



camfic

societat catalana de
medicina familiar i
comunitària

Mc GIVER



GRUP URGÈNCIES CAMFIC



camfic
societat catalana de
medicina familiar i
comunitària

PROGRAMA

- Introducció
- Atenció a l'aturada cardiorespiratòria. Suport vital bàsic. Suport vital bàsic amb DEA.
- Ennuegament.
- Suport Vital Avançat. Arrítmies periparades
- Síndrome Coronari Agut
- Xoc.

OBJECTIUS

- Resolució casos que consulten a l'Atenció Primària.
- Resolució de forma eficient amb mitjans que disposem a l'Atenció Primària.

EVIDÈNCIES

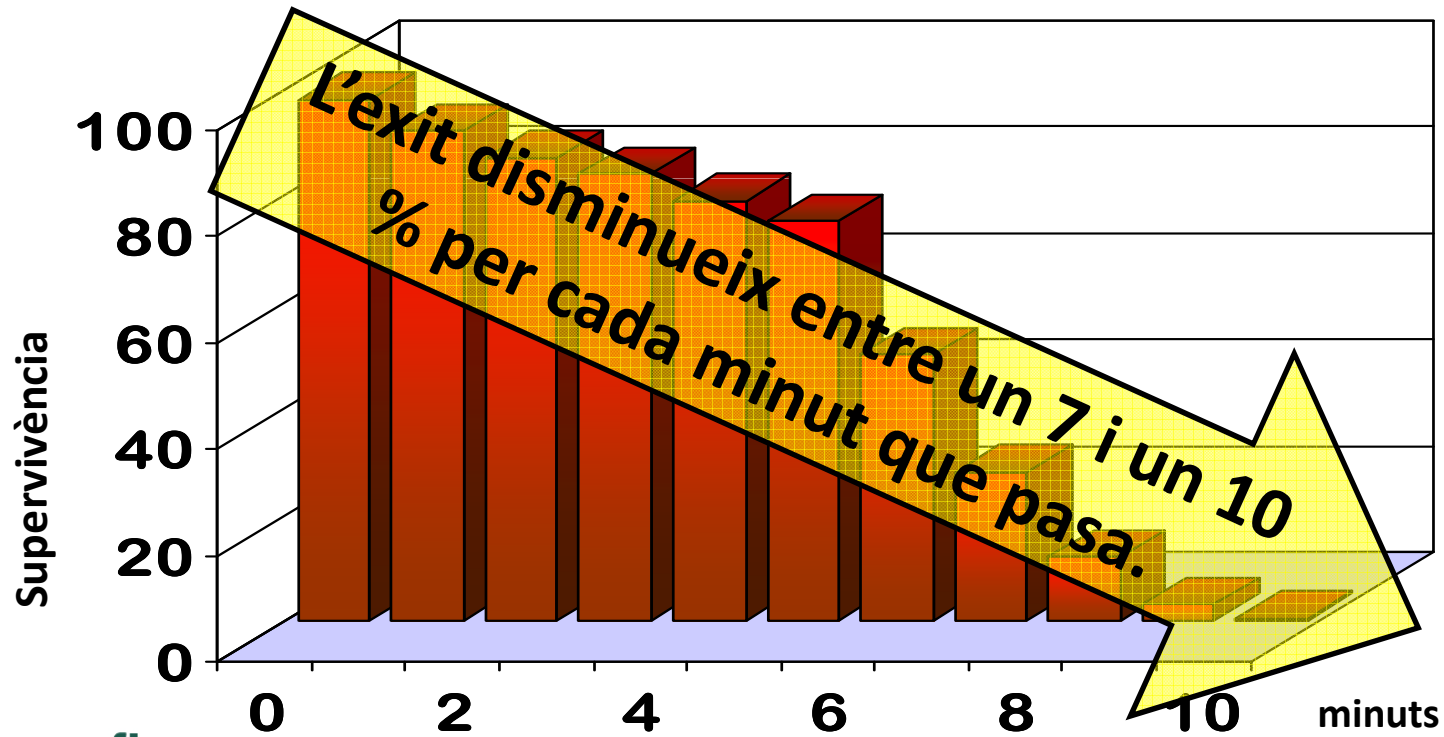
- L'aturada cardíaca presenciada té una supervivència 7 vegades més gran que quan no és presenciada.
- Si el testimoni de l'aturada cardíaca comença de seguida les maniobres de RCP la supervivència és de 2 a 3 vegades més gran que quan no s'inicien.
- Una RCP realitzada correctament aconseguix una supervivència 20 vegades més gran que quan es realitza de manera incorrecta.
- La desfibril·lació precoç (< 5 min) és el procediment aïllat de ressuscitació que salva més vides.

EVIDÈNCIES

- Més del 75% de les aturades circulatòries ho són amb FIBRIL·LACIÓ VENTRICULAR i aquestes només reverteixen amb DESFIBRIL·LACIÓ.
- L'inici de la RCP i l'aplicació (si cal) de la desfibril·lació no es pot demorar més de 8 minuts sinó, la supervivència és inferior al 5% i les seqüeles molt severes.
- Les altres tipus d'aturada cardiorespiratòria que no són FV o TV sense pols: ASISTÒLIA I ACTIVITAT ELÈCTRICA SENSE POLS, tenen una supervivència inferior al 6%, malgrat tots els esforços efectuats.

EVIDÈNCIES

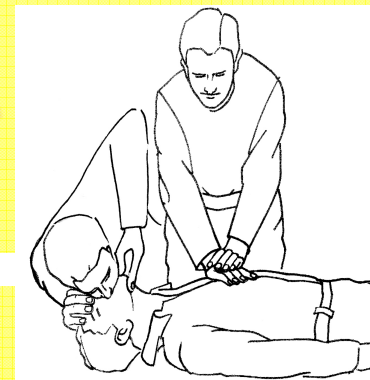
- Qualitat
- Rapidesa



LA RCP VA ADREÇADA A TOTA VÍCTIMA QUE:

- **NO RESPON**
i
- **NO RESPIRA NORMALMENT**

CAL IDENTIFICAR-LES I EFECTUAR
IMMEDIATAMENT LES COMPRESSIONS
TORÀCIQUES



RCP
30:2

de Ressuscitació



camfic
societat catalana de
medicina familiar i
comunitària

SEQÜÈNCIA D'ACTUACIÓ SVB

- Continui les maniobres fins que:
 - Arribi un equip qualificat
 - El pacient respiri amb normalitat
 - Vostè estigui exhaust



- Utilitzi **mètodes de barrera** per fer les respiracions boca a boca
- No es valora la cerca de pols carotidi sinó s'està entrenat
- Consideri el malalt inconscient i que no respira amb normalitat com **ACR**
Respiracions agòniques, sorolls, respiracions inefectives han de ser considerades com **respiracions no efectives** i actuar com si el pacient no respirés
- Intenti **no interrompre mai** les compressions toràciques.



