

Técnicas de RCP

1. Permeabilidad de la vía aérea.
2. Intubación orotraqueal (IOT).
3. Masaje cardiaco.
4. Vías de administración de fármacos.
5. Fármacos.
6. Protocolos específicos.
7. Otros procedimientos.

Permeabilidad de la vía aérea.

Colocar el paciente en decúbito supino sobre una superficie dura.
Hiperextensión de la cabeza y tracción del mentón junto con abertura de la boca.

Retirada de prótesis dentales y cuerpos extraños de la boca.

Introducción de una cánula de Guedel (tubo de Mayo).

Aspiración de las secreciones con sonda.

Conectar el Ambú al flujo de oxígeno (10 - 12 litros x minuto).•La frecuencia de ventilación será de 20 insuflaciones por minuto, con una relación inspiración/expiración de 1:2.

Con estas maniobras empezamos a ventilar al paciente en espera de la IOT .

Maniobra frente-mentón



Maniobra de elevación mandibular (paciente traumático)

Elevar el mentón, manteniendo alineado el cuello: No hiperextensión



Medida de la cánula orofaríngea

Desde el ángulo de la mandíbula hasta la comisura bucal.



Colocación de la cánula

Entrar la cánula con la parte cóncava hacia el paladar superior.



Girar la cánula 180° e introducirla sin forzar.



Posición de la mascarilla facial

- Ponerla sobre la cara; la parte estrecha sobre la nariz.



Ventilación con mascarilla-bolsa autoinchable

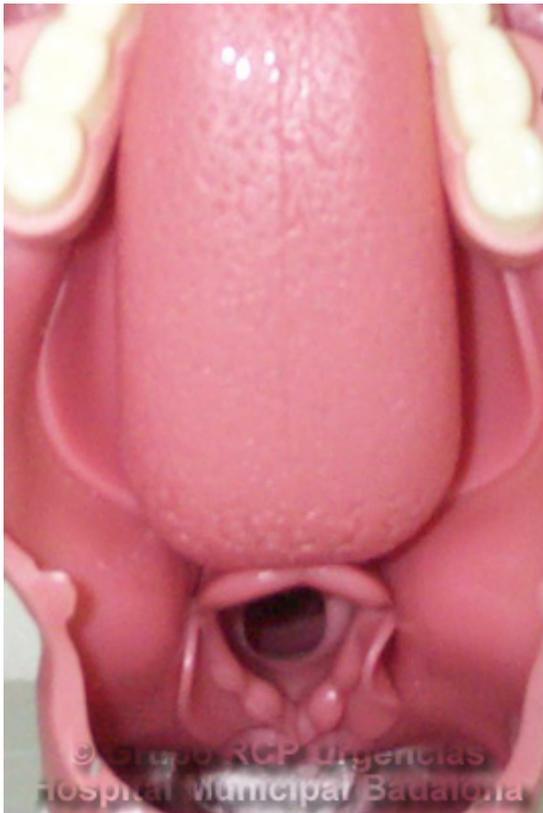
El pulgar sobre la nariz y el índice en la parte inferior de la mascarilla; los otros 3 dedos aguantarán y elevarán la mandíbula.



Intubación orotraqueal (IOT)

