

## Taquicardia y fibrilación ventricular

- Son los trastornos del ritmo más frecuentes en el paro del adulto (muerte súbita).
- Primero empieza la taquicardia sin pulso y después pasa a fibrilación ventricular (FV).
- Inicialment golpe precordial en región esternal media y después desfibrilación eléctrica.

### Desfibrilación

- Siempre será la primera maniobra antes de la intubación.
- Hay que retirar los parches o geles de nitroglicerina del paciente.
- Poner siempre pasta conductora en las palas; estas tienen que estar en contacto firme con el tórax.

### Golpe Precordial

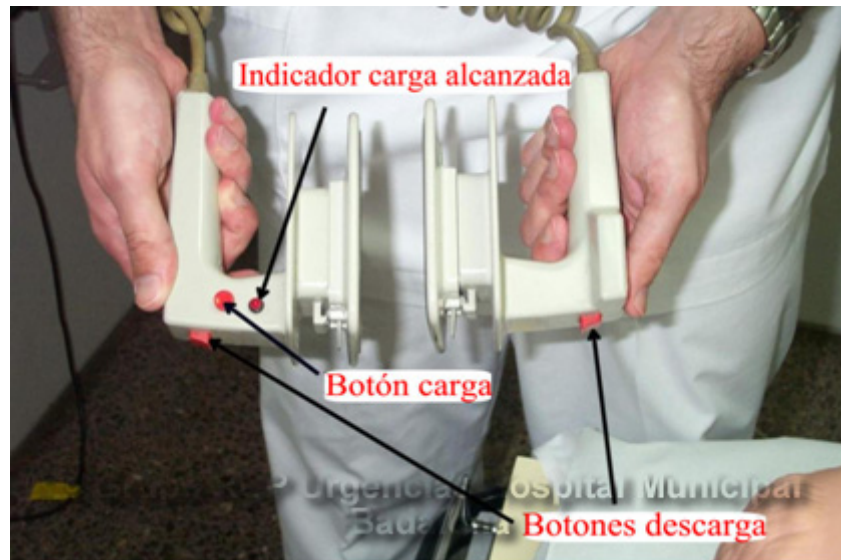
Se realizará en la zona esternal media y siempre que el paciente esté monitorizado o presenciemos el paro.



- Una pala se coloca en el ápex cardíaco y la otra en la zona pectoral derecha.
- La polaridad de las palas no tiene importancia, pero en FV refractarias tendríamos que considerar cambiar su posición.
- El desfibrilador se carga con el botón rojo de una de las palas.
- Avisar que el resto de personal se aparte del paciente.
- Apretar simultaneamente los botones de las dos palas.

- Secuencia recomendada: 200 J, 200 J, 360 J (sin retirar las palas del tórax) y a partir de aquí todas serán de 360 J.
- Comprobar el ritmo después de cada descarga, buscando el pulso y el trazado en el monitor; si no es así, volver otra vez.

