

**SOPORTE VITAL AVANZADO**

**Dr. Santiago Tamarit Jaroslowsky**  
Médico SAMU. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

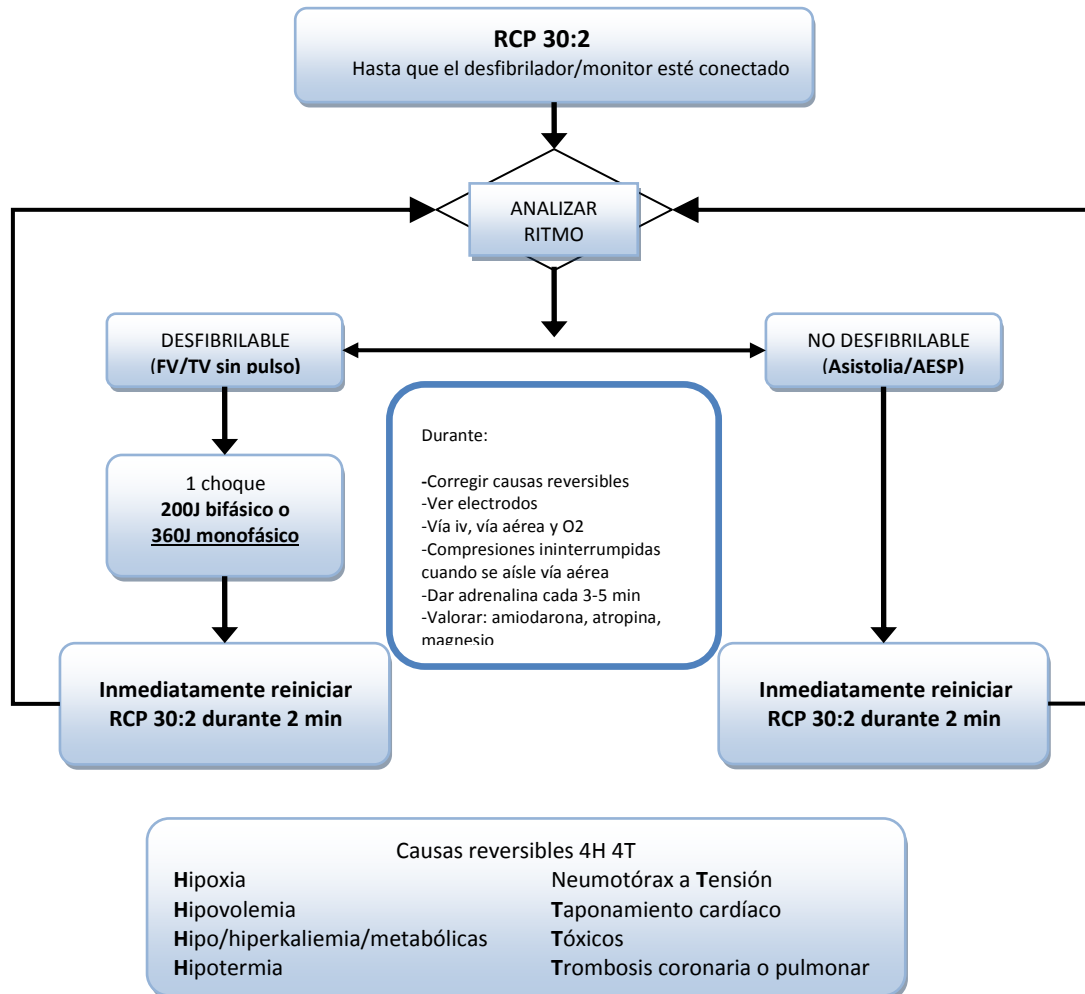
**Parada CardioRespiratoria (PCR):** Interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la respiración y la circulación espontáneas.

**Soporte Vital:** Conjunto de técnicas encaminadas a mantener abierta la vía aérea y reemplazar primero y reinstaurar después la respiración y circulación espontáneas, siempre y cuando existan posibilidades razonables de recuperar las funciones cerebrales superiores. Puede ser básica (sin ningún equipamiento) o avanzada (instrumentalizada).