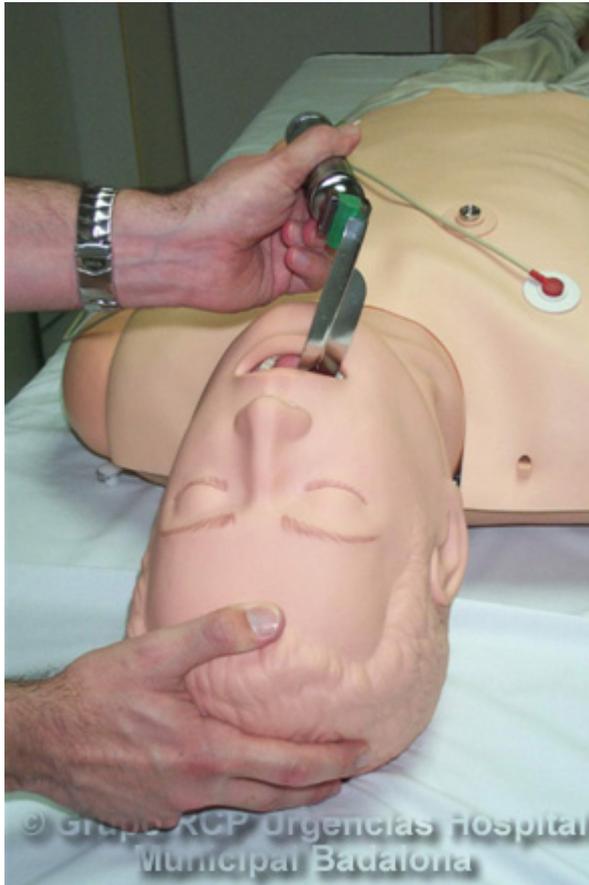
- Es la mejor técnica para garantizar una adecuada ventilación y aportación de oxígeno.
- Se previene la distensión gástrica y el aspirado pulmonar.
- Podemos administrar fármacos por el árbol bronquial.
- El tiempo máximo para realizar la IOT será de 30 segundos; si no se consigue en este tiempo deberemos volver a ventilar con Ambú antes de realizar un nuevo intento.
- Materiales:
 - laringoscopio de palas curvas.
 - tubos endotraqueales nº 7 - 8,5 (con o sin fiador).
 - jeringa de 10 cc (para hinchar el pneumotaponamiento).

Detalle de la laringe



Visualización del punto de acceso para la intubación orotraqueal.

Técnica de intubación



Con la mano izquierda cogemos el laringoscopio y mantenemos la lengua fuera de la línea de visión de manera que podamos visualizar mejor la laringe.





Con la mano izquierda cogemos el laringoscopio e intentamos visualizar la epiglotis, sin hacer palanca con los dientes.
Con la mano derecha cogemos el tubo endotraqueal.

Con la mano derecha introducimos el tubo endotraqueal y avanzamos a través de la cavidad oral hasta las cuerdas vocales, sobrepasándolas.





Después de colocar el tubo endotraqueal, se tiene que hinchar el pneumotaponamiento con una jeringa de 10cc llena de aire.

Masaje cardiaco

- Debe hacerse siempre sobre una superficie dura.
- Zona de compresión: 2 dedos por encima de la punta esternal.
- Manos entrecruzadas y brazos completamente en extensión.
- El masaje se realiza con el talón de la mano, la cual no abandonará nunca la superficie del tórax.
- La compresión será perpendicular al esternón, deprimiéndolo de 4 a 5 cm.
- Relación compresión/descompresión: 1/1.
- Relación ventilación/masaje cuando el paciente no está intubado:
 - 2 ventilaciones por cada 15 compresiones.
- No hay relación entre la ventilación y el masaje cuando el paciente está intubado.
- Frecuencia del masaje: 80 – 100 x minuto.