Suport Vital Bàsic

NO RESPON?

Cridar demanant ajuda

Obrir via aèria

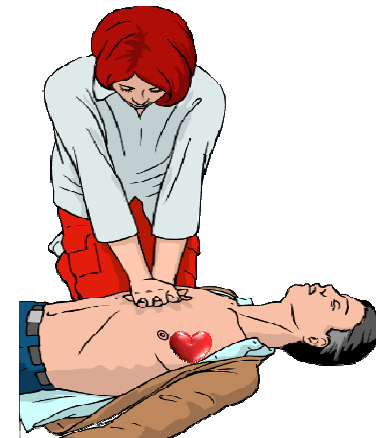
NO RESPIRA NORMALMENT?

Telefonar 112/061

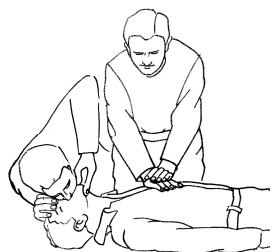
5 ventilacions
ofegats
nens

30 compressions
toràciques

2 ventilacions
30 compressions
30:2



SUPPORT VITAL AMB D.E.A.



RCP 30:2

HI HA PERILL? VALORA LA VICTIMA

NO RESPON ?

→ **CRIDA: AJUDA**

Obre la via aèria
NO RESPIRA NORMAL

→ **ACTIVA 112/061**



RCP FINS DEA PREPARAT



Anàlisi ritme

XOC INDICAT

XOC NO INDICAT

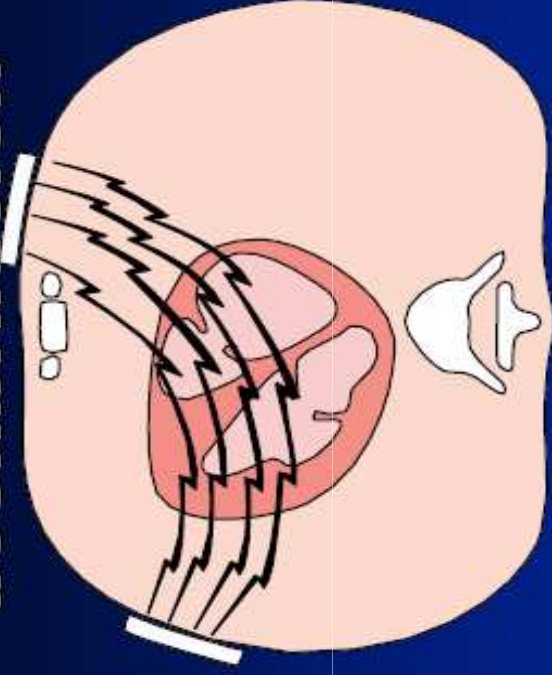
DEFIBRIL·LAR 1 XOC
150J Bifàsic; 360J monofàsic

