

SUPORT VITAL BÀSIC I AVANÇAT

GUIES 2015

Dra Maite Sariñena

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

CCR
Consell Català
de Ressuscitació

www.erc.edu

www.ccr.cat

www.scartd.org

www.semicyuc.org

GUIES DE SUPORT VITAL

Aproximadament es produeixen 700.000 ACR/ any a Europa

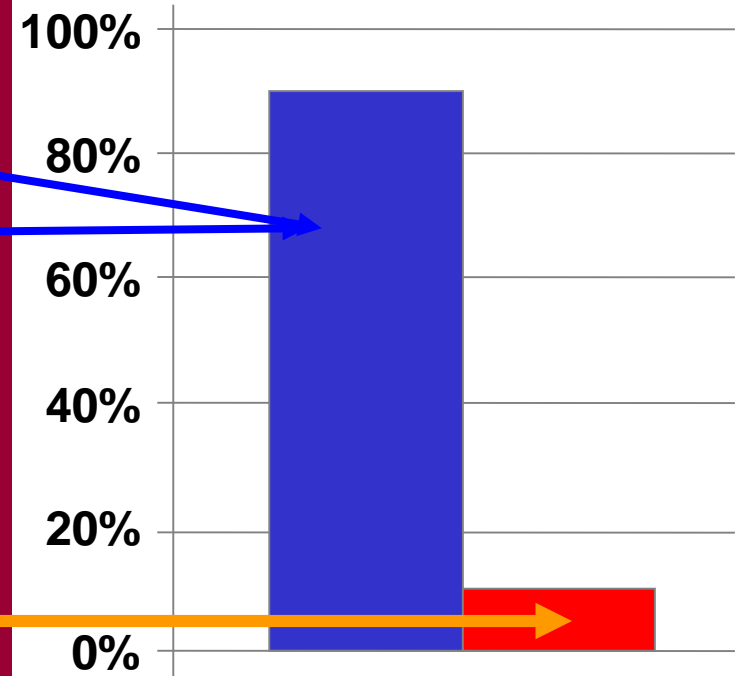
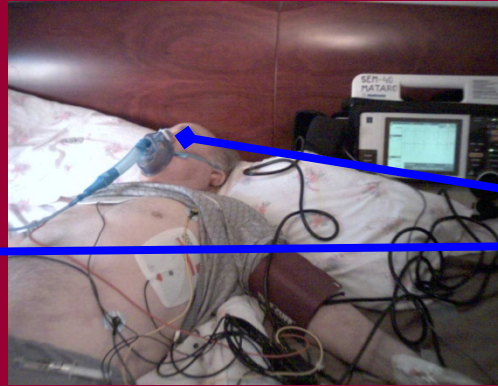
Supervivència a l'alta hospitalària: 5-10%

La intervenció dels transeünts en les ACR abans de l'arribada del SEM és vital

La precocitat en iniciar les maniobres de RCP i

l'aplicació de la desfibril·lació (1-2 minuts) suposa un >60% supervivència

Lloc de l'aturada cardiorespiratòria



■ a fora ■ a l'hospital

CAUSES DE "MORT SOBTTADA"

Causes cardíaques

- *malalties coronàries*
- lesions valvulars
- hipertensió arterial
- ...

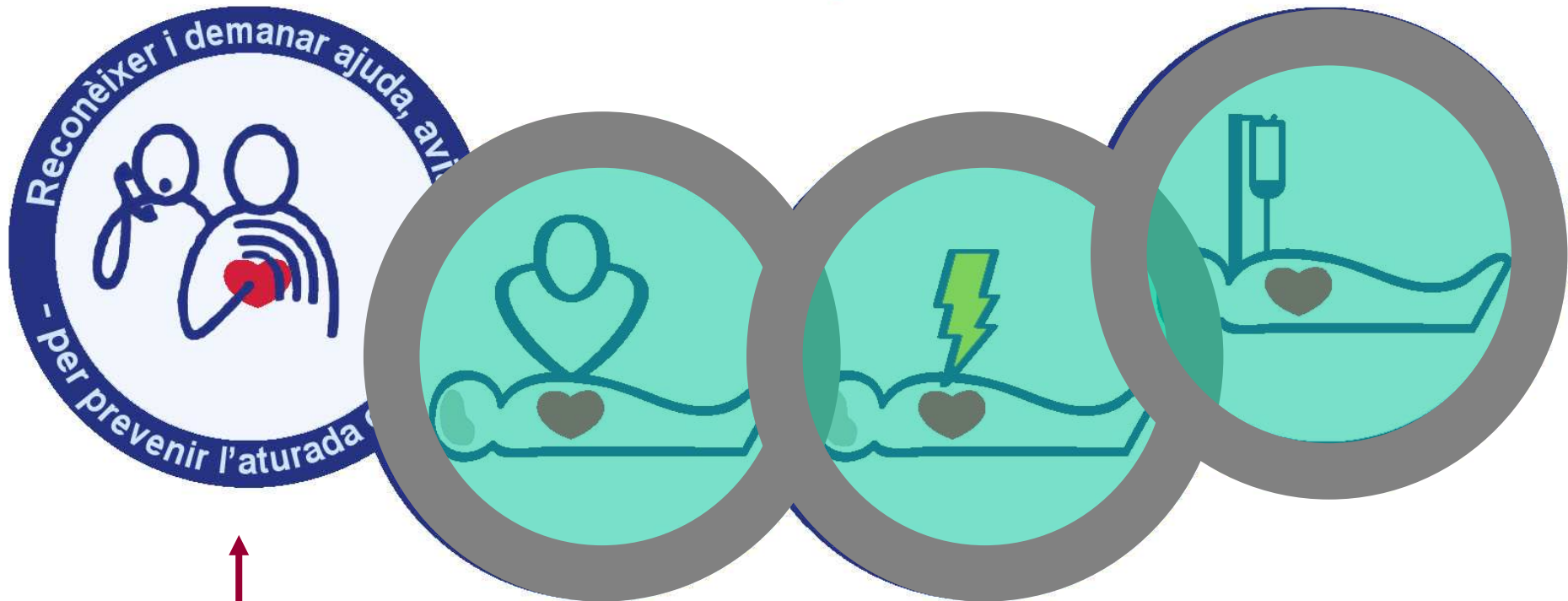
Altres causes

- traumatismes
- ofegament
- ennuegament
- asma
- intoxicació
- etc

CAUSES DE "MORT SOBTAADA"

- Fibril·lació ventricular
- Taquicàrdia ventricular sense pols
- Asistòlia
- Activitat elèctrica sense pols

Cadena de supervivència

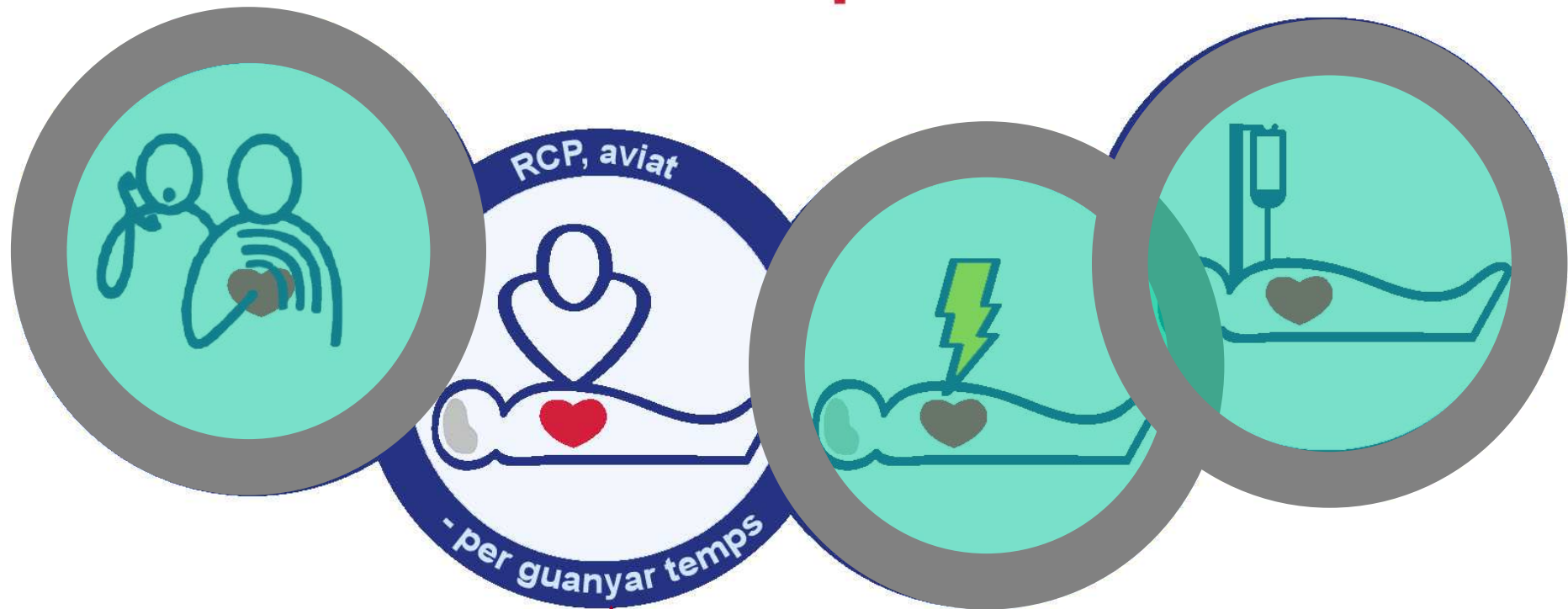


PREVENIR L'ATURADA

RAPIDA DETECCIÓ DE L'ATAC DE COR I/O L'ATURADA

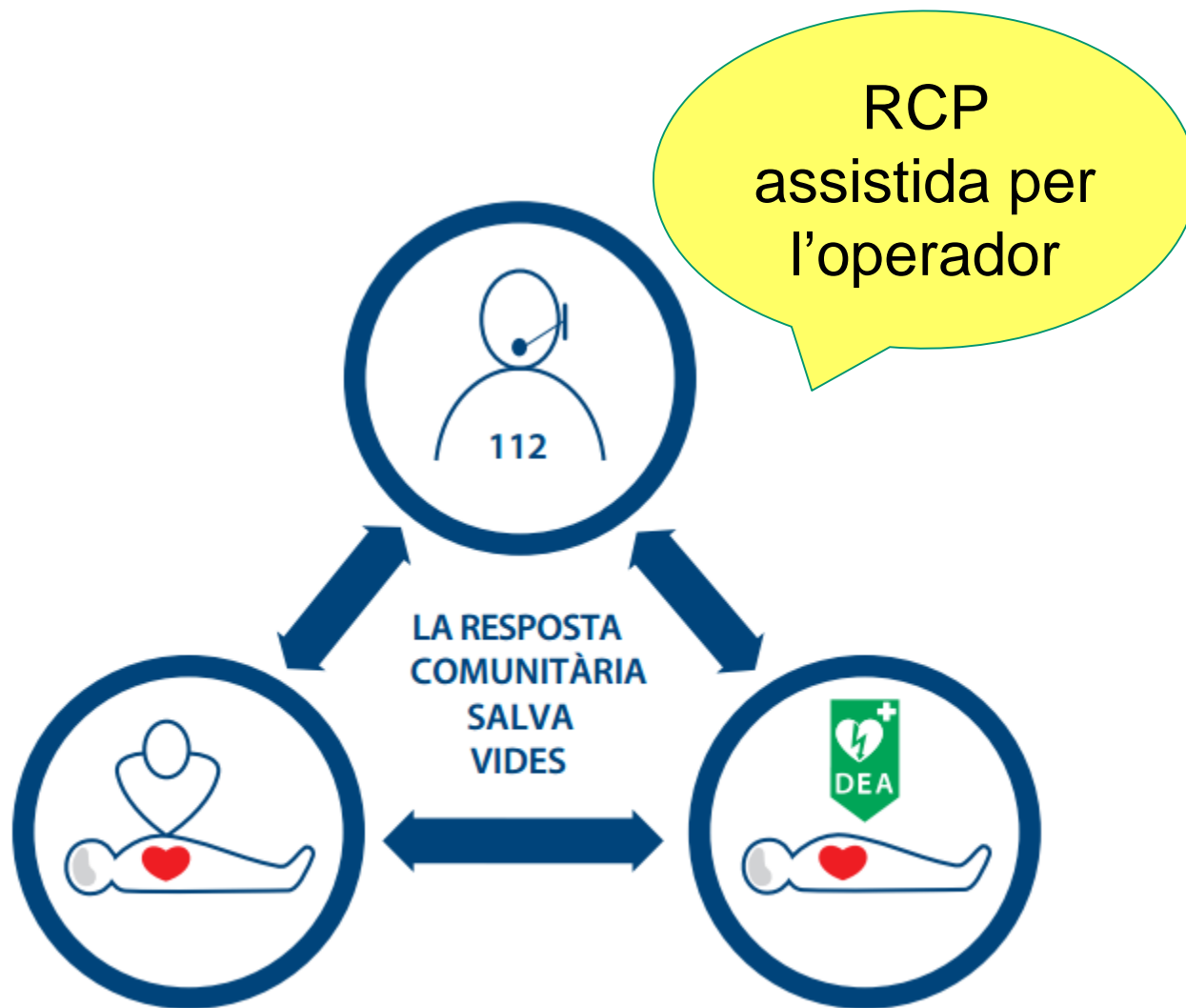
ACTIVAR 112 → **Protocols per obtenir informació**