### Palas del desfibrilador



### Técnica de desfibrilación externa

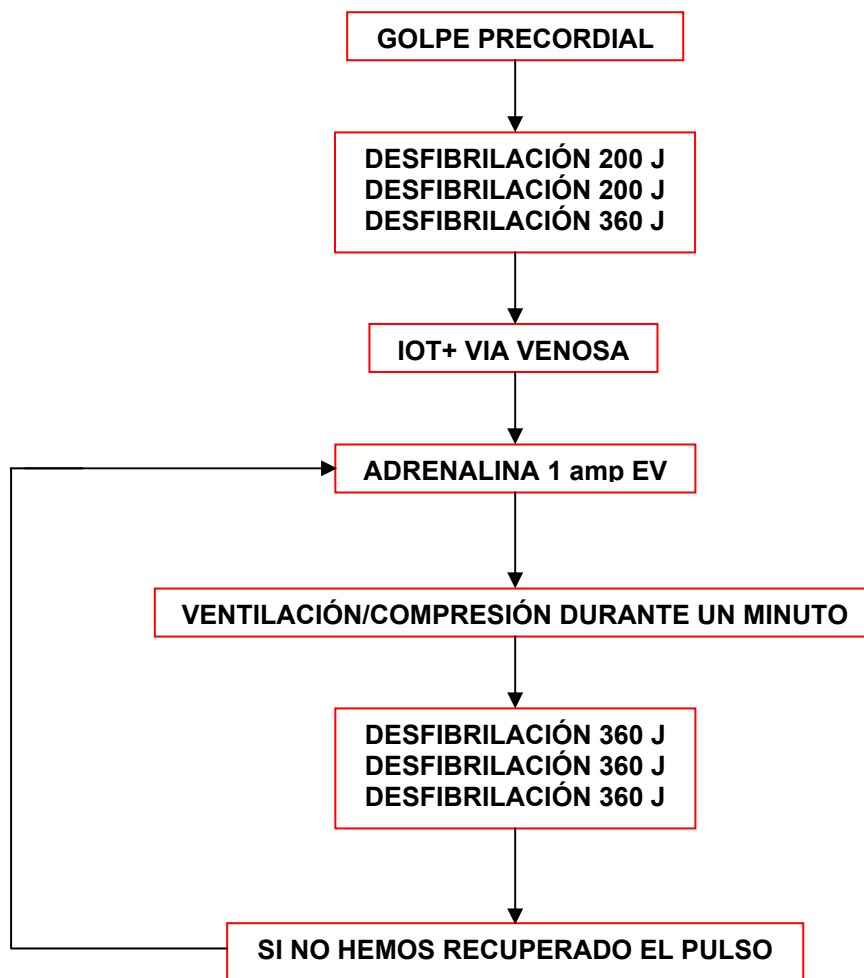
- Una pala se coloca debajo de la clavícula derecha y la otra por fuera del ápex cardíaco.
- Mantener siempre buen contacto con la pared torácica.



Después de las 3 primeras descargas haremos 1 bucle:

- IOT
  - vías venosas
  - 1 amp de adrenalina
  - ventilación/compresión durante un minuto
- Después de 3 bucles considerar la administración de:
- Amiodarona (300 mg en bolus)
  - Lidocaina al 2% (100 mg EV)
  - Bicarbonato sódico (30 mEq EV)

No se han de abandonar las maniobras mientras persista la FV en el monitor y siempre que el estado clínico del paciente lo indique.



## Asistolia

- Consiste en la ausencia total de ritmo cardíaco y tiene, obviamente, muy mal pronóstico.
- De todos los paros cardíacos el 20% son por asistolia; los pacientes con FV evolucionan hacia la asistolia si nadie los desfibrila a tiempo y por esto su porcentaje aumenta mucho.
- Siempre hemos de descartar una FV ( las ondas pueden no ser apreciadas por artefactos, fallidas en equipo... ) y ante la duda se ha de desfibrilar.