RCP 2 min
5 VEGADES 30/2

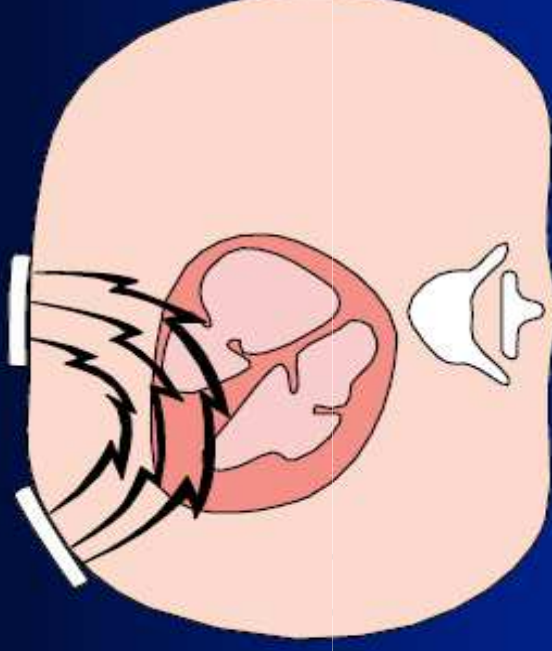
RCP 2 min
5 VEGADES 30/2

Continuar fins respiració normal
Arribada SEM

Colocación electrodos de desfibrilación



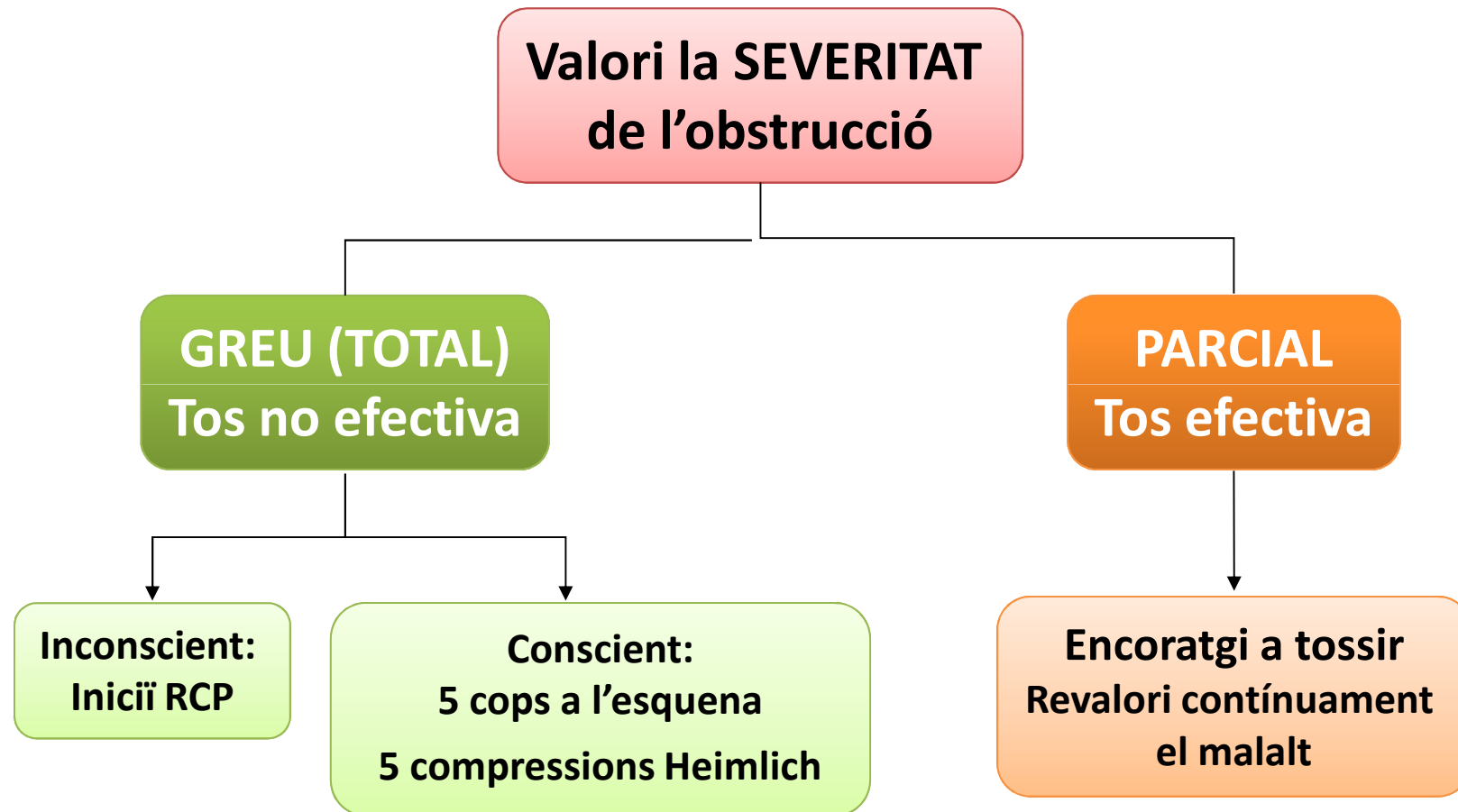
Correcta posición



Incorrecta posición

- **Una buena colocación de los electrodos optimiza la energía que pasa a través de los ventrículos.**