Cadena de supervivència

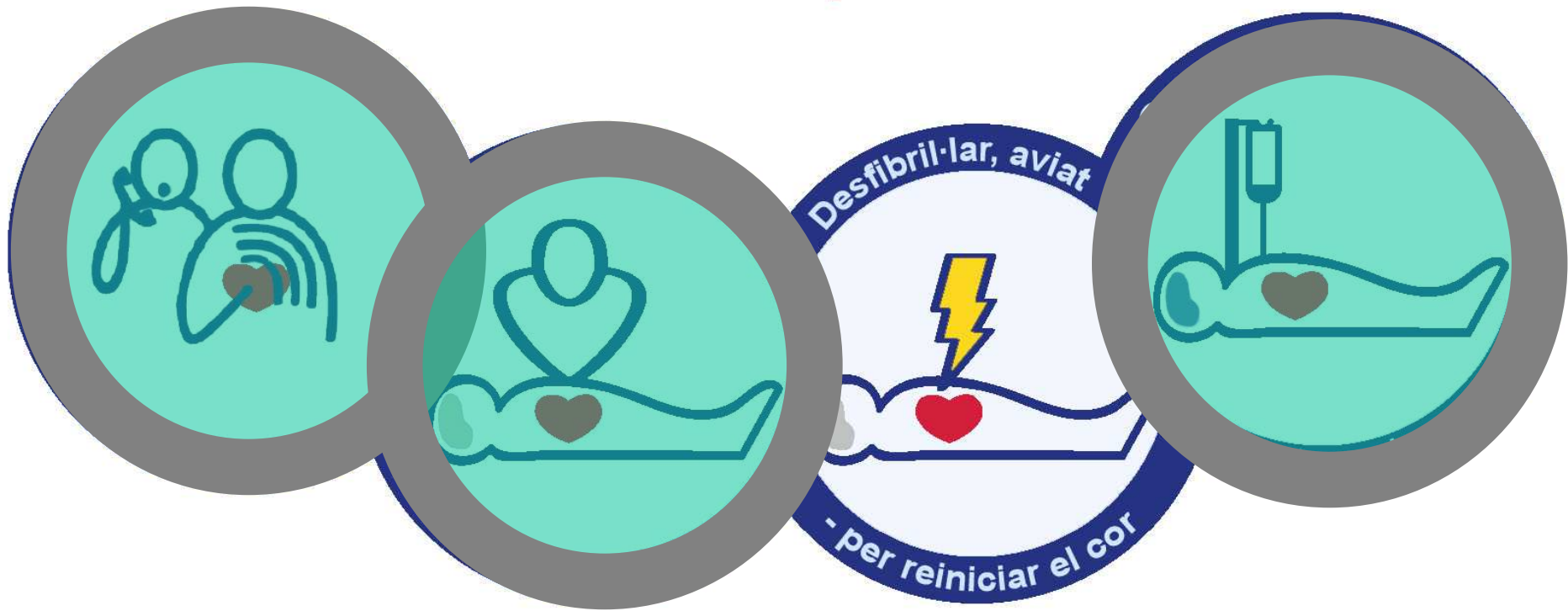


RCP IMMEDIATA
PER GUANYAR TEMPS

Maniobres de qualitat
ininterrompudes

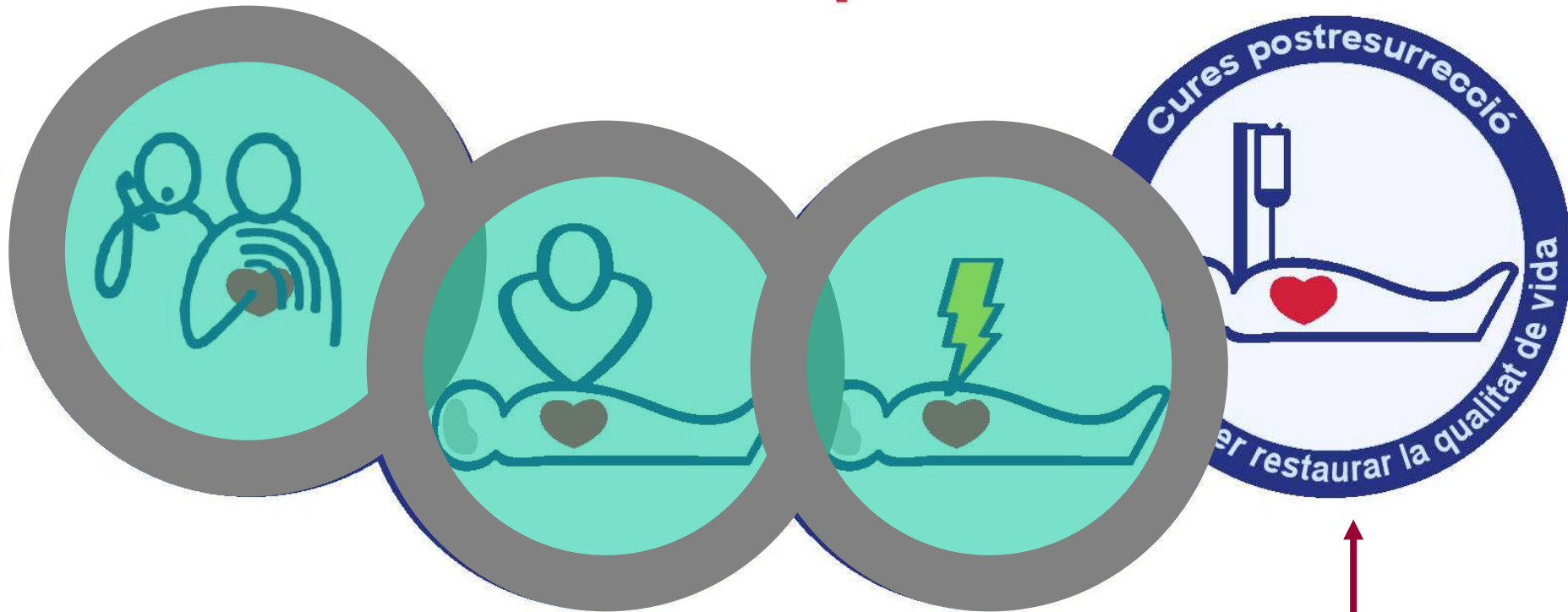


Cadena de supervivència



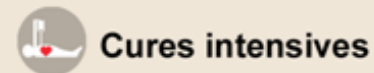
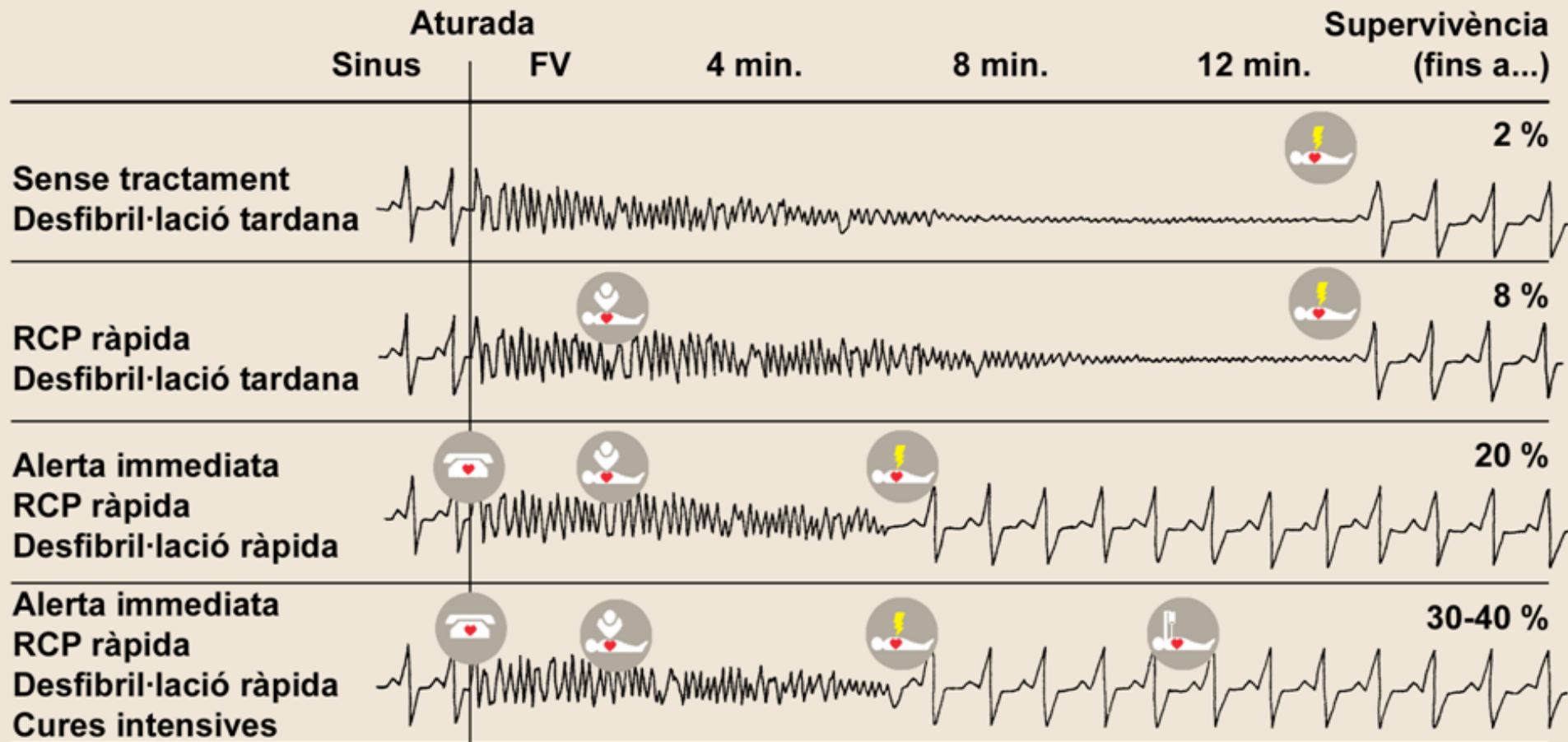
DEFIBRIL·LACIÓ PRECOÇ
PER RESTABLIR LA CIRCULACIÓ

Cadena de supervivència



CURES POST RESSUSCITACIÓ
PER MANTENIR QUALITAT DE VIDA

SUPERVIVÈNCIA segons temps i aplicació de RCP



GUIES DE SUPORT VITAL

1. SVB

CCR

Consell Català
de Ressuscitació

No respon i no
respira.
Convulsions

No respon i
no respira amb normalitat

Telefonar al
Sistema d'Emergències

30 compressions toràciques

2 respiracions de suport

Continuar RCP 30:2

Tan aviat com arribi el DEA- posi'l
en marxa i
segueixi les instruccions

Crit "Ajuda"

- La víctima i l'equip han d'estar segurs
- Valori si la víctima està conscient.

