

# RCP en adultos

El objetivo de Soporte Vital Cardiovascular Avanzado (ACLS) es lograr el mejor resultado posible para los individuos que están experimentando un evento que amenaza la vida. Es proporcionada por profesionales de la salud previamente capacitados para evaluar la situación del paciente, administrar medicamentos, desfibrilar y un manejo avanzado de la vía aérea.

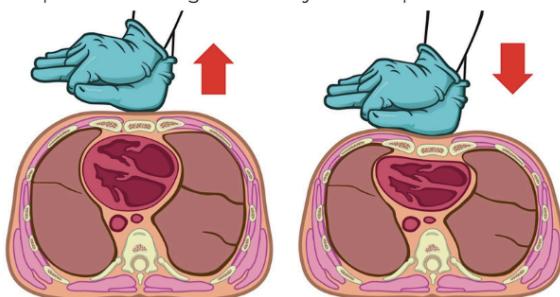
ENARM 2023

## Reanimación cardiopulmonar excelente o de calidad

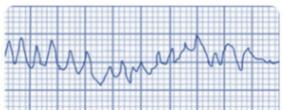
- Comprimir fuerte de 5 a 6 cm (2 a 2.5 pulgadas) de profundidad sobre mitad inferior de esternón.
- Comprimir rápido (entre 100 y 120 contracciones torácicas por minuto).
- Cambiar compresor cada 2 minutos (equivale a 5 ciclos 30:2) o antes si está cansado.
- Permita expansión torácica completa y minimice las interrupciones a menos que sea para usar DEA.
- Si no hay un dispositivo de manejo avanzado de la vía aérea la relación de compresión- ventilación es 30:2.
- En dispositivo de vía aérea avanzada (intubación endotracheal) realizar ventilaciones 1 cada 6 segundos.
- Evitar una ventilación excesiva. Con un volumen corriente entre 500 a 600 ml.
- Si la PETCO<sub>2</sub> es baja o está en disminución (< 10 mmHg) vuelva a evaluar la calidad de RCP.

ENARM 2021

Las compresiones más rápidas o no profundas no permiten recarga cardíaca y afecta reperfusión.



### Ritmos desfibrilables



Fibrilación ventricular



Taquicardia ventricular

### Desfibrilación

Energía de descarga para desfibrilación:

- Bifásica: recomendación del fabricante de 120 a 200 J; si se desconoce, use el valor máximo disponible.
- Monofásica: 360 Joules.

### Los desfibriladores bifásicos son más eficaces.

Cada descarga debe ir acompañada de 2 minutos de RCP y posterior verificar pulso.



### Ritmos no desfibrilables



Asistolia



Actividad eléctrica sin pulso

Dr. Edwin Madera



### Apertura de la vía aérea:

Para mejorar la permeabilidad se realizará la **maniobra frente-mentón**: con el paciente en decúbito supino se realiza hiperextensión de la cabeza y tracción del mentón junto con la apertura de la boca.



ENARM 2022

En pacientes con sospecha de **traumatismo medular**, trauma craneofacial o CCS < 8 puntos en lugar de realizar la maniobra frente-mentón se realiza la **maniobra de tracción mandibular**, que evita flexionar el cuello.

La AHA recomienda no interrumpir el RCP, excepto si la vía aérea está obstruida, a esto se le debe iniciar un tratamiento inmediato

## Manejo de la vía aérea:

ENARM 2021



### Vía aérea orofaríngea (OPA):

- Utiliza en obstrucción de las vías respiratorias por lengua o de los músculos relajados de la vía aérea.
- No debe utilizarse en conscientes o semiconscientes, esto puede estimular náuseas y provocar aspiración.



### Vía aérea nasofaríngea (NPA):

- Es un tubo de plástico que proporciona un conducto para el flujo de aire entre las fosas nasales y la faringe.
- Usar en los pacientes conscientes o semiconscientes (individuos con reflejo de tos y náuseas intactos).