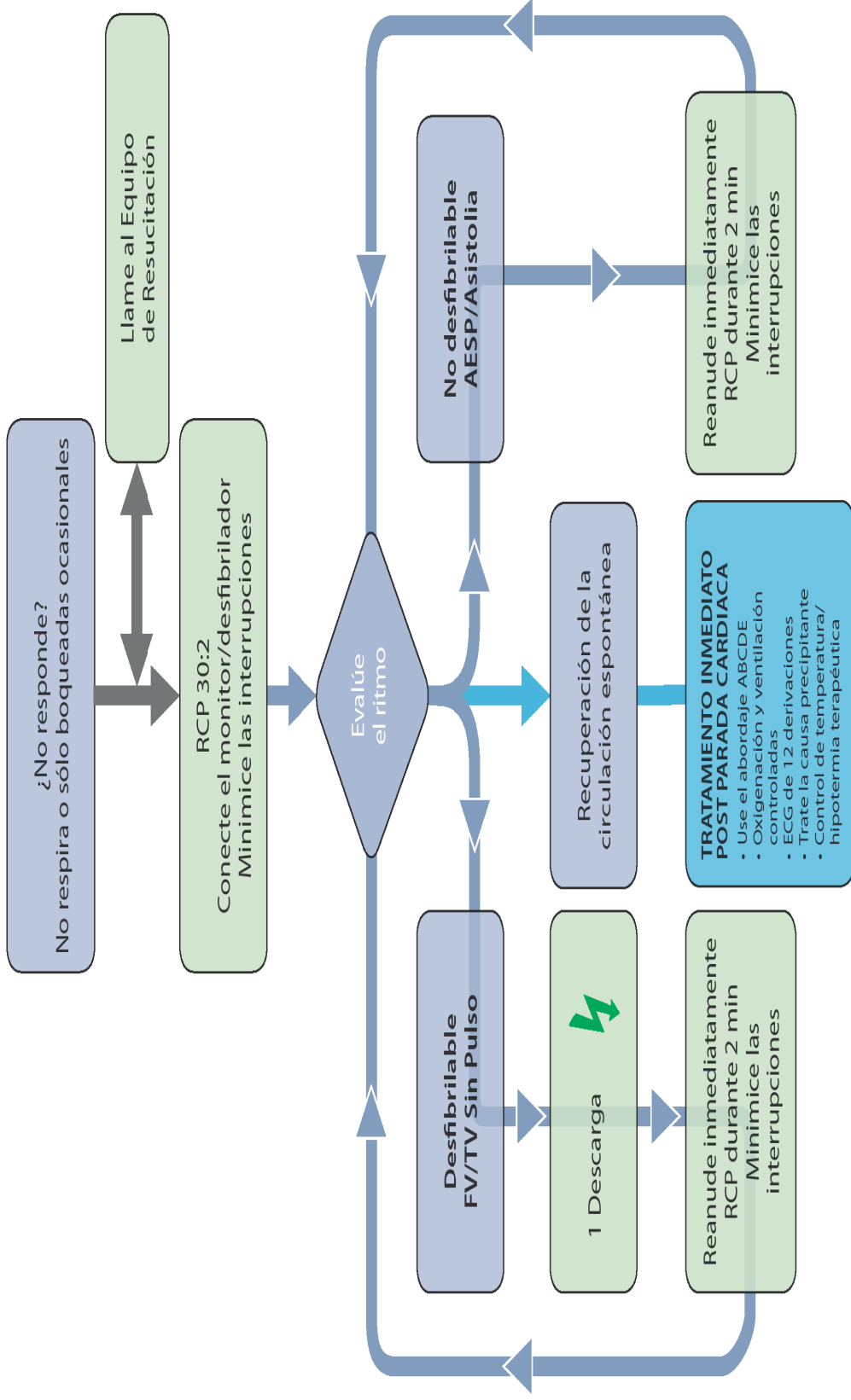
OBSTRUCCIÓ DE LA VIA AÈRIA





SopORTE Vital Avanzado

Algoritmo Universal



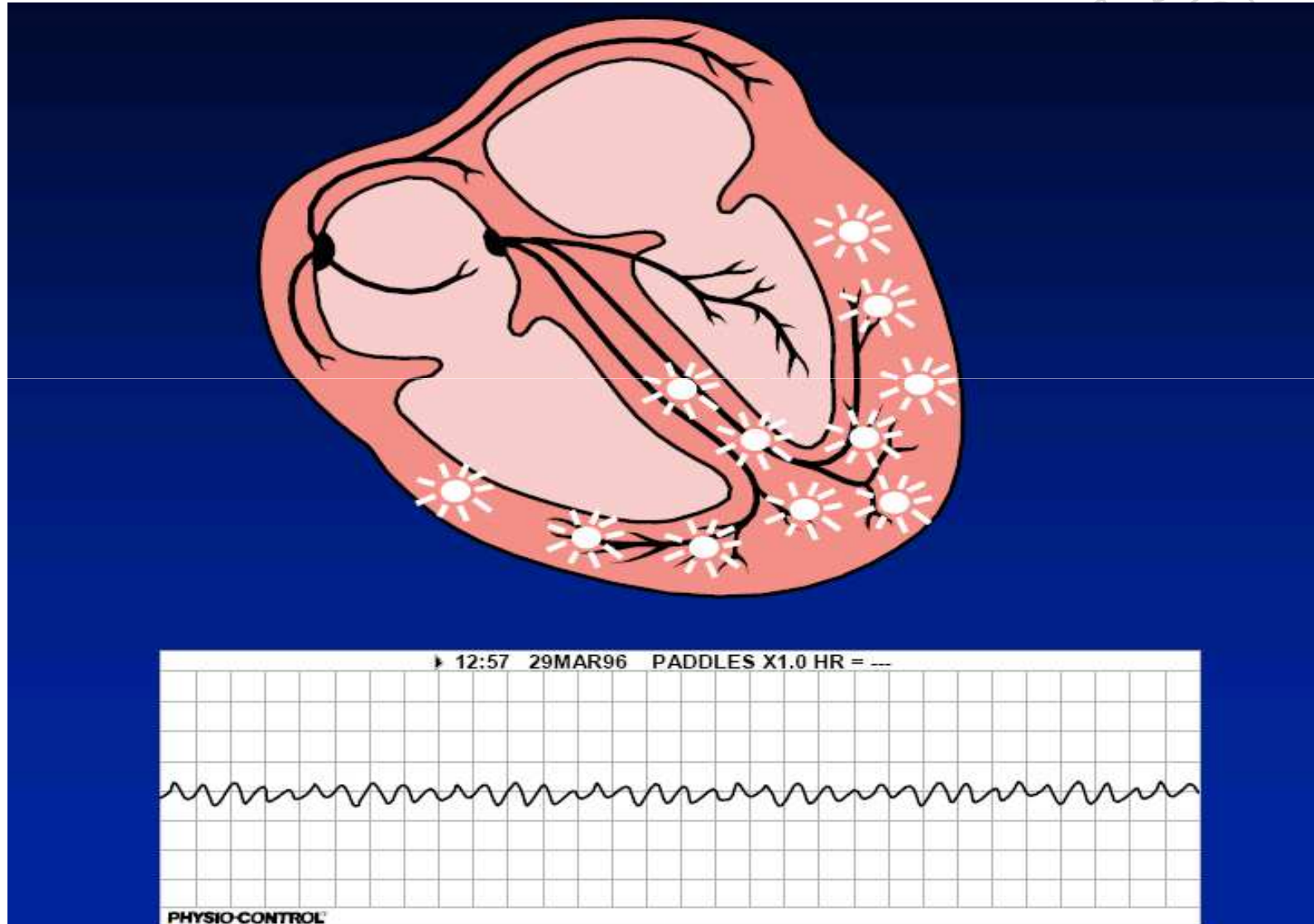
DURANTE LA RCP

- Asegure una RCP de calidad: frecuencia, profundidad, descompresión
- Planifique las actuaciones antes de interrumpir la RCP
- Dé oxígeno
- Considere el control avanzado de la vía aérea y la capnografía
- Compresiones torácicas continuas cuando se haya asegurado la vía aérea
- Acceso vascular (intravenoso, intraóseo)
- Administre adrenalina cada 3-5 min
- Corrija las causas reversibles

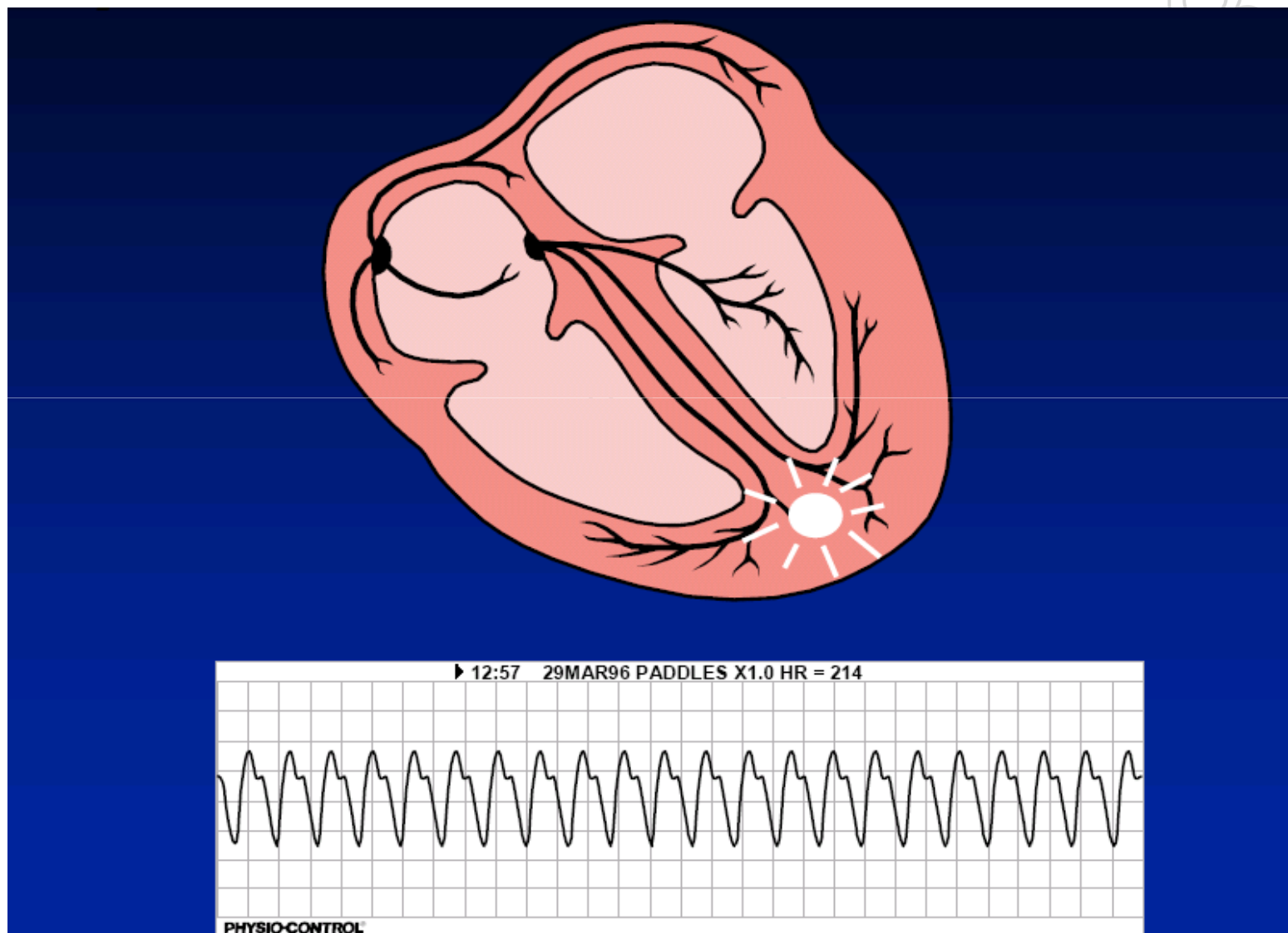
CAUSAS REVERSIBLES

- Hipoxia
- Hipovolemia
- Hipo/hiperkalemia/metabólico.
- Hipotermia
- Trombosis
- Taponamiento cardíaco
- Tóxicos
- Neumotórax a Tensión