*Estímul verbal i motor. Respon?
(Es troba bé?)*

- **Si Respon:**

- No la canvii de posició
- Esbrini què li ha passat i si li cal ajuda
- Revalori al pacient sovint



- **No Respon:**

- Posi el pacient en decúbit supí i obri la via aèria

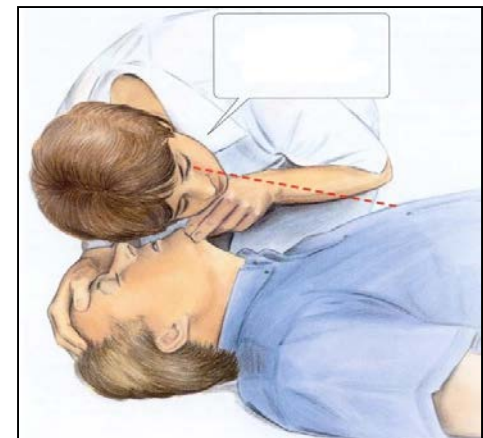
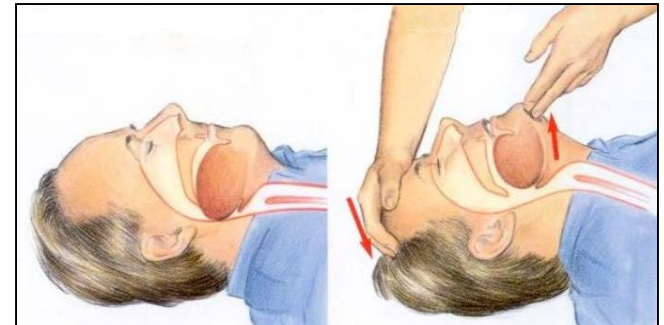
- *Maniobra front-mentó*

- Mantingui oberta la via aèria i valori la respiració

Miri el tòrax, Escolti i Senti si hi ha moviments respiratoris (acosti la seva galta a la boca-nas del pacient mirant en direcció al tòrax).

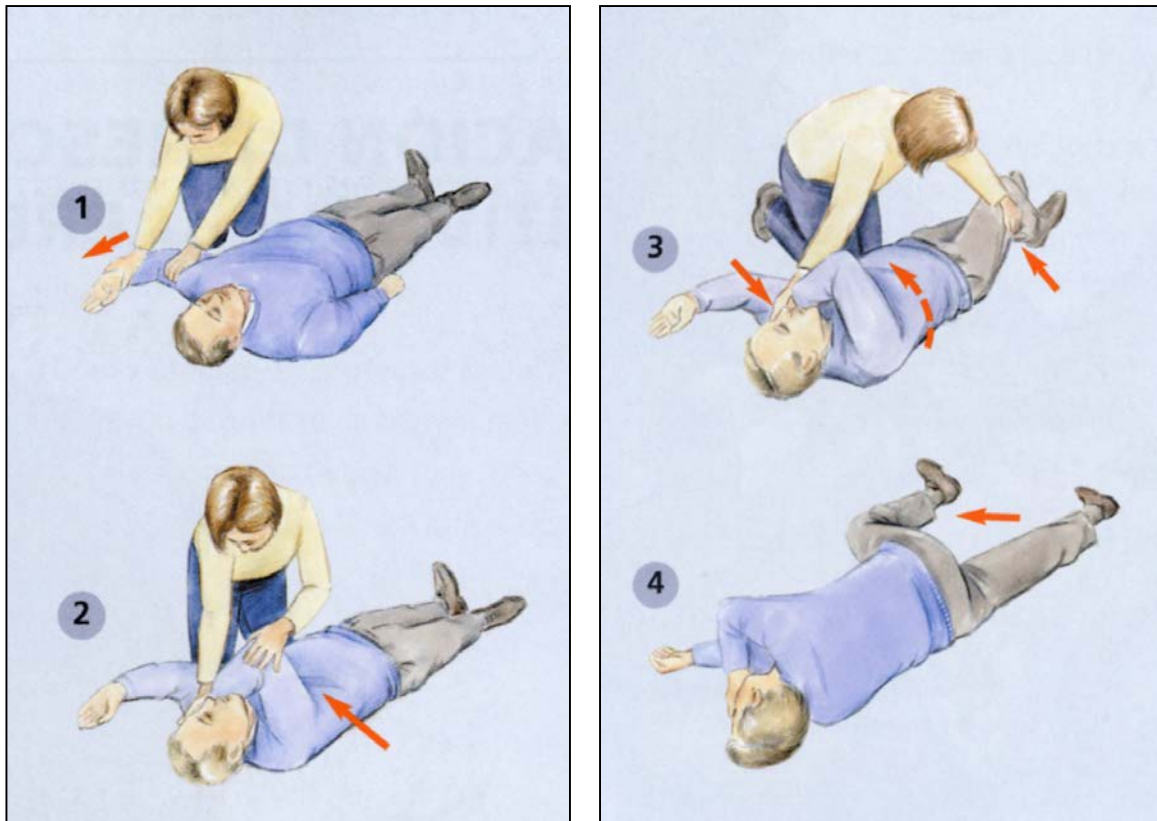
- Valori com a màxim durant 10 segons

-



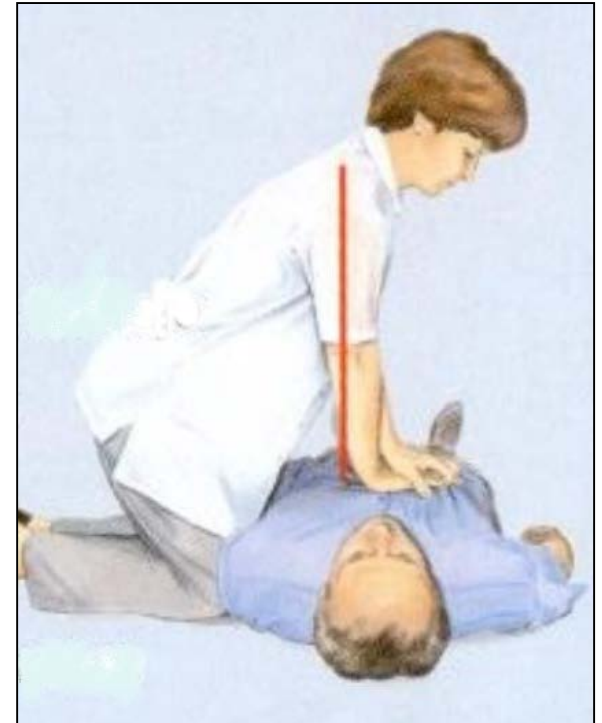
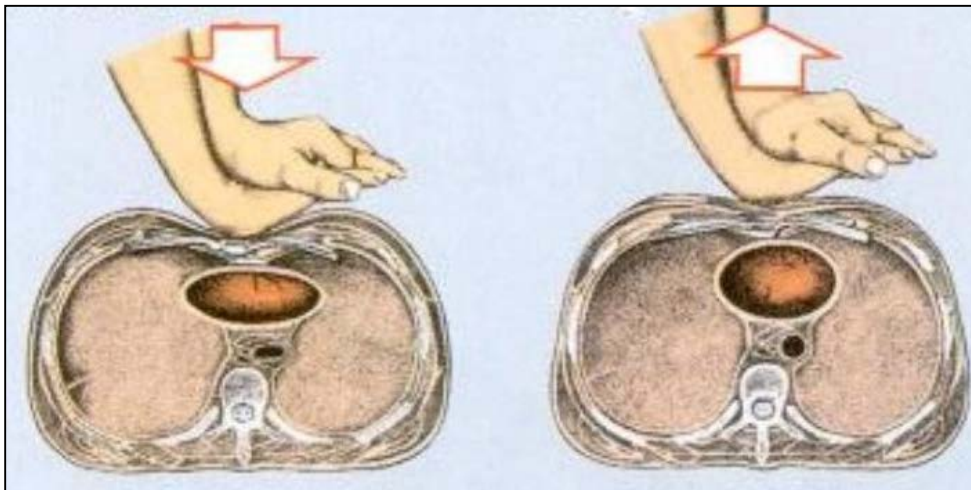
- **Si Respira amb normalitat:**

- Posi el malalt en Posició Lateral de Seguretat
- Busqui ajuda, truqui al 112
- Valori contínuament el malalt



- **Si no Respira amb normalitat:**

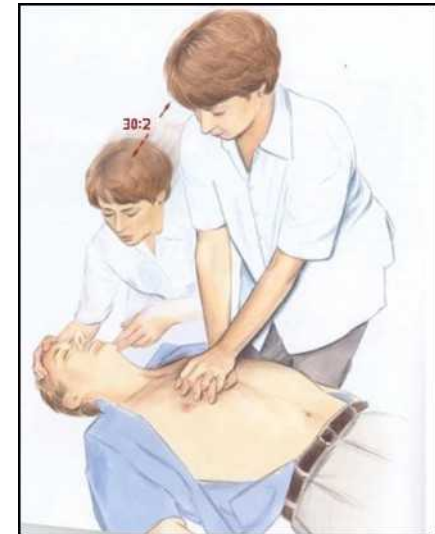
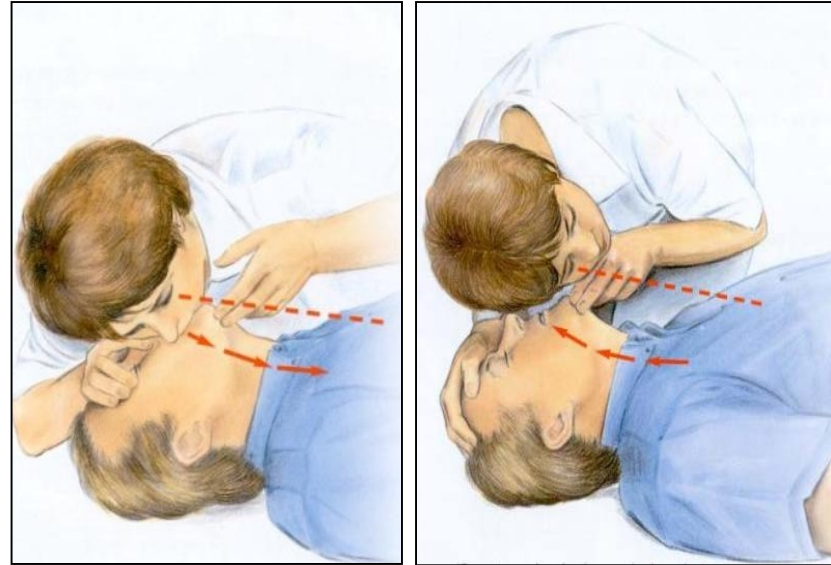
- Alerti el SEM (112)
- Agenolli's a l'alçada del tòrax de la víctima
- Posi les mans al centre del tòrax (posició de massatge cardíac)
- Inicïi les compressions toràciques: **30 compressions**
- **Aconsegueixi un ritme de 100 - 120 compressions / minut**



Compressions alta
qualitat
5-6 cm
100-120x'
Minimitzar interrupcions

- **Si no Respira amb normalitat:**

- **Combini compressions amb suport respiratori**
- Asseguri's que manté oberta la via aèria del malalt
- Pinci els orificis nassals
- Amb la boca del malalt oberta: faci 2 respiracions efectives
 - Inverteixi 1 segon per respiració
 - Valori com es mou la paret del tòrax
- Continui amb el massatge cardíac
- **Continui amb la seqüència**
 - **30 compressions / 2 respiracions**



- **Si les respiracions no són efectives (no es mou el tòrax):**
- Busqui objectes **visibles** dins la boca del malalt
 - No busqui objectes estranys a cegues
 - Asseguri's que la maniobra front-mentó és correcta
 - No faci més de 2 respiracions, continuï les compressions toràciques
- Si té possibilitats, faci torns de compressions de **1-2 minuts**; es cansarà menys i serà més efectiu.



- 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
- 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.

Campanya del Parlament Europeu

LES TEVES MANS
millorant la conscienciació de l'aturada cardíaca
PODEN SALVAR VIDES!



