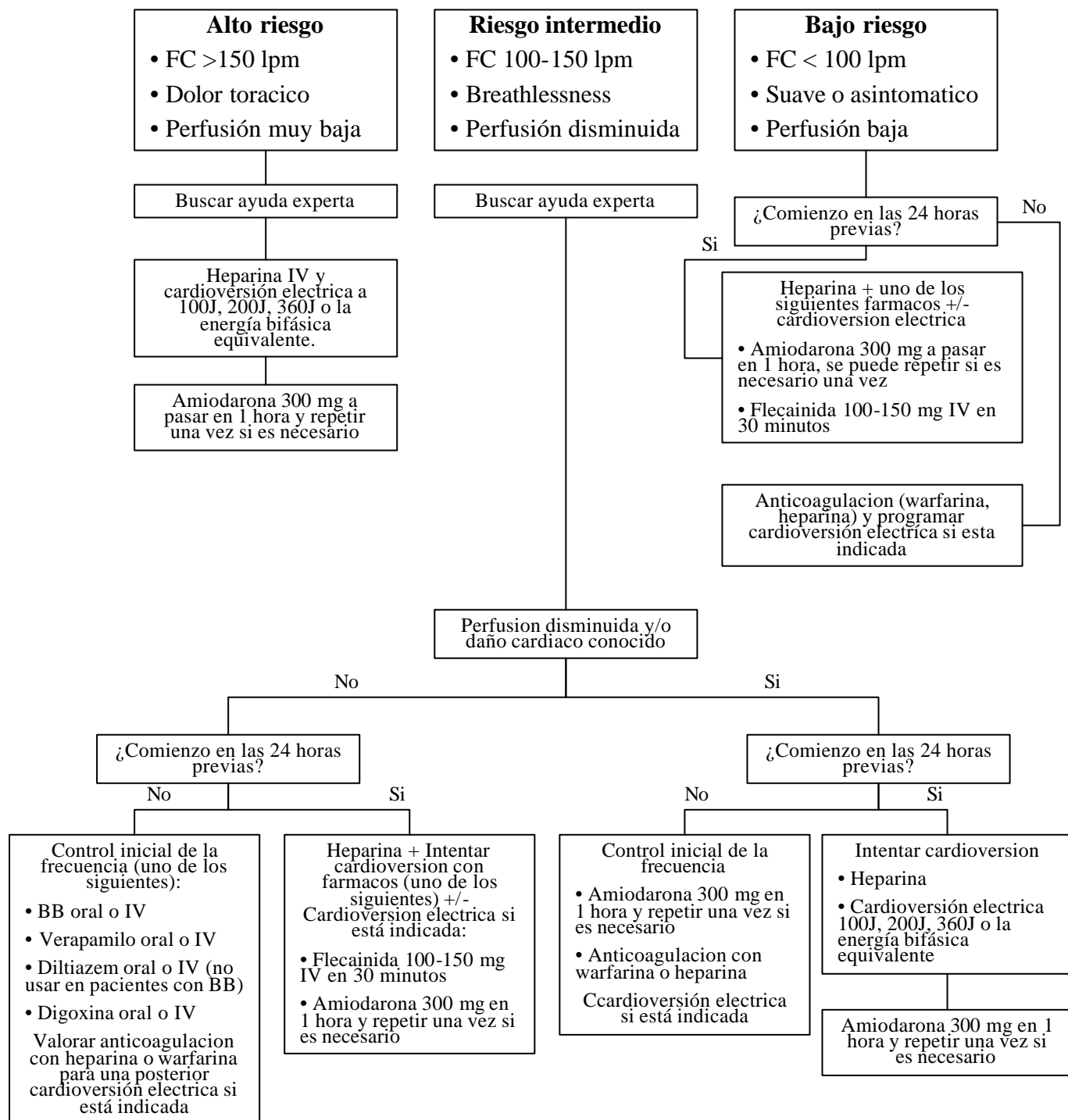


# Taquicardia de QRS estrecho (ERC)



# Fibrilación/Flutter auricular

(ERC)



\* Cardioversión eléctrica sincronizada siempre en pacientes que se encuentren bajo sedación o anestesia general