## Disociación electromecánica

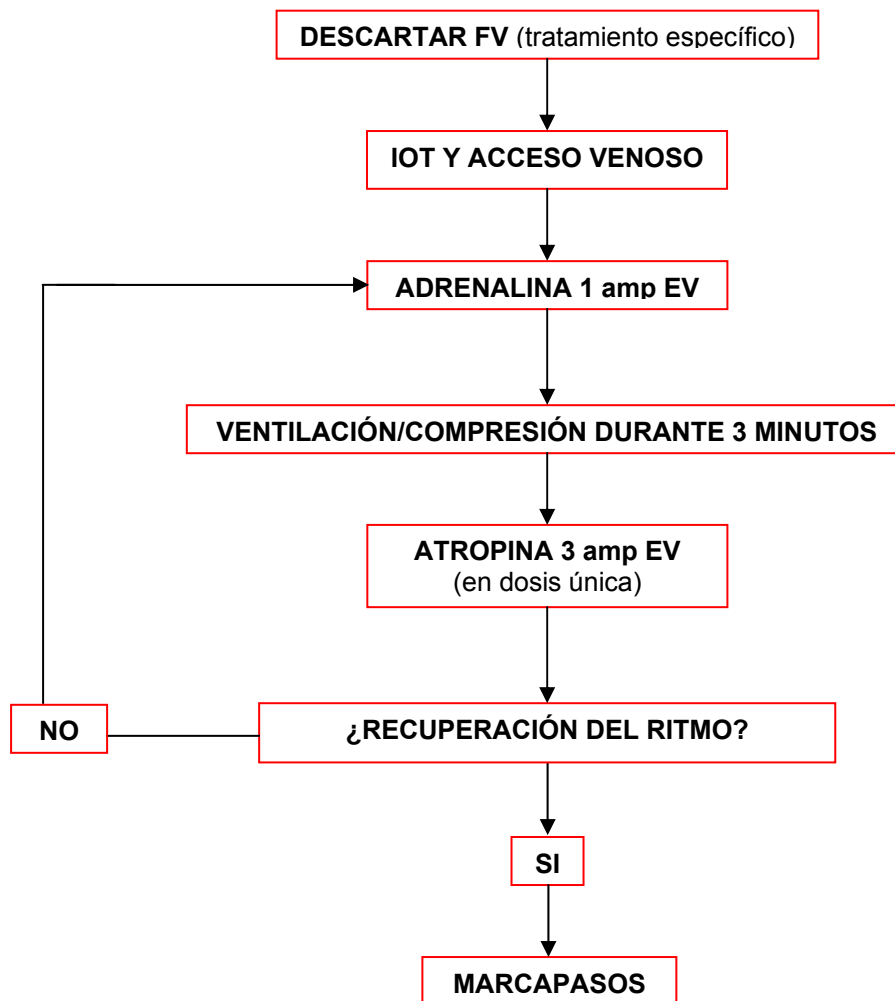
- Situación en la cual se observa actividad eléctrica cardíaca (que no sea ningún patrón electrocardiográfico concreto) pero sin pulsos palpables.
- El pronóstico es mejor cuando hay una causa desencadenante: hipovolemia, hipotermia, hipocalcemia, hipo/hiper potasemia, TEP, taponamiento cardíaco, neumotórax a tensión...
- El abordaje y el tratamiento son los mismos que en la asistolia.

## Asistolia y Disociación

### Secuencia de RCP:

- IOT y vías venosas.
- 1 amp de adrenalina EV.
- Ventilación/compresión durante 3 minutos.
- Dosis única de 3 amp de atropina en bolus.
- Si se recupera el ritmo y el pulso, considerar colocar un marcapasos externo.
- Si no se recupera, seguir con la RCP.
- Después de 3 bucles considerar la administración IV de: 5 amp de adrenalina en bolus, bicarbonato sódico ( 50 mEq ) y 2 ml de cloruro cálcico.

## Asistolia y dem



## Otros procedimientos

### Monitorización ECG:

- 3 electrodos autoadhesivos, colocados en el tórax, en lugares que no dificulten el masaje cardíaco.
- Inicialmente, excepto que el paciente ya lo esté, se efectuará la monitoritzación con las palas del desfibrilador para evitar pérdidas de tiempo.

### Líquidos:

- Sólo se realizará perfusión de SF para mantener permeable la vía.
- No hay que utilizar soluciones glucosadas (excepto en caso de hipoglicemia) pues favorece el edema cerebral.

## Finalización de la RCP

- Cuando se haya restablecido la ventilación y la circulación.
- Después de 20 minutos de maniobras de RCP sin observar ningún signo vital ni ningún ritmo ECG organizado.
- Signos claros de muerte biológica.
- Después de 60 minutos de RCP en situaciones de:
  - Niños
  - Hipotermia
  - Electrocutación
  - Ahogamiento
  - Intoxicaciones

## Contraindicaciones RCP

- Pacientes con enfermedades terminales.
- Cuando el paciente lo haya solicitado legalmente (decisión de “no resucitación”).
- Cuando el médico lo haya especificado claramente en la historia clínica (“no reanimación”).
- Evidencia de lesión cerebral irreversible.
- **En situaciones dudosas**, siempre se debe conceder al paciente el beneficio de la duda y proceder a la RCP.