 **EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL**
www.erc.edu

 **Consejo Español de Resuscitación**
www.cercp.es

 **CCR Consell Català de Resuscitació**
www.ccr.cat



L'escola és el millor lloc per adquirir coneixements i habilitats perdurables. En països socialment avançats la RCP s'ensenya a les escoles. A Catalunya durant el curs 2008-2009 es realitzà un programa pilot de formació en RCP a les escoles. Des de llavors funciona als centres de les Terres de l'Ebre i de la ciutat de Tarragona

CONTRIBUINT A SALVAR UNA VIDA

Consell Català de **Ressuscitació**



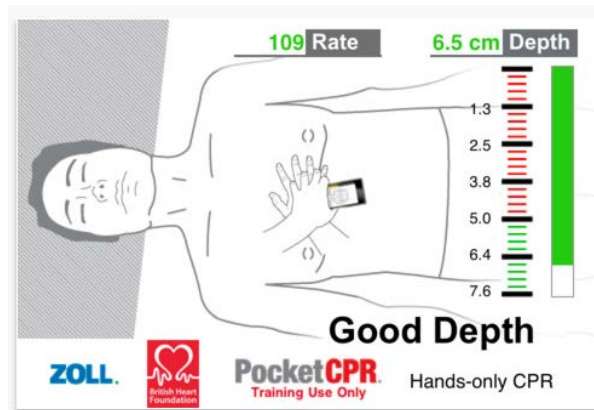
**Logotip
Escola**

En aquesta escola n'aprens



EDUCACIÓ en SVB i SVA

- Utilització maniquins (millor alta fidelitat)
- Dispositius de retroalimentació : Freqüència compressió, profunditat, posició mans
- Deteriorament de l'aprenentatge
- Entrenament habilitats no tècniques: Comunicació, lideratge
- Revisions autocrítiques basades en dades



OBSTRUCCIÓ PER COS ESTRANY

1

- Obstrucció severa via aèria

2

- Cops esquena
- Compressions abdominals

3

- Inconsciència: RCP

2. SVB – DEA

CCR

Consell Català
de Ressuscitació

DEFINICIÓ DEA'S

Desfibril·ladors externs que incorporen un sistema automàtic d'anàlisi de ritme, mitjançant l'anàlisi de:

- freqüència
- amplitud
- forma d'ona
- pendent

i un sistema de filtres que detecta interferències:

- ones de radio
- corrent elèctrica
- moviments del pacient
- pèrdua de contacte elèctrodes

COM ÉS UN DEA?

- Petit
- Lleuger
- Alguns models incorporen monitor
- Bateria
- Pales autoadhesives
- Accesoris





COM FUNCIONA UN DEA?



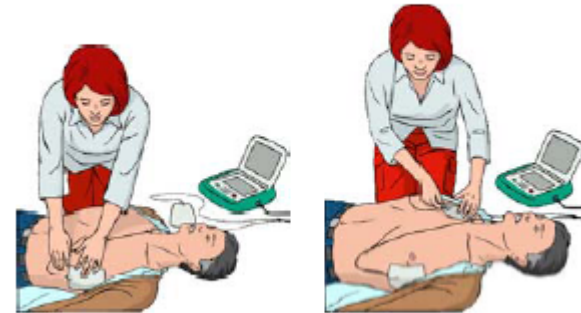
- Una vegada col·locat utilitza les pales adhesives com a elèctrodes i **analitza** el ritme del malalt
- Si detecta un ritme desfibril·lable (fibril·lació ventricular o taquicàrdia ventricular) recomana una **descàrrega** (bifàsica 150 J)
- **La descàrrega és sempre manual**
- Durant tot el procediment va donant **instruccions** auditives i visuals

ENEGAR EL DEA



- Alguns DEA's s'engeguen automàticament a l'obrir la tapa

COL·LOCAR ELS ELÈCTRODES



ANÀLISIS DEL RITME



- NO tocar a la víctima!

XOC INDICAT



- Comprovar que ningú toqui a la víctima
- Aplicar la descàrrega

XOC ADMINISTRAT



30

- Seguir les instruccions del DEA



2

XOC NO INDICAT



30

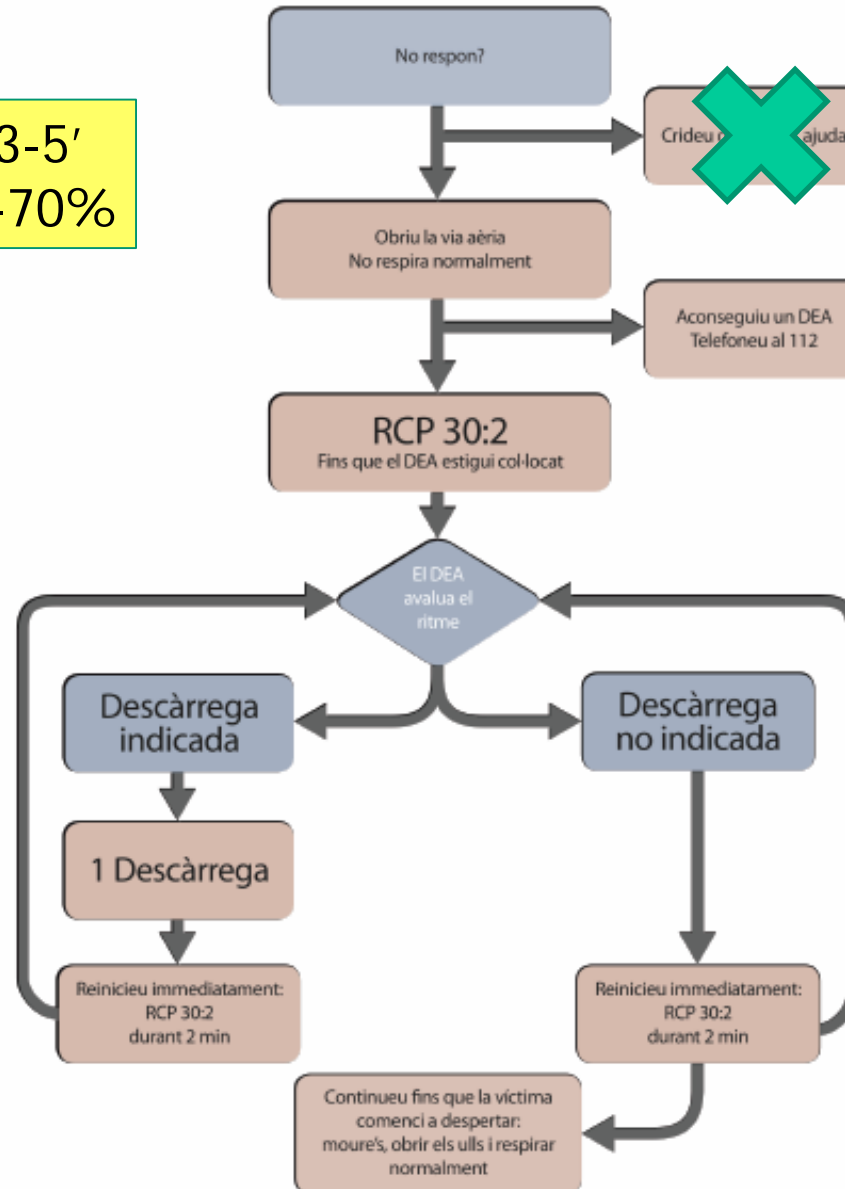
- Seguir les instruccions del DEA



2

Desfibril·lació Externa Automàtica

Desfibril·lació en 3-5'
↑ supervivència 50-70%



DEA: RECOMANACIONS

- Per seguretat no s'ha d'utilitzar el DEA a l'interior de vehicles en moviment i no s'ha de tocar la víctima en analitzar el ritme ni en realitzar la descàrrega
- El DEA utilitza ones bifàsiques i és extremadament segur: no té falsos positius i no recomana la descàrrega si no hi ha fibril·lació ventricular
- Dóna instruccions verbals i acústiques i pot gravar el so ambiental, actuant com un cronòmetre de RCP
- Disposa d'una targeta digital on es poden recollir totes les actuacions per a l'anàlisi posterior
- La bateria té 5 anys d'autonomia i els elèctrodes 3 (cal canviar-los després de cada ús)

Per a la víctima

- 1- Aplicar el D.E.A només a víctimes inconscients, i sense respiració normal
- 2- Secar la suor del tòrax per assegurar bon contacte dels electrodes i una correcta desfibril.lació
- 3- Retirar apòsits o pegats de la pell
- 4- Els elèctrodes que no estiguin correctament aplicats poden produir espurnes i cremades al tòrax.
- 5- Si detectem un generador de marcapasos o desfibril.lador intern (DAI) no aplicar la pala sobre el mateix (deixar una distància de 2,5 cm entre la pala i el generador).

Per al reanimador

1. No tocar la víctima quan es dóna la descàrrega.
"AVISAR"
2. No tocar objectes de metall en contacte amb el malalt durant la desfibril.lació
3. Si el malalt està envoltat d'aigua el posarem en un lloc sec abans de desfibril.lar

Es recomana portar guants

QUI POT UTILITZAR UN DEA?

- Personal mèdic quan no estigui ràpidament a l'abast un equip de S.V.A.: ambulatoris, CAP, centres sanitaris petits, ...
- Personal no mèdic entrenat:
 - Personal d'ambulàncies i SEM
 - Primers actuants: policia, vigilants, tripulació aèria de cabina, personal d'estacions de transport, ...



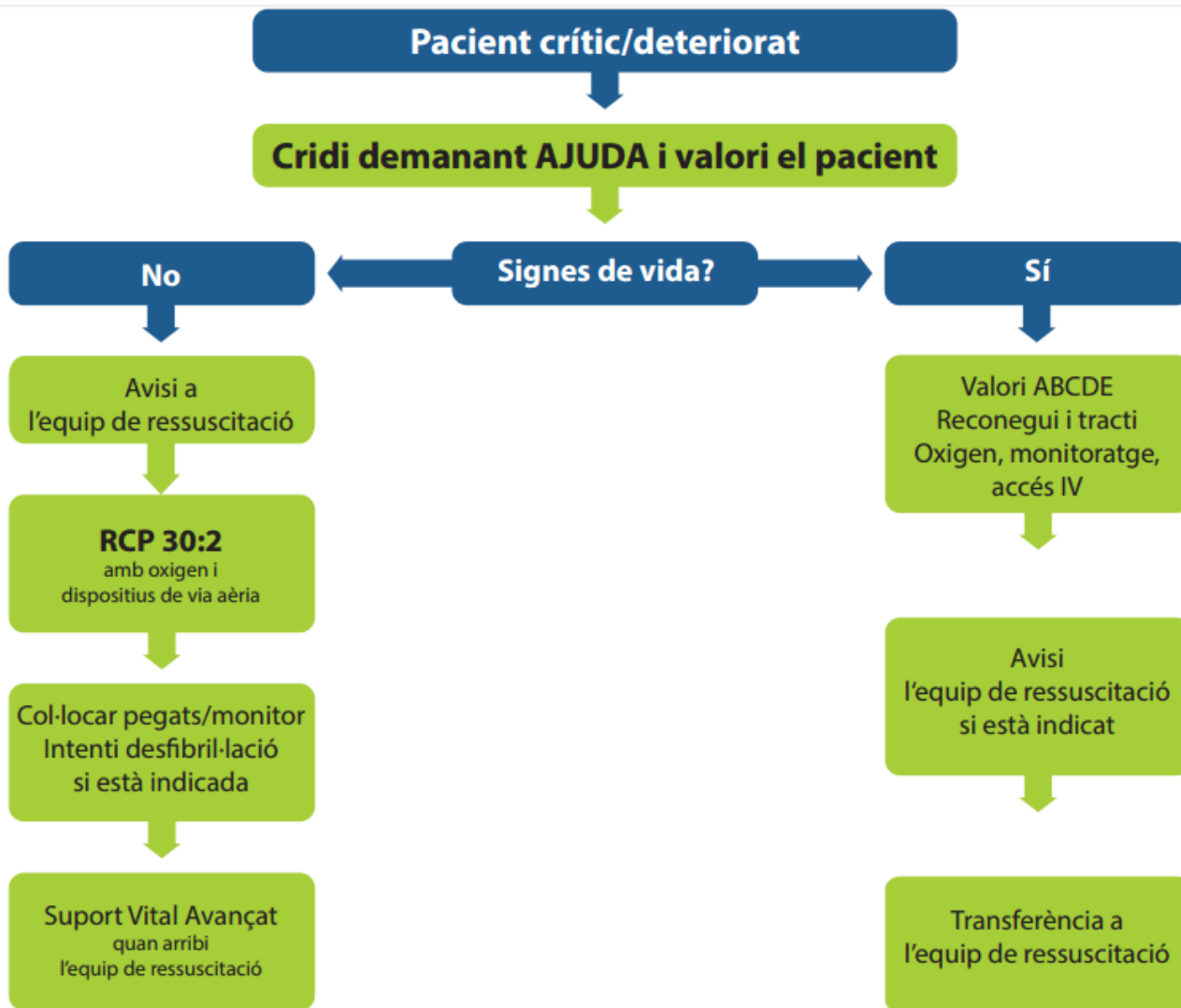
Decret 151/2012, de 20 de novembre, pel qual s'estableixen els requisits per a la instal·lació i l'ús dels desfibril·ladors externs fora de l'àmbit sanitari i per a l'autorització d'entitats formadores en aquest ús