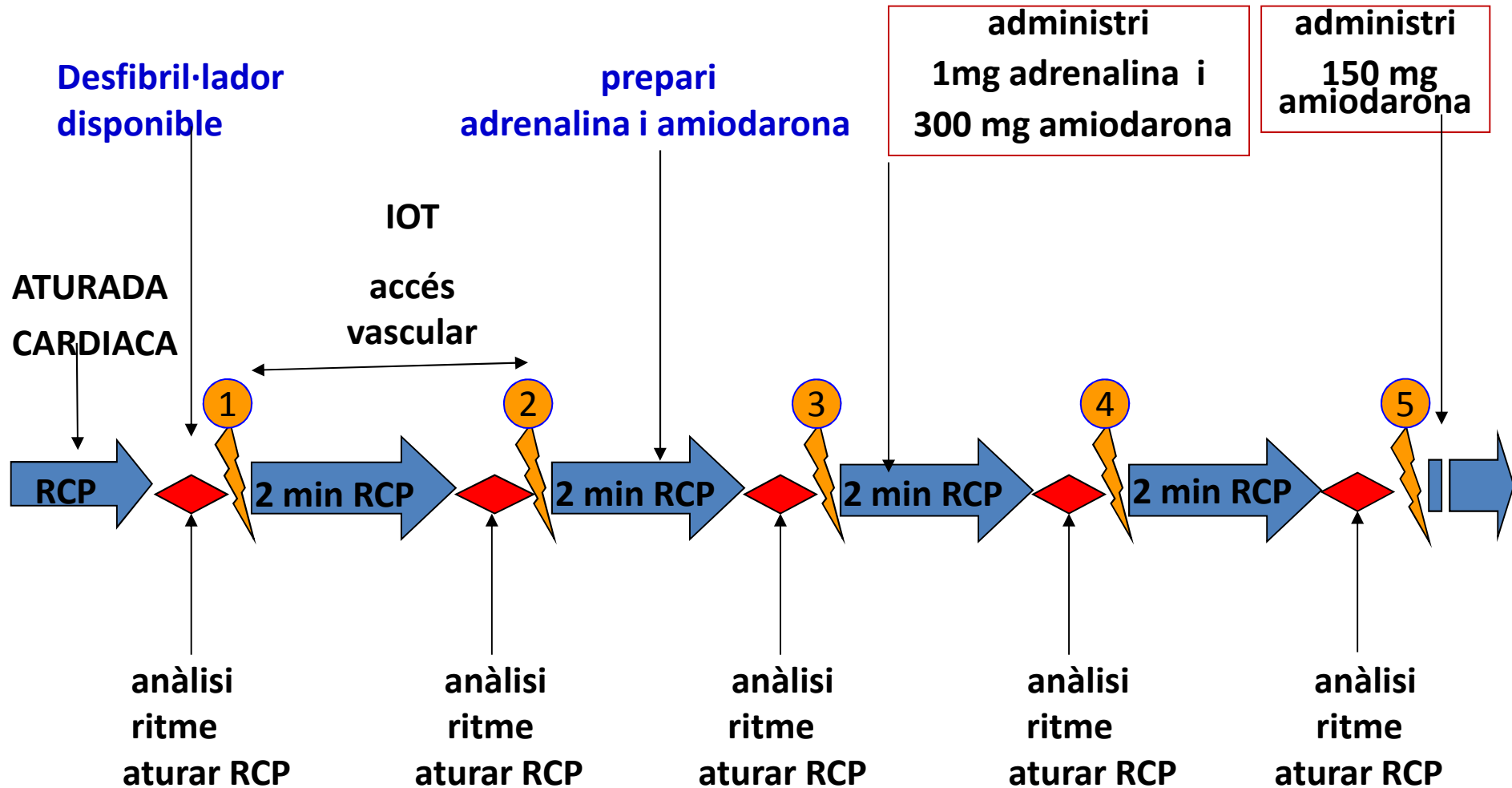
Fibrilación Ventricular



Taquicardia Ventricular sin pulso

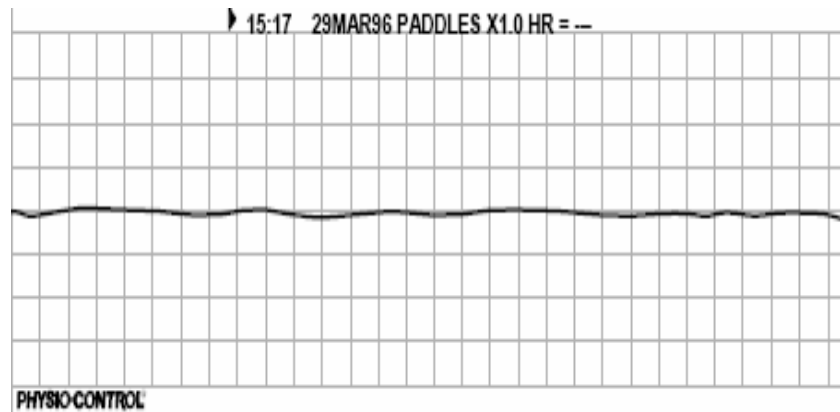


Ritmes desfibril·lables (FV/TVSP): Seqüència



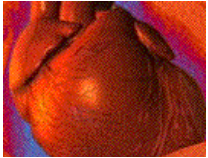
- **Ritmes no desfibril·lables**
(Asistolia/Actividad eléctrica sin pulso (AESP)).