En el paro cardíaco, administrar oxígeno al 100% para mantener una SpO<sub>2</sub> mayor al 94%.

ENARM 2021

Utilizar la **capnografía** confirmar la intubación endotraqueal (ET) y monitorizar de presión parcial de CO<sub>2</sub>.

PaCO<sub>2</sub> normal  
= 35 – 45 mmHg

RCP alta calidad  
= PETCO<sub>2</sub> 10-20 mmHg.

### Aspiración:

- Se deben aspirar la vía aérea inmediatamente si existen abundantes secreciones, sangre o vómito.
- Los intentos de aspiración no deben superar los 10 segundos.
- Después de aspiración administrar oxígeno al 100% para evitar hipoxemia.

Sí PETCO<sub>2</sub> es < 10 en paciente intubado, valorar suspender RCP.

Dr. Edwin Madera



### Vía intravenosa

- La vía periférica se prefiere para el fármaco y la administración de líquidos.
- Los medicamentos pueden tomar hasta dos minutos o más para llegar a la circulación central.



### Vía intraósea

- Se prefiere si el acceso IV no está disponible, se aplica en cualquier edad.
- Cualquier líquido o fármaco utilizado en ACLS IV se puede aplicar vía intravenosa.



### Vía endotraqueal

- Alternativa, solo cuando las 2 vías anteriores no se logren.
- Medicamentos que pueden usarse : Adrenalina, atropina, lidocaína y naloxona.

ENARM 2021

#### Uso en ACLS:

#### Dosis:

#### Importante:

##### Adenosina

Taquicardia supraventricular y QRS ancho con ritmo regular.

**Dosis:** 6 mg IV de bolo, pueden repetir con 12 mg en 1 a 2 min.

Aplicar bolo rápido, seguido de bolo de solución salina.

##### Adrenalina

Paro cardíaco (PCS), anafilaxia y bradicardia sintomática.

**Dosis para PCS:** 1 mg IV o IO (1:10000) repetir cada 3 a 5 min.

Monitorización cardiaca continua.

ENARM 2022

##### Amiodarona

Fibrilación ventricular o taquicardia ventricular sin pulso.

**Dosis:** Primera dosis: 300 mg IV en bolo. Sin respuesta: agregar 150 mg.

Anticipar bradicardia e hipotensión secundaria.

ENARM 2021

##### Atropina

Bradicardia sintomática o intoxicación por agroquímicos.

**Dosis:** En bradicardia es 1 mg IV / IO con dosis máxima de 3 mg.

No usar en glaucoma o taquiarritmias.

##### Dopamina

Bradicardia sintomática o choque cardiogénico.

**Dosis:** 5 a 20 mcg / kg / min, ajustar acorde TA y frecuencia cardiaca.

Monitoreo cardíaco y de presión arterial.

##### Lidocaína

Fibrilación ventricular o taquicardia ventricular sin pulso.

**Dosis:** Inicial: 1 de 1.5 mg/kg. 2º dosis: De 0.5 a 0.75 mg/kg.

ENARM 2021

Aplicar cuando la amiodarona no esté disponible.