3. SVA de l'adult

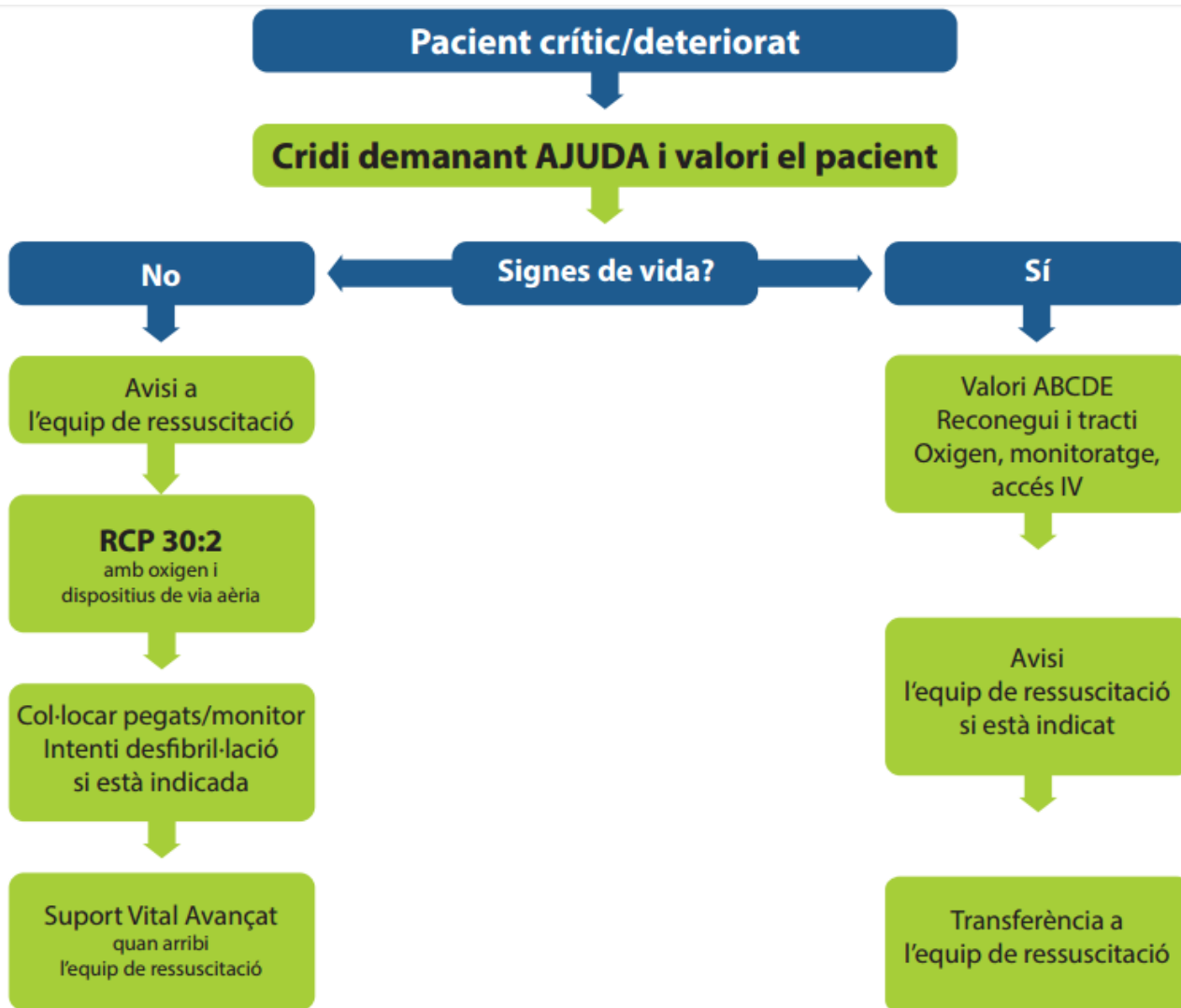
CCR

Consell Català
de Ressuscitació



CRITERIS ACTIVACIÓ EEM

Via aèria	Amenaçada
Respiració	Aturada respiratòria FR menor 5 o major 36 x'
Circulació	Aturada cardíaca FC menor 40 o major 140x' Tas menor 90 mmHg
NRL	Disminució brusca consciència Disminució més de punts Glasgow Convulsions repetides o continuades
Altres	Qualsevol pacient amb motius preocupació i que no encaixi amb criteris anteriors



SUPORT VITAL AVANÇAT

Valoració inicial

- **La víctima i l'equip han d'estar segurs**
- Valori si la víctima està conscient.
 - Decúbit supí (si és possible)
 - *Estímul verbal i motor. Respon? (Es troba bé?)*

Valoració via aèria i respiració

- **Obri la via aèria i valori la respiració (màxim 10 segons)**
- **Valori possibilitat de lesió a columna vertebral**
- Mantingui permeable la via aèria

Valoració circulació

- **Busqui signes de circulació (màxim 10 segons)**
 - **Si està entrenat busqui pols carotidi**, mentre valora simultàniament altres signes de vida.
 - Si sembla que no té signes de vida o té dubtes, **INICÍI RCP**

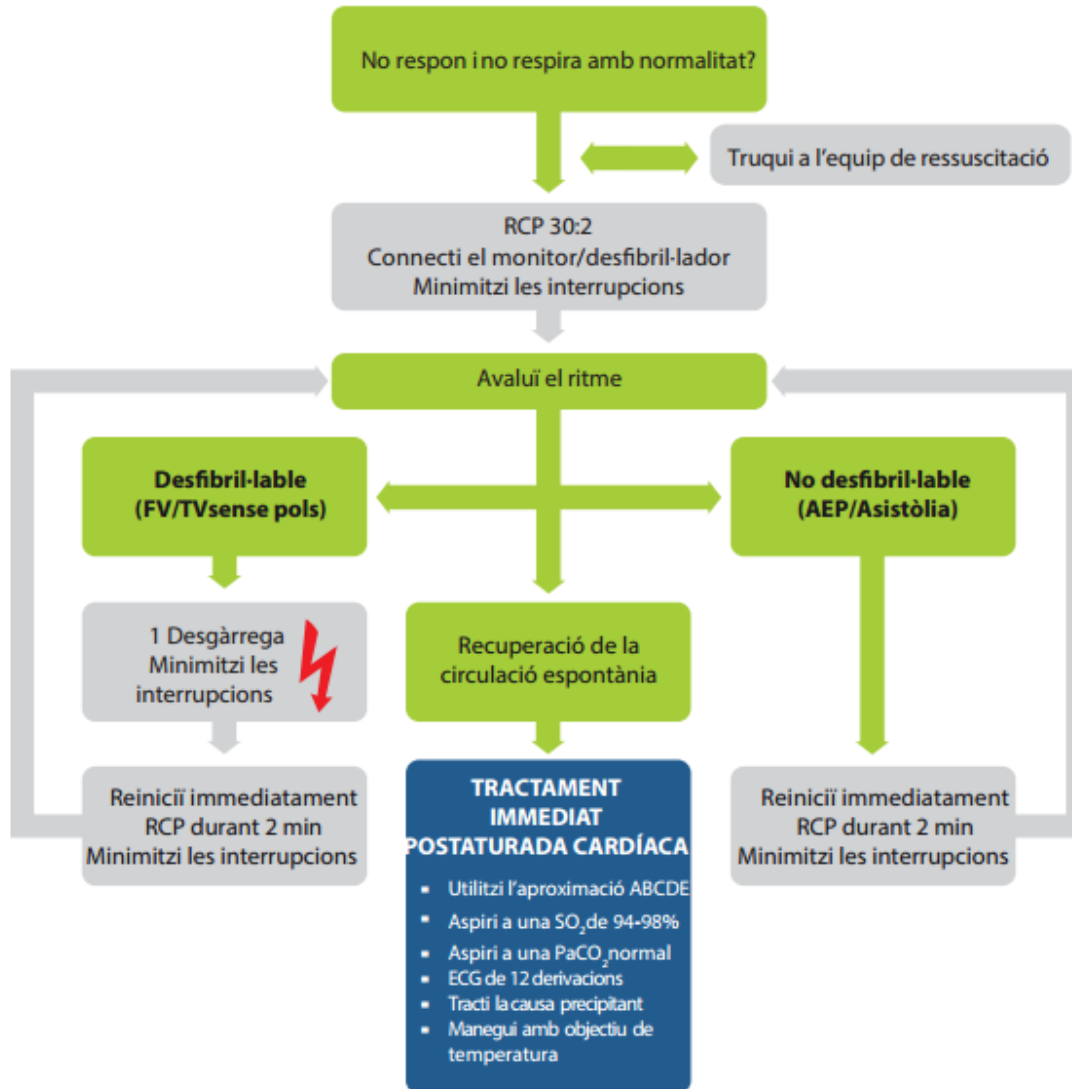
SUPORT VITAL AVANÇAT

PUNTS A TENIR EN COMPTE:

- **Iniciï 30 compressions toràciques** seguides de 2 ventilacions efectives
 - Durant el massatge **canvii cada 2 minuts**
- Ventilï el malalt amb les millors eines de que disposi
- Inverteixi 1 segon en cada ventilació i comprovi el moviment del tòrax
 - **Eviti la hiperventilació**
- Utilitzi **oxigen suplementari** tant aviat com sigui possible
- Mantingui la seqüència 30:2 fins que el pacient estigui intubat i en aquest cas continui amb compressions ininterrompudes
- **Eviti interrompre compresions en la mesura del possible**
- Cal aconseguir **FC: 100x' i FR 10x'**

- Busqui un **accés venós** per administrar medicació (adrenalina)
- **Monitorització**

SUPPORT VITAL AVANÇAT



SUPPORT VITAL AVANÇAT

DURANT LA RCP

- Aseguri compressions toràciques de gran qualitat
- Minimitzi interrupcions de les compressions
- Administri oxigen
- Utilitzi l'ona del capnograma
- Compressions continues quan s'hagi assegurat la via aèria
- Accés vascular (intravenós o intraossi)
- Administri adrenalina cada 3-5 min
- Administri amiodarona després de 3 descàrregues