**RCP:** Compresiones torácicas combinadas con inspiraciones de rescate.

**PASOS A SEGUIR**

- 1) **EVITAR PCR:** Vigila signos que indiquen PCR inminente: ritmos periparada, claudicación respiratoria, shock, déficits neurológicos...
- 2) **RECONOCER PCR (Ver, oír y sentir):** Paciente inconsciente (no responde), que no respira (apnea) y no tiene pulso (carótidas, femoral). No debe llevarnos más de 10 seg.
- 3) **PEDIR AYUDA**
- 4) **APERTURA VÍA AÉREA Y PERMEABILIZACIÓN DE LA MISMA:** poner a la víctima sobre su espalda y abrir la vía aérea mediante la extensión de la cabeza y elevación del mentón (maniobra frente-mentón), y aplicación de cánula de guédel o tubo de mayo. Retirar cuerpos extraños si se observan.
- 5) **ACTITUD EN PARADA PRESENCIADA:** En estos casos la primera opción es aplicar las palas de un monitor desfibrilador y administrar un choque de 360J si el ritmo es desfibrilable (Fibrilación Ventricular y Taquicardia Ventricular Sin Pulso). Posteriormente iniciamos el bucle del punto 6.
- 6) **ACTITUD EN PARADA NO PRESENCIADA O DE MÁS DE 5 MINUTOS:**



**CONSIDERACIONES DEL ALGORITMO**

- **COMPRESIONES:** apoya el talón de una mano 2 dedos sobre el manubrio esternal y encima pon la otra.
  - ¡¡¡ Importante → SOBRE SUPERFICIE DURA!!!
  - A ritmo de 30 compresiones hasta aislar vía aérea. Luego ininterrumpidamente a 100 por minuto.
- **VENTILACIÓN:**
  - Primero con mascarilla y balón autoinflable (Ambú) conectado a una fuente de O<sub>2</sub> y con reservorio. A ritmo de 2 insuflaciones que eleven tórax cada 30 compresiones hasta aislar vía aérea.
  - Luego ininterrumpidamente a 10 por minuto. La ventilación mecánica evita cansancio y deja las manos libres.
- **AISLA LA VÍA AÉREA:** mediante intubación orotraqueal (IOT).
  - Evita inflado gástrico con posterior vómito y posible aspiración.
  - Permite ventilación continua.
  - Hiperventila antes, interrumpe masaje para intubar, en un periodo de tiempo máximo de 30 seg.
  - Si no consigues intubar inicia compresiones y ventila con mascarilla. Puede ser útil la maniobra de Schelig (presión sobre cricoides).
- **MONITORIZACIÓN:** En cuanto puedas monitoriza ritmo, pulsioximetría y TA (por este orden).
- **DESFIBRILADOR:**
  - Si el ritmo es desfibrilable aplica un choque de 360J.
  - Si es una TV con QRS reconocibles, el choque debe ser sincronizado (riesgo de pasar a FV).
- **VÍAS:**
  - La periférica es la de elección en la parada. Intenta tener 2 al menos, y con el catéter de mayor diámetro que se pueda.
  - Si no puedes coger una vía, se pueden administrar fármacos por vía endotraqueal
  - IMPORTANTE LAVAR VIA TRAS ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS.
- **DROGAS:**
  - **Adrenalina:** después del O<sub>2</sub> es el fármaco principal de la parada.
    - En los ritmos no desfibrilables administra 1 mg en bolo en cuanto tengas vía, seguido de lavado de la misma con Suero Fisiológico (SF).
    - En los desfibrilables antes del 3er choque.
    - Por vía endotraqueal 2-3 mg diluida en SF.
    - Se puede administrar una dosis cada 3-5 min.
  - **Amiodarona:** antes del 4º choque. 300 mg en bolo lento.
  - **Atropina:** en asistolia (por si fuera una bradicardia extrema). Hasta 3 mg IV.
- **CORREGIR CAUSAS REVERSIBLES.**

**FIN DE LA RCP**

- **Presenta pulso y respira espontáneamente:** reevalúa constantemente e intenta evitar nueva PCR corrigiendo desencadenantes.
- **Presenta pulso y no respira:** reevalúa pulso con frecuencia y mantén ventilación a 10 por minuto.
- **¿Tiempo máximo?:** valorar condiciones de la parada, viabilidad del sujeto...

**CONSIDERACIONES GENERALES**

- **El papel del médico:** Su objetivo principal es el de dirigir el SVA: controlar la vía aérea, evaluar el paciente, dar órdenes. De él depende que la RCP no sea un caos.
- **Un médico nervioso guiará mal la parada.**
- **Se imaginativo:** muchas veces surgen imprevistos (ej: si no puedes intubar ventila con mascarilla).
- **Aprende de los errores, le puede salvar la vida a otra persona.**