##### Procainamida

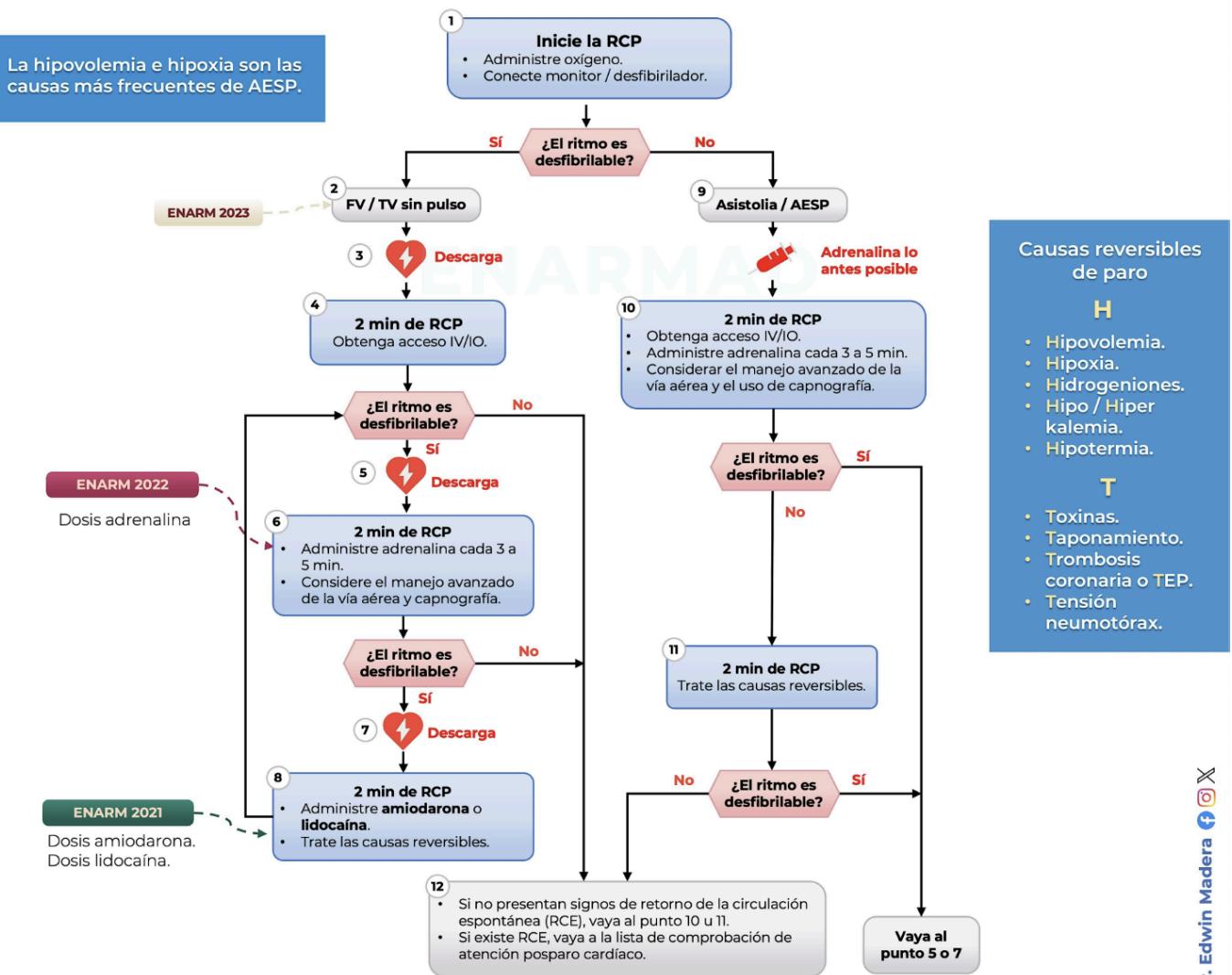
Taquicardia con QRS ancho e irregular.

**Dosis:** 20 – 50 mg / min hasta que se suprima la arritmia.

Reducir la dosis en caso de insuficiencia renal.

Dr. Edwin Madera

La hipovolemia e hipoxia son las causas más frecuentes de AESP.



### Causas reversibles de paro

#### H

- Hipovolemia.
- Hipoxia.
- Hidrogeniones.
- Hipo / Hiper kalemia.
- Hipotermia.

#### T

- Toxinas.
- Taponamiento.
- Trombosis coronaria o TEP.
- Tensión neumotórax.

Cuidados post-paro cardíaco integrado es el último eslabón de la cadena de adultos de supervivencia. Los datos de retorno de circulación espontánea (RCE) son presencia de pulso y presión arterial, aumento de PETCO<sub>2</sub> > 40 mmHg de manera sostenida y ondas espontáneas de presión arterial con monitoreo intraarterial.