TRACTAR LES CAUSES REVERSIBLES

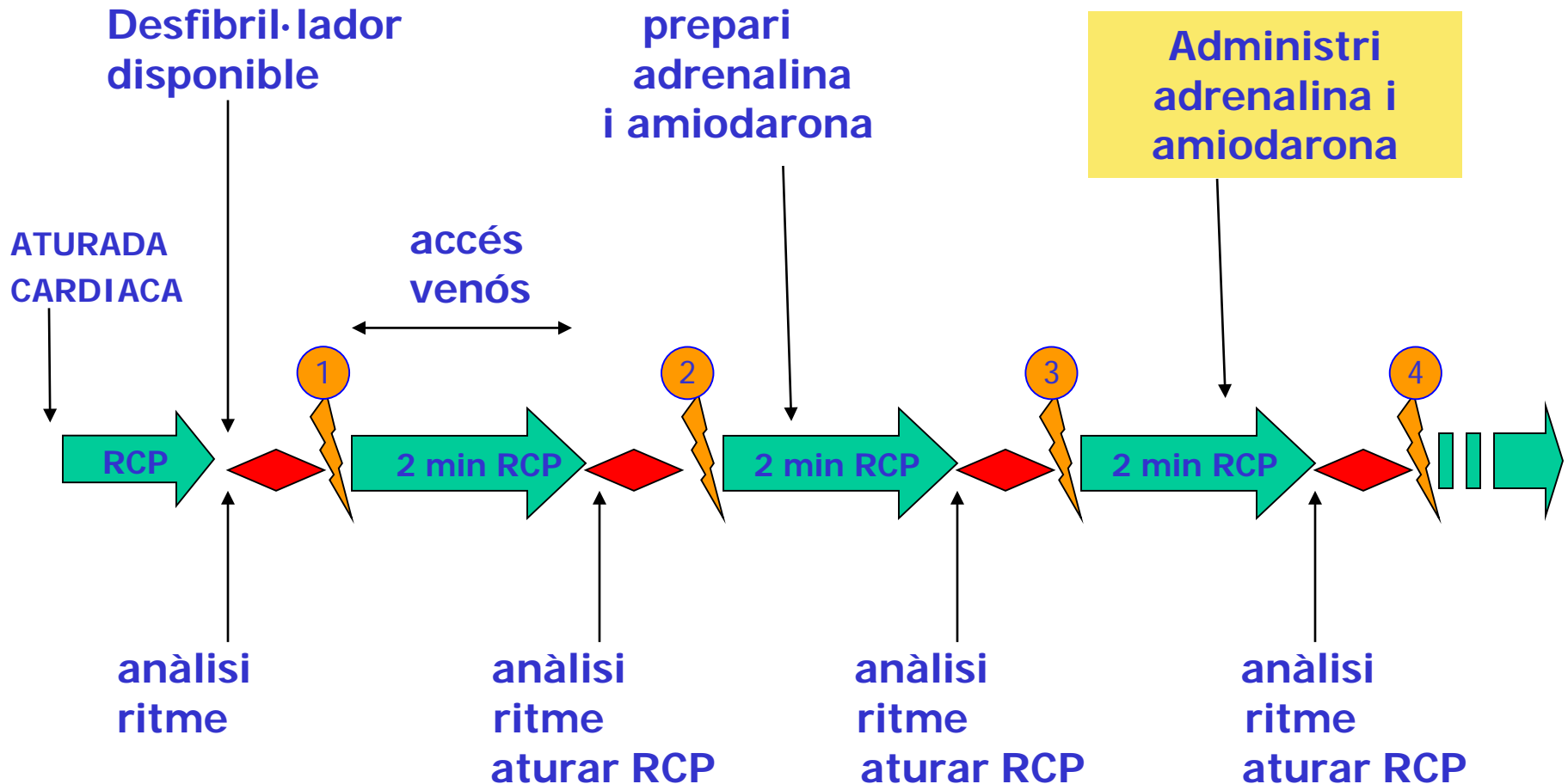
Hipòxia	Trombosi – coronària o pulmonar
Hipovolèmia	Neumotòrax a tensió
Hipo/hiperkalèmia	Tapament cardíac
Hipo/hipertèrmia	Tòxics

CONSIDERAR

- Ecografia
- Compressions toràciques mecàniques per facilitar trasllat/tractament
- Coronariografia o intervenció coronària percutània
- RCP extracorpòria

Algoritme d'actuació en el SVA

Ritmes desfibril·lables (FV/TVSP): Seqüència



SUPORT VITAL AVANÇAT

Persistència de FV

- Es considera que les **maniobres de RCP s'han de mantenir** mentre persisteixi la FV.
- **Si persisteix la FV** canviar la posició de les pales o pegats:
 - Posició biaxil·lar: una pala a cada lateral del tòrax
 - Una pala apical i la segona a l'esquena (part superior dreta o esquerra)
 - Una pala al precordi i l'altre sota l'escàpula esquerra

SUPORT VITAL AVANÇAT

- Tractar la VF/VT amb un sol xoc, seguit per la represa immediata de la RCP (30 compressions per 2 ventilacions). No revisar el ritme ni pols.
- Després de 2 minuts de RCP cal revisar el ritme i donar un altre xoc (si està indicat).
- La energia inicial recomanada per als desfibril·ladors bifàsics és de 150-200 J. Fer el segon i següents xocs a 150-200 J.
- La energia recomanada quan s'usen desfibril·ladors monofàsics és de 360 J tant en el xoc inicial com per als següents xocs.

Estrategia de la desfibril·lació

Estrategia de 3 xocs seguits:

- FV/TV durant cateterisme cardíac
- FV/TV en postoperatori de cirurgia cardíaca.
- FV/TV quan el pacient ja està connectat a un DF manual.

SUPPORT VITAL AVANÇAT

- **Ritmes no desfibril·lables**
(Assistòlia/Activitat elèctrica sense pols (AESP))
- AESP sovint té causes reversibles que cal detectar i tractar.

DURANT LA RCP

- Aseguri compressions toràciques de gran qualitat
- Minimitzi interrupcions de les compressions
- Administri oxigen
- Utilitzi l'ona del capnograma
- Compressions continues quan s'hagi assegurat la via aèria
- Accés vascular (intravenós o intraossi)
- Administri adrenalina cada 3-5 min

TRACTAR LES CAUSES REVERSIBLES

Hipòxia	Trombosi – coronària o pulmonar
Hipovolèmia	Neumotòrax a tensió
Hipo/hiperkalèmia	Tapament cardíac
Hipo/hipertèrmia	Tòxics

CONSIDERAR

- Ecografia
- Compressions toràciques mecàniques per facilitar trasllat/tractament
- Coronariografia o intervenció coronària percutània
- RCP extracorpòria

Algoritme d'actuació en el SVA

Ritmes no desfibril·lables

- **Iniciï RCP 30:2 durant 2 minuts**
 - Administri **adrenalina 1mg** en quant tingui accés vascular
Ja no es recomana l'atropina !
- Als 2 minuts reavaluar el ritme
 - Continui amb RCP si no hi ha canvis.
 - Si hi ha canvis canvï de branca al seguir l'algoritme
- Busqui **ones P a l'ECG (monitor)**. Si presència d'ones P pot utilitzar el **marcapàs transcutani**.
- Si té dubtes en el diagnòstic entre **FV fina i assistòlia**, tracti al pacient com un ritme no desfibril·lable. **NO DESFIBRIL·LI!**

SUPPORT VITAL AVANÇAT

NO RESPON ?

**Obre la via aèria
SIGNES DE VIDA**

ACTIVA EQUIP RCP

**RCP 30:2
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**

Durant la RCP:

- Corregeix causes reversibles
- Revalua elèctrodes
- Aconseguix: accés vascular via aèria i O₂
- No interrompis compressions a 100x' si via aèria segellada
- Dona adrenalina cada 3-5 min
- Considera:
amiodarona, magnesi

Causes reversibles

Hipòxia	Tensió Pneumotòrax
Hipovolèmia	Tapament cardíac
Hipo/hiper K	Tòxics
Hipotèrmia	Trombosis, TEP, IAM

CCR

MANEIG VIA AÈRIA

Consell Català

de Ressuscitació

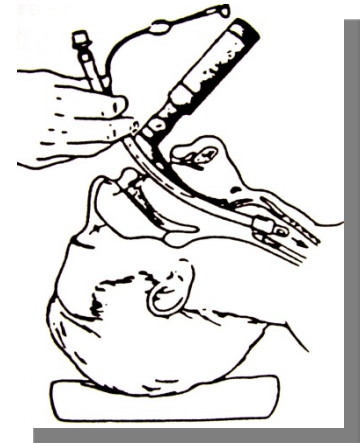
- ▶ Oxigenació: Administrar O₂ el més aviat possible
- ▶ Evitar hiperventilació: innecesària i nociva
- ▶ V_T : Evidenciar elevació del tòrax (500-600 ml)
- ▶ T inspiratori: 1 sg
- ▶ Evitar distensió gàstrica

Coordinar Compresió i Ventilació 30 : 2

INTUBACIÓ OROTRAQUEAL (IOT)

• Es la tècnica ideal per al manteniment de la via aèria i per aconseguir una adequada ventilació i oxigenació durant la reanimació.

- Oxigenació
- Ventilació
- Via aèria segellada
- Aspiració arbre traqueobronquial
- Administració de fàrmacs → **NO**

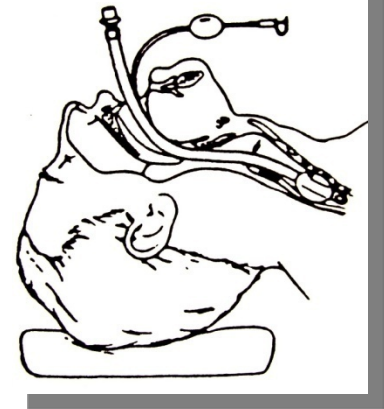
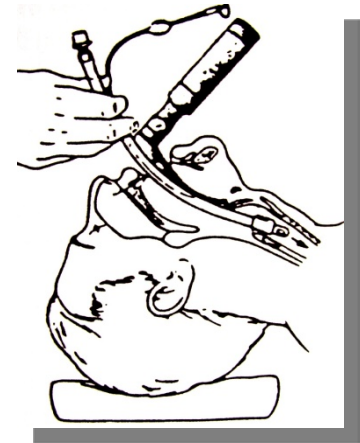


• Tècnica de difícil aprenentatge i alta morbiditat en mans no expertes. **!!!! NOMÉS PERSONAL EXPERT!!!!**

INTUBACIÓ OROTRAQUEAL (IOT)

- Es la tècnica ideal per al manteniment de la via aèria i per aconseguir una adequada ventilació i oxigenació durant la reanimació.

- Oxigenació
- Ventilació
- Via aèria segellada
- Aspiració arbre traqueobronquial



- Tècnica de difícil aprenentatge i alta morbiditat en mans no expertes. **!!!! NOMÉS PERSONAL EXPERT!!!!**

Intubació orotraqueal (IOT)

1. Només personal expert
2. No ha de retardar la desfibril·lació
3. Laringoscòpia sense detenir les compressions toràciques
4. T intubació < 20 sg.
5. F. respiratòria : 10 pm
6. Confirmar la correcta posició del TET
7. Fixació del TET (anotar la posició)
8. Fixació cervical (si trasllat)

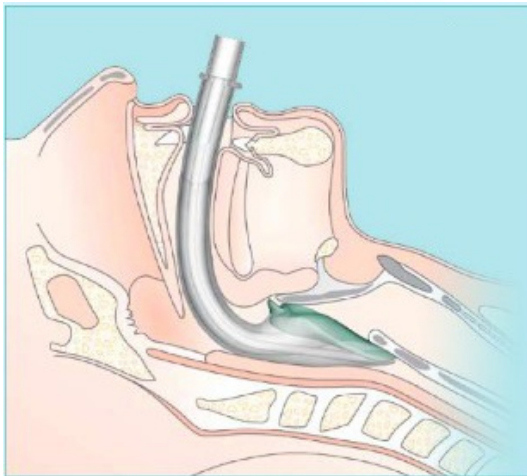


No necessitat de coordinar ventilació i compressions toràciques

Capnografia: Posició TET/ Qualitat RCP/ ROSC

ALTERNATIVES A LA IOT

- INDICACIÓ:
 1. Personal no expert en IOT
 2. IOT difícil o impossible
- Dispositius que es col.loquen a cegues
- Tècnica de més fàcil aprenentatge
- Necessitat d' experiència prèvia (entrenament)
- En mans expertes superiors a la mascareta facial i Ambú



ACCÉS VENÓS, FÀRMACS

CCR
Conseil Català
de Ressuscitació

No hi ha evidència de que l'ús rutinari de fàrmacs durant el tractament de l'ACR millori la supervivència a l'alta.