Asistolia



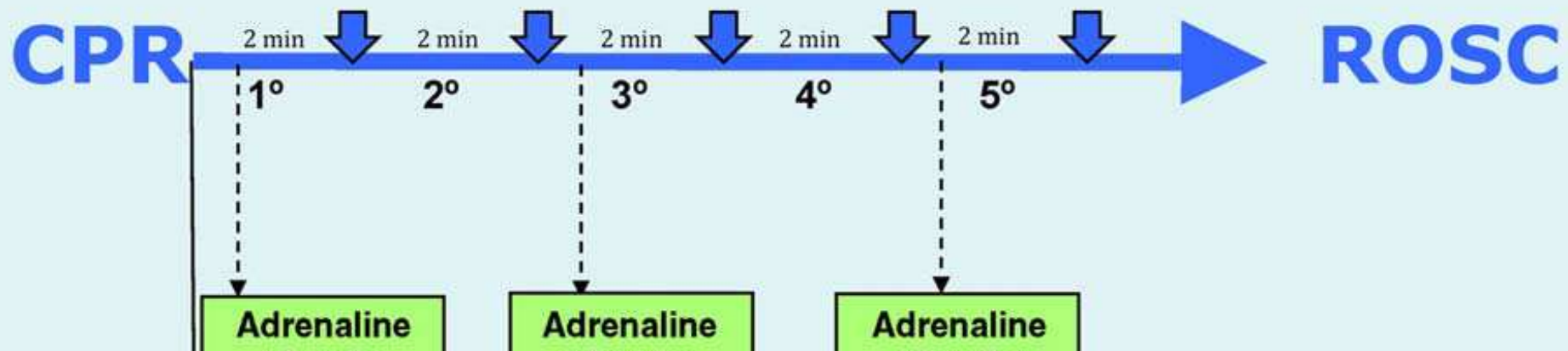
AESP





Algoritme d'actuació en el SVA

Ritmes No desfibril·lables (Asistolia/AESP): Seqüència



Ventilate /
Oxygenate
Vascular Access
IO / IV
Medications
Intubation

Causes Reversibles:

4 H

- Hipòxia
- Hipovolèmia
- Hipotèrmia
- Hipo/Hiperkalièmia
(alteracions metabòliques
i hidroelectrolítiques)

4T

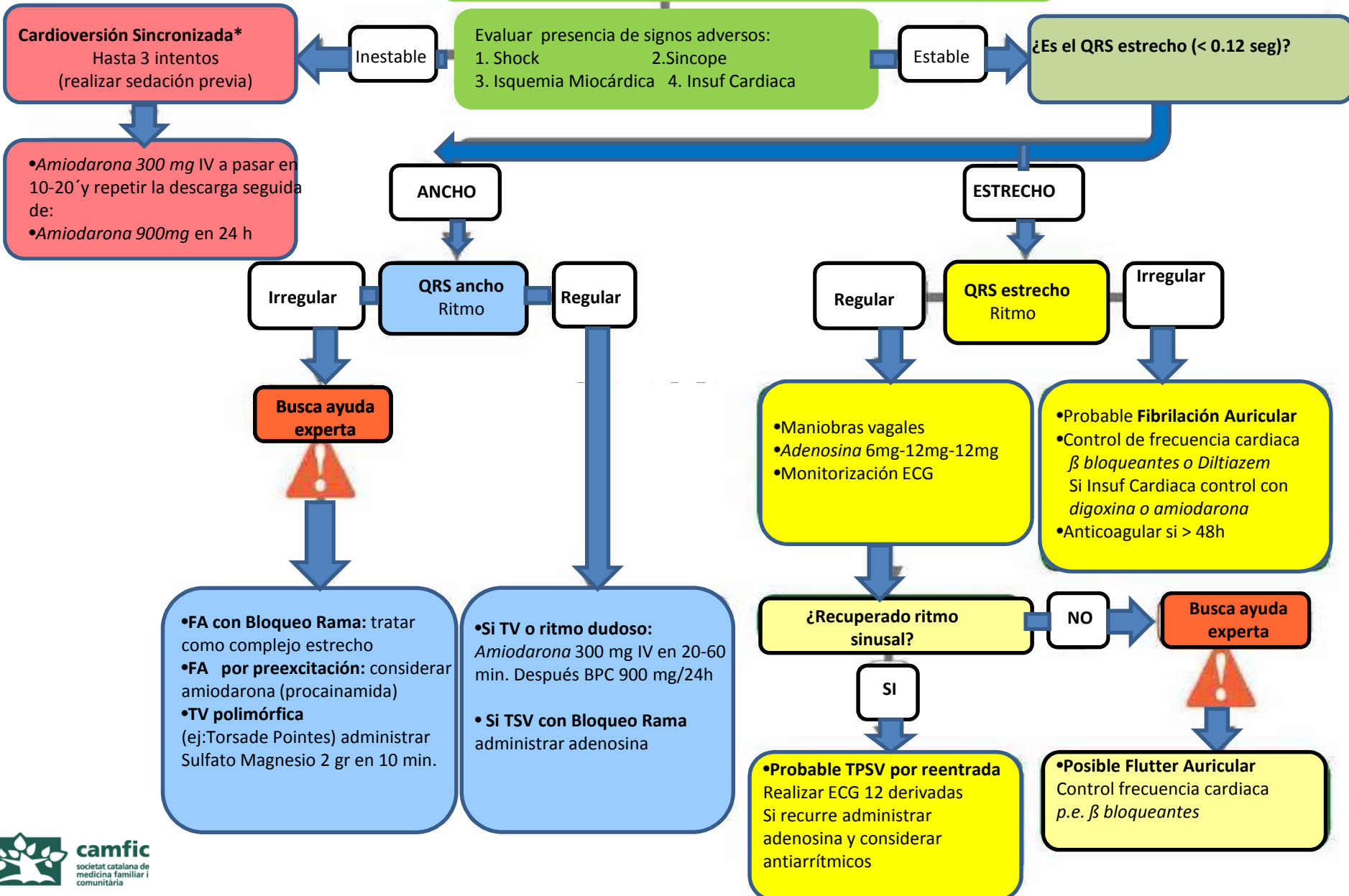
- Tensió Pneumotòrax tensió
- Taponament cardíac
- Intoxicacions
- Trombosi (coronària o TEP)

Algoritmo Taquicardia

Guías ERC 2010

Evaluar ABCDE
Administrar O₂ y obtener acceso IV
Monitorizar: ECG, TA, SatO₂ y ECG 12 derivaciones
Identificar y trate causas reversibles (p.e.: alteraciones electrolíticas)

Evaluar presencia de signos adversos:
1. Shock 2. Síncope
3. Isquemia Miocárdica 4. Insuf Cardíaca



Evaluar ABCDE
 Administrar O₂ y obtener acceso IV
 Monitorizar: ECG, TA, SatO₂ y ECG 12 derivaciones
 Identificar y trate causas reversibles (p.e.: alteraciones electrolíticas)

Evalúe la presencia de signos adversos:
 1 Shock
 2 Síncope
 3 Isquemia miocárdica
 4 Insuficiencia cardiaca

Atropina 500 mcg iv

¿Respuesta Satisfactoria?