Técnica de las compresiones torácicas

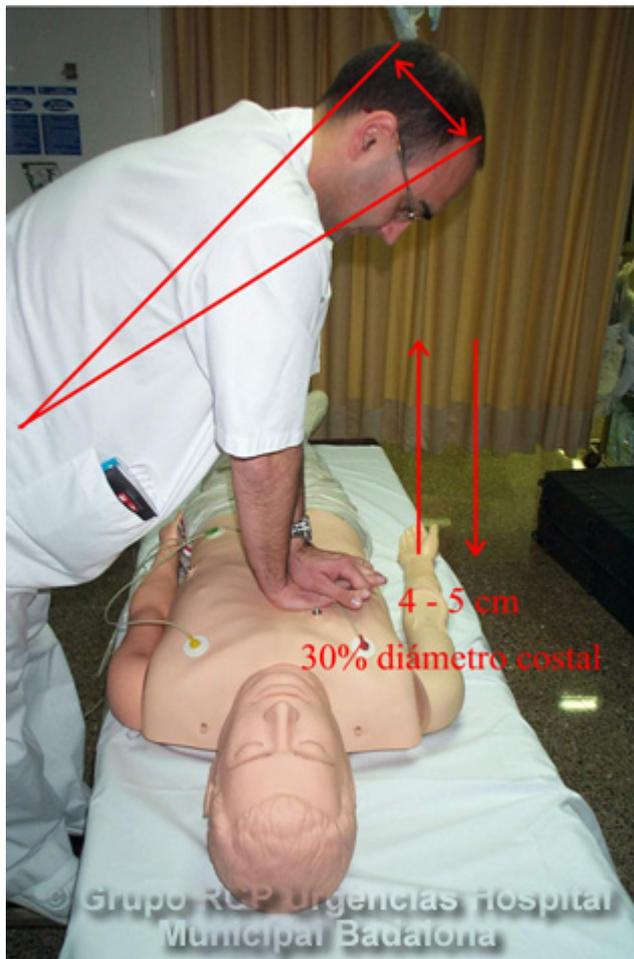


El punto del masaje se localiza 2 dedos por encima del apófisis xifoide.



Se coloca el talón de una mano sobre esta zona.

La otra mano se entrecruza con los dedos de la mano que toca el pecho.



Los brazos del reanimador deben estar totalmente rectos y perpendiculares al cuerpo del paciente. En cada compresión deprimiremos el tórax de 4 a 5 cm.

Reanimación cardiopulmonar

Técnica de ventilación y masaje cardiaco combinados.



Vías de administración de la medicación

Vía venosa periférica:

- Lo mejor es conseguir una que no interfiera con las maniobras de RCP (preferentemente la vena antecubital).
- Las vías por debajo del diafragma no son efectivas.
- La medicación administrada debe ser impelida con una embolada de SF y con la elevación de la extremidad.

Vía endotraqueal:

- Util cuando no se dispone de otra vía.
- La dosis tiene que ser el doble-triple de las EV.
- La medicación tiene que diluirse en SF (máximo 10 cc) y después hacer 5 insuflaciones para favorecer la absorción.
- Sólo pueden utilizarse por esta vía:
 - Adrenalina
 - Atropina
 - Naloxona
 - Lidocaina

Administración de la medicación endovenosa



- La vía venosa periférica es la de elección.
- Siempre vías por encima del diafragma.
- Su colocación NO debe interferir en las otras maniobras de reanimación.

Después de la administración del fármaco se levanta el brazo al mismo tiempo que se administra un bolus de SF, para que llegue a la circulación central.



Drogas

Adrenalina:

- Ampollas de 1mg/1ml.
- Es el fármaco de elección en todas las situaciones.
- No hay límite de dosis.
- Administrar 1mg cada 2 - 3 minutos.
- Si no hay respuesta, se prueba una megadosis de 5 mg IV (5 amp).

Atropina:

- Ampollas de 1mg/1ml.
- Sólo se utiliza en situación de asistolia, en dosis única de 3 mg (3 amp).

Amiodarona:

- En caso de fibrilación ventricular refractaria.
- Viales de 150 mg en 3 ml.
- Dos viales (300 mg) disueltos en 20 ml de suero glucosado en bolus, por vía periférica.

Lidocaina:

- Se presenta en viales al 2% (200 mg en 10 ml) y suero al 0.4% (2 g en 500 cc).
- Solo se utiliza en caso de fibrilación ventricular.
- Administrar un bolus inicial de 100mg IV (1/2 amp) y después pasar a la perfusión.

Bicarbonato sódico 1M:

- Vial de 10 mEq por 10 ml que SOLO se administrará cuando:
 - el pH arterial es menor a 7,1.
 - en caso de hiperpotasemia.
 - sobredosis por antidepresivos tricíclicos.
 - paro cardíaco prolongado, más de 20 minutos.

Naloxona (Naloxone®) viales de 0,4 mg / 1 ml.

- Administrar ante la sospecha de sobredosis por heroína u otros opiáceos.
- Dosis: 1 - 2 amp cada 5 min (máximo 6 ampollas).
- Prevención de la depresión respiratoria: perfusión de 3 amp en 250 ml de SF, a ritmo según respuesta clínica.

Flumazenil (Anexate®) viales de 0,5 mg / 5 ml.

- En intoxicaciones por benzodiacepinas.
- Dosis inicial: 1/2 amp EV cada 1 min (máximo 4 amp).
- Si no hay recuperación de la conciencia: perfusión de 4 amp en 500 ml de SF, a ritmo según respuesta del paciente.

Algoritmo soporte vital avanzado