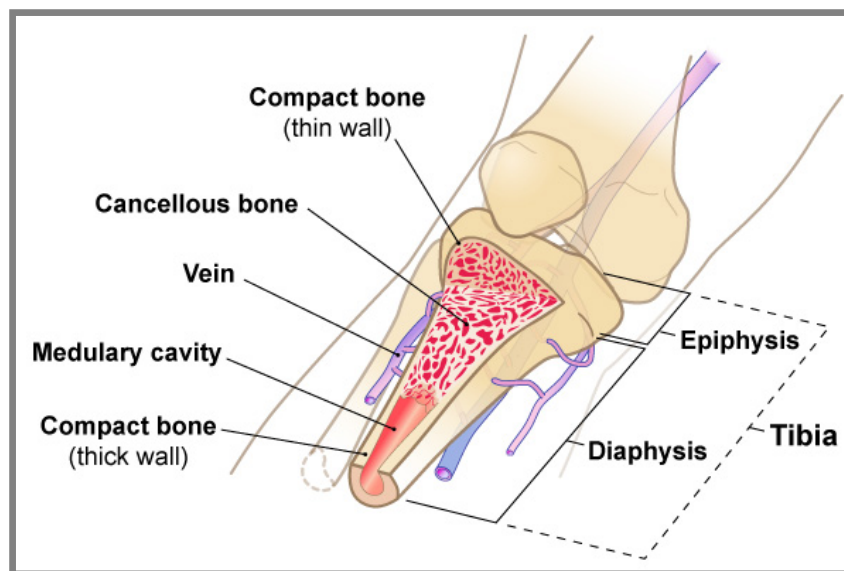
Malgrat això, les guies encara recomanen l'ús de fàrmacs (vassopresors, antiarítmics...), però subratllen la seva **IMPORTÀNCIA MENOR** en comparació amb la realització d'una RCP correcta i la desfibril.lació precoç.

Els accessos per a l'administració de fàrmacs no poden retardar ni entorpir una RCP correcta ni la desfibril.lació en cas de que estigui indicada

Vies d'administració

- **Intravenosa perifèrica : antecubital / iugular externa**

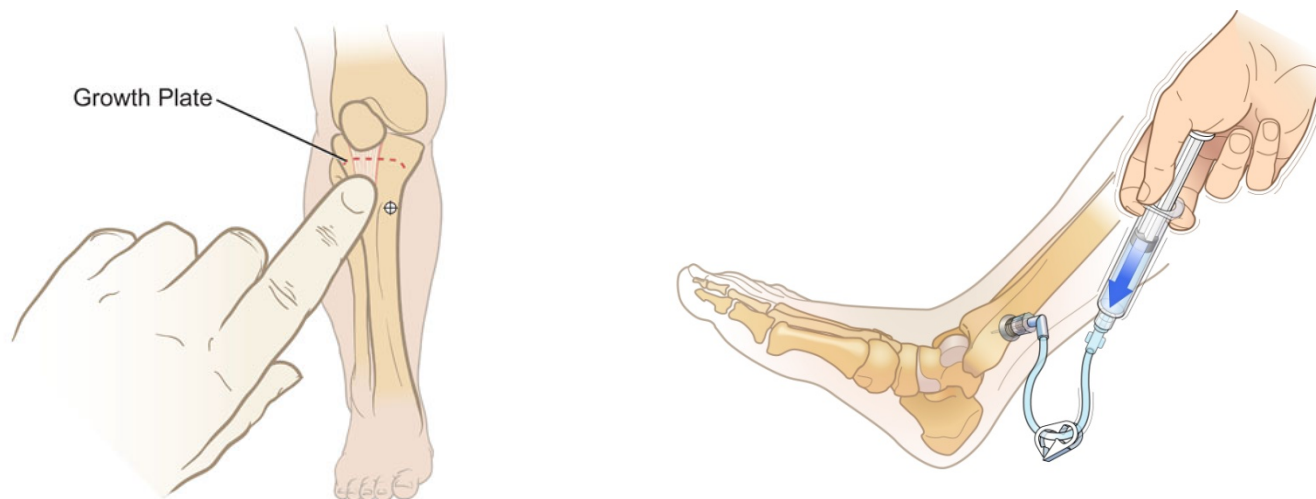
- **Intraòssia**



Milers de petites venes porten la sang de l'espai intramedul·lar a la circulació general

Accés intraossi

- Es pot administrar qualsevol medicament o líquid.
- Accés a circulació general tan ràpid com accés venós
- La infusió de grans volums pot precisar pressió per vèncer la resistència de les venes emissàries.
- L'administració de fàrmacs ha de seguir-se d'un bolus a pressió de 5 ml de solució salina.



- **Vasoconstrictors:** Adrenalina/Vasopressina
- **Antiarítmics:** Atropina (Descartada des de 2010)
Amiodarona
Lidocaïna
- **Alcalinitzants:** Bicarbonat sòdic
- **Altres:** Magnesi
Calci

Vasopresors: augmenten la perfusió cerebral i miocàrdica

- **Adrenalina:** segueix sent fàrmac de **primera elecció**
 - **Alfa adrenèrgic:** vasoconstricció, augment de la pressió de perfusió cerebral i miocàrdica, l'elevat fluxe sanguini cardíac manté i augmenta la morfologia de l'ona de FV.
 - **Beta adrenèrgic:** inotròpic/cronotròpic augmenten el fluxe sanguini cerebral i miocàrdic, tot i que poden augmentar el cosum d'oxigen, arítmies (sobretot en miocardi acidòtic) i hipoxèmia transitòria (shunt pulmonar AV)
 - **Indicada** si persisteix FV/TVSP després de 3 DF
 - **Dosi:** 1mg ev (3 mg ET diluida en 10ml) cada 3-5 minuts
- **Vasopressina:** hormona antidiurètica. Vasoconstrictor (ms lisa, receptors V1).
 - No hi ha resultats que demostrin avantatges respecte adrenalina

Antiarítmics:

- **Amiodarona:**

- Estabilitza la membrana cel·lular, augmenta la durada del potencial d'acció i el període refractari auriculoventricular.
- Té moderada acció inotròpica negativa (VD perifèrica). Pot provocar hipotensió (solvent Polysorbate 80)
- **Indicada** si persisteix FV/TVSP després de **3 DF**
- **Dosi:** 300mg en 20 ml de SG 5%, en ritmes desfibril·lables refractaris es pot administrar una segona dosi de 150 mg.
- Seguir amb una infusió de 900 mg/24h

- **Lidocaïna:** alternativa a l'amiodarona, **mai barrejar-les!!!**

- **Dosi: inicial** 1-1.5 mg/kg (aprox 100mg) , pot afegir un segon bolus de 50 mg si fos necessari (no excedeixi mai 3mg/kg la primera hora)

- **Sulfat de Magnesi:** present en sistemes enzimàtics, ATP, com neurotransmissor. Estimula la resposta del miocardi “adormit”, limita l’extensió de l’infart

- L’administració rutinària no augmenta supervivència
 - **Indicat:**
 - FV/TVSP refractària si hi ha sospita d’hipomagnessièmia (diurètics de nansa, hipokalièmia, hipofosfatèmia, hiponatrèmia)
 - Torsade de Pointes
 - Intoxicació digital
 - **Dosi:** 2 g ev (4ml (8mmol) de sulfat de Mg al 50%) es pot repetir en 10-15 min

- **Calci:** implicat en la contractilitat miocàrdica
 - **Indicat:** AESP causada per
 - Hiperkalièmia, hipocalcèmia
 - Sobredosi bloquejadors del canal del calci
 - **Dosi:** 10 ml de clorur càlcic al 10%, es pot repetir si fos necessari
 - Al PCR administrar ràpidament

- **Bicarbonat sòdic: No recomanat rutinàriament!**
 - Exacerba l'acidosis cel·lular, efecte inotròpic negatiu sobre miocardi, altera la corba d'alliberament de l'oxigen (a l'esquerra)
 - **Indicat:** PCR amb sospita d'hiperpotassèmia o intoxicació per antidepressius tricíclics (ADTC)
 - **Dosi:** 50 ml sol·lució al 1 molar (8.4%), es pot repetir en funció de la situació clínica i el resultat de gasometries.
 - Incompatible amb calci, precipita!!!

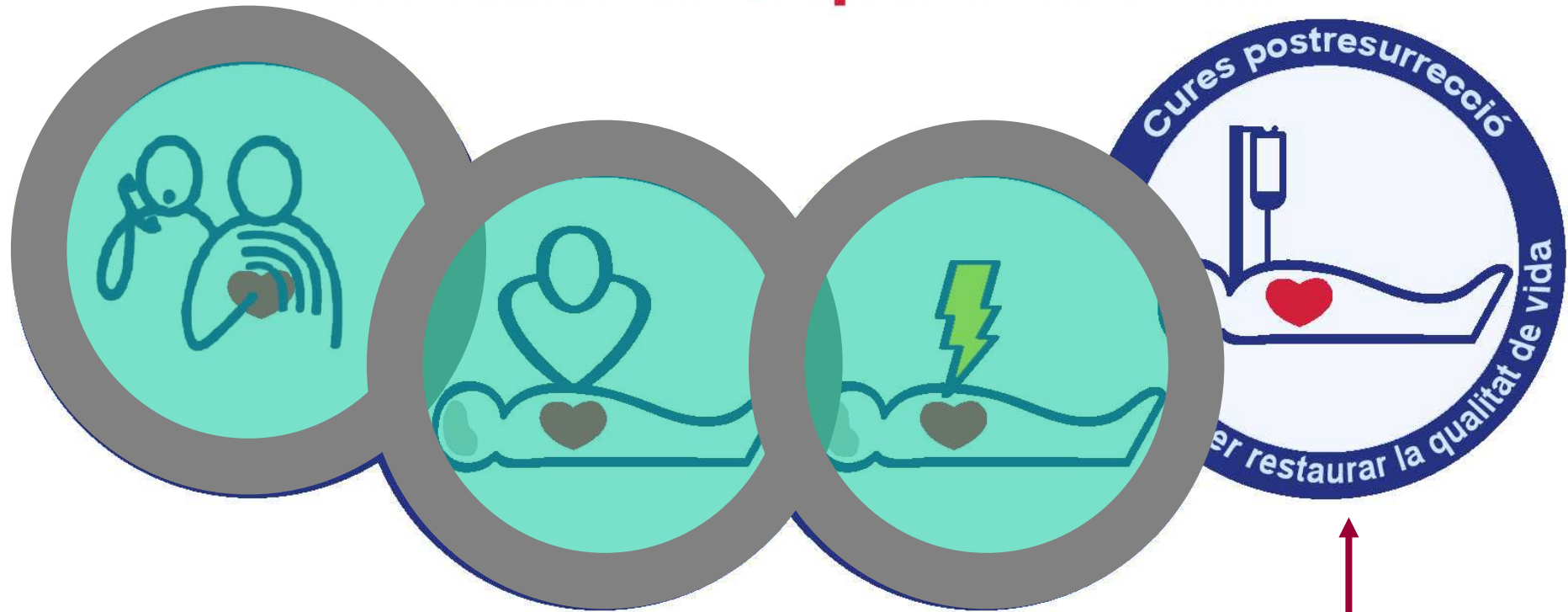
Tractament trombolític

- Considerar el tractament trombolític quan es pensi que l'AC de l'adult és deguda a un TEP sospitat o confirmat
- Una RCP en marxa no contraindica la trombòlisi
- S'ha de considerar el mantenir la RCP durant 60-90 minuts quan s'hagin donat trombolítics durant la RCP

Resum Principals canvis SVA 2015

- Compressions toràciques de gran qualitat
- Desfibril·lació en menys de 5 segons. Pegats autoadhesius
- Capnografia: Tub orotraqueal, qualitat RCP, retorn a la circulació espontània
- Maneig via aèria segons habilitats del rescatador
- Sense canvis en fàrmacs
- No ús rutinari de dispositius de compressions toràciques
- Ecografia periaturada: Causes reversibles
- Tècniques de suport vital extracorpori

Cadena de supervivència



CURES POST RESSUSCITACIÓ
PER MANTENIR QUALITAT DE VIDA

SÍNDROME POST ATURADA CARDÍACA

- Lesió cerebral
- Disfunció miocàrdica
- Resposta sistèmica d'isquèmia/reperfusió

- Persistència de la patologia precipitant

CAUSA DE MORT

- Fallida cardiovascular: Precoç
- Lesions neurològiques: Tardana

VIA AÈRIA

- Evitar hipoxèmia i hipercàpnia
- Evitar hiperoxèmia precoç
- Monitoritzar saturació d'oxigen.
- FiO₂ per obtenir Sat 94-98%

OPTIMITZACIÓ HEMODINÀMICA

- SCA: ICP després de RCE
- Estabilització hemodinàmica
 - Ecocardi precoç. Inotrópics?
 - DAI?