¿Riesgo de asistolia?
 • Asistolia reciente
 • Bloqueo AV Möbitz II
 • Bloqueo cardiaco completo con QRS ancho
 • Pausa ventricular > 3 seg

Medidas transitorias:
 • Atropina 500 mcg iv
 Repetir hasta un máximo de 3 mg
 • Isoproterenol 5 mcg min⁻¹
 • Adrenalina 2-10 mcg min⁻¹
 • Fármacos alternativos*
 ○
 • Marcapasos transcutáneo


 Busque ayuda experta
 Preparar marcapasos transvenoso

* Las alterantivas incluyen:
 • Aminofilina
 • Dopamina
 • Glucagón (si sobredosis de betabloqueantes o antagonistas del calcio)
 • Glicopirrolato puede utilizarse en lugar de atropina

Observe

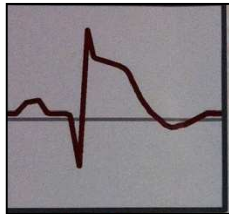
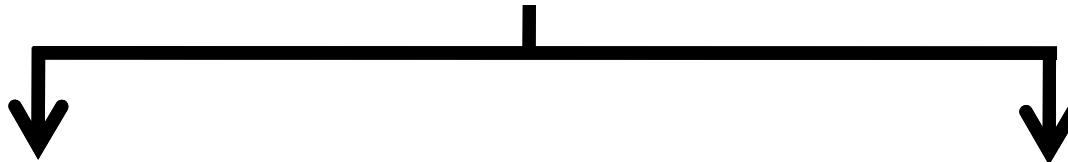
- Home de 65 anys que en una consulta rutinària es constata TA 120/65, FC 40x'. El pacient està asimptomàtic.
- Es realitza ECG.

Dolor toràctic no traumàtic



ECG complet de 12 derivacions.

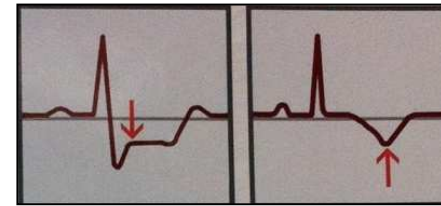
Objetiu: en menys de 10 minuts.



SCAEST



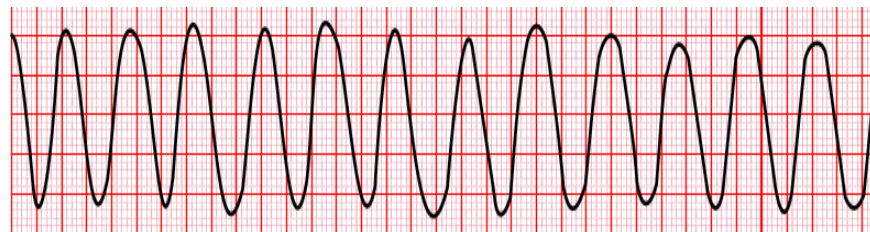
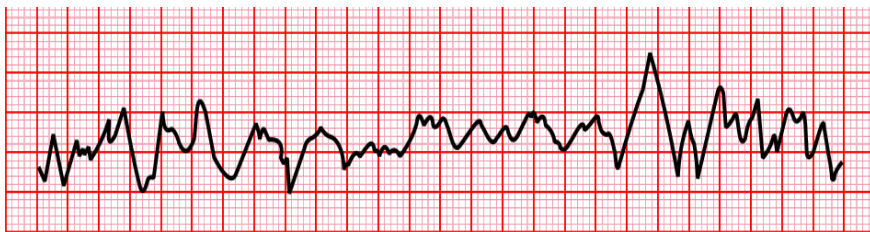
112 Activació CODI IAM



SCASEST



Estratificació de risc.
Derivació a Hospital

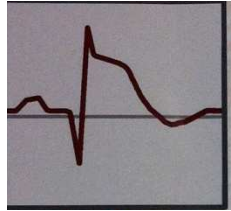


La fibril·lació ventricular primària és el mecanisme de la major part de les morts que es produeixen en les primeres hores de l'IAM.

La probabilitat de sobreviure disminueix en un 7-10% per cada minut que passa abans de la desfibril·lació, i s'aproxima a 0 als 10-12 minuts.

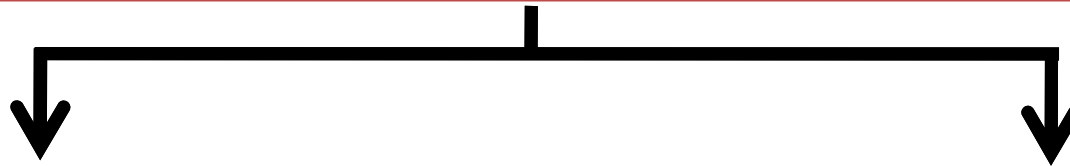
TRACTAMENT

SCAEST



112 Activació CODI IAM

El tractament és la REPERFUSIÓ de l'artèria el més precoç possible. El temps és miocardi



Angioplàstia Primària

Millor si es realitza en el temps adequat.
Si possible <120min és la primera opció.

Fibrinolisis

Si no és possible AP en <120'.
Objectiu porta-agulla 30 min.

TRACTAMENT COADJUVANT

El tractament coadjuvant **MAI** ha de retrassar el tractament de reperfusió.

- **DOBLE ANTIAGREGACIÓ:**
 - **AAS 250 mg vo:**
 - Si presenta vòmits: 450 mg ev d' **Acetilsalicilat de Lisina** (½ amp Inyesprin)
 - Si al·lèrgia o contraindicació. No administrar.
 - **Clopidogrel:**
 - Si **ICP Primària**: Administrar **600 mg vo**.
 - Si Fibrinòlisi: **300 mg vo** (si <75anys), **75 mg** (si >75 anys).