OPTIMITZACIÓ NEUROLÒGICA

Pressió arterial mitjana pròxima al seu nivell normal

Sedació i relaxació muscular

Control convulsions (33%)

Control glicèmia (180 mg/dl, 10 mmol/l. Evitar hipoglicèmies)

Control temperatura: Tractar hipertèmia i considerar hipotèrmia moderada

HIPOTÈRMIA MODERADA

- Adults amb RCE per aturada extrahospitalària amb un ritme inicial desfibril·lable
(Ritmes no desfibril·lables o aturades intrahospitalàries??)
- Inici precoç
- Temperatura 32-36°C durant 24h
- Re-escalfament lent 0,25-0,5 °C/h

CAS CLÍNIC

Sou dos amics que esteu al mig de la muntanya, i de sobte ,us trobeu un excursionista atemorit que crida si us plau si el podeu ajudar. El seu amic s´ha desplomat a terra fa 2 min. I ell no sap què fer.



1. Hi ha perill?

2. VALORACIÓ NIVELL DE CONSCIÈNCIA

Cridar, Sacsejar espatlles

INCONSCIENT

3. OBRIR VIA AÈRIA I VALORAR RESPIRACIÓ

Mirar, sentir (no > 10 sg.)

No RESPIRACIÓ

4. ACTIVACIÓ SEM

112

5. INICI RCP

30 compressions i 2 ventilacions

alternar cada 2 min.

No valorar pols

Fins quan?

Als 15 min arriba el SEM amb un DEA, 02, i Ambú

- 1.- CONTINUAR RCP
- 2.- CONECTAR DEA
- 3.- DETENIR RCP QUAN FA ANÀLISI DE RITME

DESCÀRREGA INDICADA

- 4.- PRÈMER EL BOTÓ DE DESCÀRREGA (assegurar que ningú toca el malalt). Seguir instruccions DEA
- 5.- REINICIAR RCP (30 compressions i 2 ventilacions amb 02 i Ambú)

6. Als dos minuts: detenir maniobres per a l'anàlisi del ritme cardíac

DESCÀRREGA NO INDICADA

7. VALORACIÓ de la víctima

Obrir via aèria i valorar respiració

RESPIRA

Valorar consciència

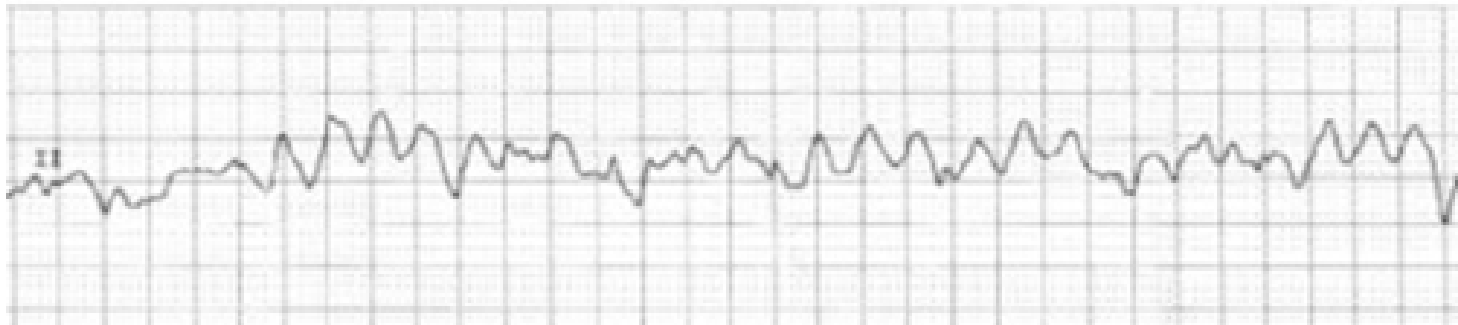
INCONSCIENT

8. POSICIÓ LATERAL DE SEGURETAT.

Reavaluació (Clínica i DEA)

CAS CLÍNIC

Malata de 60 anys, diabètica, ingressada a la Unitat Coronària per angina inestable i monitoritzada presenta aturada cardíaca presenciada per metge i infermera



1. VALORACIÓ NIVELL DE CONSCIÈNCIA,
RESPIRACIÓ i SIGNES DE VIDA

Cridar, Sacsejar espatlles, obrir via aèria

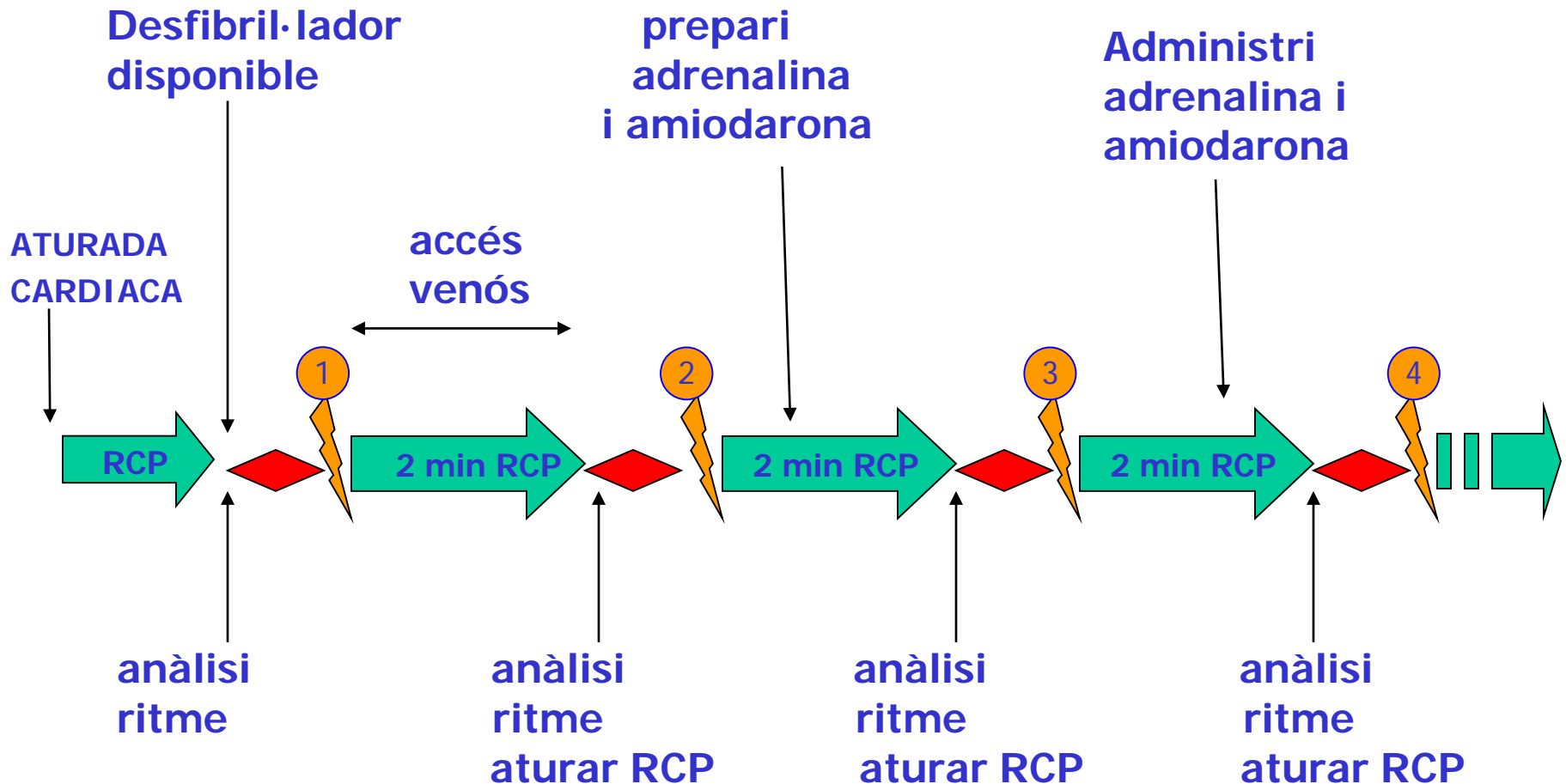
INCONSCIENT

No RESPIRA, NO SIGNES DE VIDA

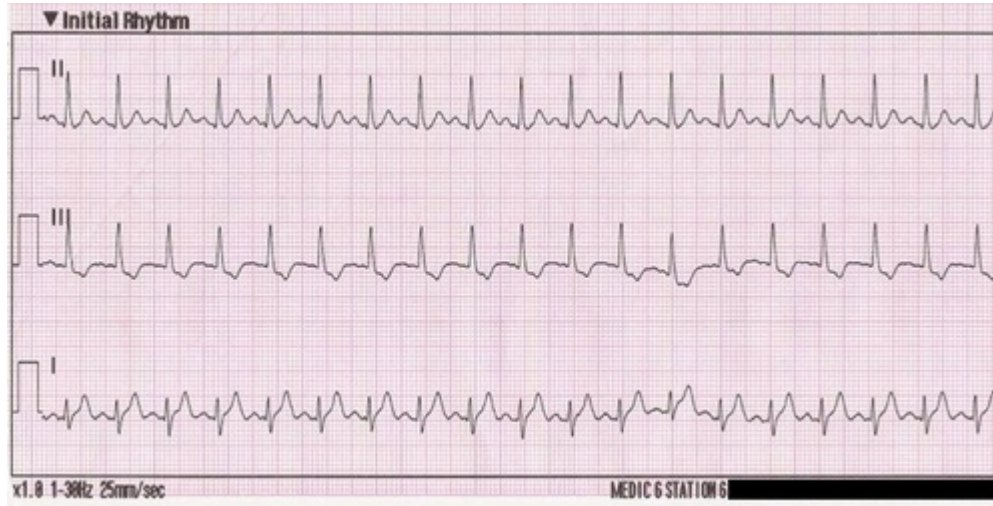
2. Cridar per demanar un desfibril.lador
3. Desfibril.lació (150 J)
4. Seqüència RCP 2 min- valorar ritme – DF
Fàrmacs quan? Quins?

Algoritme d'actuació en el SVA

Ritmes desfibril·lables (FV/TVSP): Seqüència



5. Després 3 DF i fàrmacs



6. Mirar pols i TA

Fc 150 pm, TA: 110/68

7. Valorar ventilació i consciència

Respira i cte

8. Fer ECG

CAS CLÍNIC

Home de 70 anys, HTA i DM, amb antecedents de C. Isquèmica, visitat a urgències per dispnea, dolor toràcic i febre. Diagnosticat de procés pneumònic i IRA (gasometria amb hipoxèmia i hipercàpnia). Resta en un box d'urgències per manca de llits. En un moment l'infermera entra al box però el malalt no respon.



1. VALORACIÓ NIVELL DE CONSCIÈNCIA

Cridar, Sacsejar espatlles

INCONSCIENT

2. OBRIR VIA AÈRIA I VALORAR RESPIRACIÓ

Mirar, sentir (no > 10 sg.)

No RESPIRACIÓ

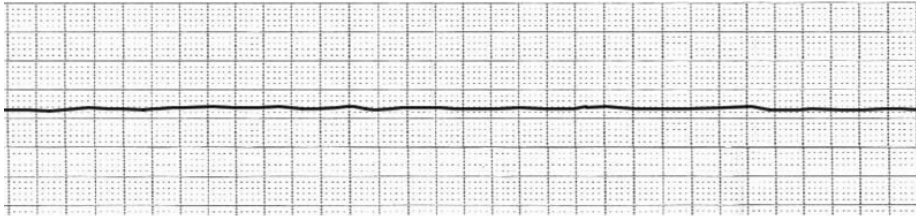
3. VALORACIÓ CIRCULACIÓ

Signes de circulació ± pols carotidi

No CIRCULACIÓ

4. INICIAR RCP: VENTILACIÓ I OXIGENACIÓ +
COMPRESSIONS TORÀCIQUES (30:2)

5. MONITORITZACIÓ



ASISTÒLIA

6. ASSEGURAR ADEQUADA VENTILACIÓ I
OXIGENACIÓ: IOT

7. ADRENALINA 1 MG / 3 -5 min

8. CONTINUAR SEQÜÈNCIA :

2 MIN RCP (30:2)- AVALUAR RITME

MOLTES
GRÀCIES!!