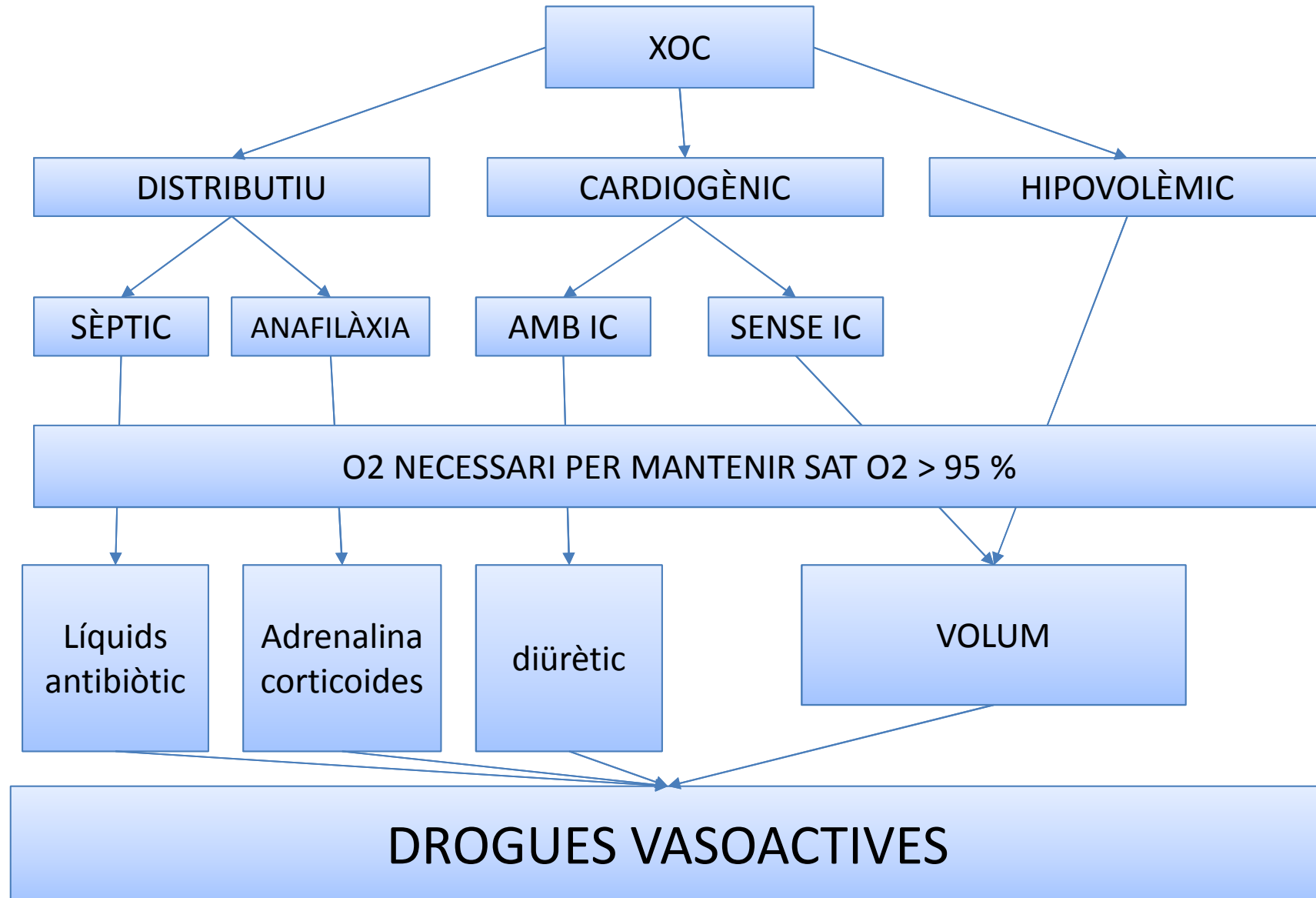
Inhibidors receptors ADP

- Clopidogrel
 - Dosi càrrega: 300mg vo.
 - En pacients de risc alt o intermig.
 - Manteniment: 75mg/dia.
- Prasugrel (DM <75 anys i pes >60Kg, no antec AVC/AIT)
 - Dosi càrrega 60mg vo
 - Manteniment: 10mg/24h
- Ticagrelor (CI hemorràgia intracranial, insuficiència hepàtica moderada-severa)
 - Dosi de càrrega 180mg vo
 - Dosi manteniment: 90mg/12h

MESSURES SUPORT /ANALGÈSIA

- **Oxigenoteràpia** O2 VM 50% o alt fluxe → Sat >95%
 - **Nitroglicerina** 0.4 mg sl cada 5 minuts repetible màx 3-4 dosis
Compte!! en TAS <90, FC <50 o >100, IAM Ventricle Dret,
tractament en les últimes 24 h amb inhibidors de la fosfodiesterasa
(disfunció erèctil).
 - **Clorur mòrfic**, 4-8 mg ev, amb dosis addicionals de 2 mg cada
5-15 minuts (màxim 15-20 mg)
- * Alternativa: meperidina 100mg : 25mg ev, cada 5' , màx 100 mg.
Si component vagal. Compte IRC 4.
- * Metamizol ev
- No AINE, inhibidors de la COX-2 (efecte protrombòtic).
 - Altres: Metoclopramida (si vòmits), Diazepam (si ansietat),

TRACTAMENT



ANAFILÀXIA

- Causa rara i reversible d'ACR
- La fisiopatologia del procés requereix un tractament específic
- És una reacció sistèmica d'hipersensibilitat
- Afecta via aèria, sistema cardiovascular, tracte gastrointestinal i pell
 - Manifestacions d'hipersensibilitat: rinitis, conjuntivitis, dolor abdominal...
 - Edema laringe: obstrucció via aèria
 - Broncoespasme, hipotensió
 - Colapse cardiovascular, mort

TRACTAMENT

MESURES GENERALS:

- Suspendre o separar la causa (perfusions venoses)
- Considerar la **intubació traqueal precoç**
 - Pot ser necessària cricotiroidotomia
- **Oxigen:** alt fluxe i alta concentració
- **Adrenalina:**
 - 0.5ml (1:1000) IM s'absorbeix ràpidament (preferible a l'administració SC)
 - Repetir la dosis si és necessari als 5 minuts
 - Administració IV: dilució 1:10.000 amb el pacient monitoritzat (menys recomanable)
- **Antihistamínic:** considerar l'administració IV lenta, així com afegir Ranitidina 50mg IV

TRACTAMENT

- **Corticoides:**
 - Administrar corticoides en injecció IV lenta, inici d'acció a les 4-6 hores.
- **Broncodilatadors inhalats:**
 - Beta2 agonistes (salbutamol 0,5 mg) per a revertir el broncospasme.
 - Bromur d'Ipratropi (500 mcg) pot ser útil en el broncospasme en pacients que prenen betabloquejants.
- **Líquids:**
 - 1-2 litres IV infusió ràpida, poden ser necessaris fins a 4-8 litres en la reanimació inicial.



camfic

societat catalana de
medicina familiar i
comunitària



Gràcies per la vostra atenció

Darrera revisió desembre 13'