

ALGORITMO DE SOPORTE VITAL AVANZADO INTRAHOSPITALARIO PARA EL PARO CARDIACO EN EL EMBARAZO.

Continúe con el soporte vital básico y avanzado.

- ECG de alta calidad.
- Desfibrilación, si está indicada.
- Otras intervenciones de soporte vital avanzado (ej. adrenalina).

Active el equipo de paro cardíaco en mujeres embarazadas.

Considere la etiología del paro cardíaco.

Realice intervenciones en la madre.

- Realice el manejo de la vía aérea.
- Administre un 100% de O_2 evite el exceso de ventilación.
- Coloque una vía IV por arriba del diafragma.
- Si se está administrando magnesio IV, suspenda y administre cloruro de calcio o gluconato.

Realice intervenciones obstétricas.

- Lleve a cabo una descompresión uterina lateral continua.
- Prepare los monitores fetales.
- Prepárese para la cesárea perimortem.

Realice cesárea perimortem.

- Si no hay ECG en 5 min, considere la cesárea perimortem, inmediatamente.

Continúe con el soporte vital básico y avanzado.

- ECG de alta calidad.
- Desfibrilación, si está indicada.
- Otras intervenciones de soporte vital avanzado (ej. adrenalina).

Equipo neonatal para recibir al recién nacido.

Paro Cardíaco en una mujer embarazada.

28-09-21

- La planificación del equipo debe realizarse en colaboración con los servicios de obstetricia, neonatales, de cirugía, anestesiología, cuidados intensivos y paro cardíaco.
- Los prioridades para los nuevos equipos necesarios en paro cardíaco deben incluir a un equipo RCP de alta calidad y equipo de compresión manual con desplazamiento uterino lateral.
- El objetivo de la cesárea primotom es mejorar los resultados maternos y fetales.
- Lo ideal es que realice una cesárea primotom en 5 min. según los recursos de los profesionales y sus habilidades.

Manejo avanzado de la vía aérea.

- En el embarazo es común tener una vía aérea dificultosa. Recurra al profesional con más experiencia.
- Haga intubación endotraqueal o use un dispositivo supraglotico para el manejo avanzado de la vía aérea.
- Utilice la capnometría o capnografía para confirmar y monitorear la colocación del tubo ET.
- Una vez colocado el dispositivo de manejo avanzado de la vía aérea realice una ventilación cada 6 seg. (10 ventilaciones x min.) con compresiones torácicas continuas.

Posible etiología del paro cardíaco en una mujer embarazada.

A = Complicaciones con la anestesia. B = Sangrado. C = Cardiovascular.
D = Drogas. E = Embolia. F = Fiebre. G = Crisis generales
no obstétricas del paro cardíaco (los H y los T).

H = Hipertensión.

ALGORITMO TAQUICARDIA ADULTOS

28-09-21

Con pulso en adultos.

Evaluar la respuesta al estado clínico FC \geq 150/min normalmente es taquiarritmia.

Identifica y trata la causa subyacente.

- Mantener la vía aérea por técnicas adecuadas respirar si es necesario.
- Oxígeno (si hay hipoxemia).
- Monitor cardíaco para identificar el ritmo, controlar la presión arterial y la oximetría.
- Acceso intravenoso.
- ECG de 12 derivaciones si está disponible.

Taquiarritmia persistente que causa:

- ¿Hipotensión?
- ¿Alteración aguda del estado mental.
- ¿Signos de shock?
- ¿Molestias torácicas hegemónicas?
- ¿Insuficiencia cardíaca aguda?

Cardioversión sincronizada

- Considerar la sedación
- si se trata con un complejo estrecho regular, considerar la adenosina.

¿PES ancho?
 \geq 0.12 seg.

considerar

- adenosina
- antiarrítmicos
- Infusión antiarrítmicos.
- consulta a experto.

Si es refractaria considerar:

- causas subyacentes
- Necesidad de aumentar el nivel de energía para la siguiente Cardioversión.

- Maniobras vagales (si regular)

- Adenosina (si regular)

- Beta bloqueantes o calcioantagonistas.

- considerar consulta a un experto.

Cardioversión

- Algoritmo antiarrítmicos.
- Consulta a experto.

• Se ha movido el acceso IV y el ECG de 12 derivaciones al Paso 2 (antes en el algoritmo)

• Se añade un nuevo recuadro para la taquicardia refractaria y saber que hacer si la cardioversión sincronizada no funciona o si la taquicardia con PES ancho no cede con la infusión de adenosina

antiarritmico.

- Han eliminado la recomendación de dosis de energía para cada tipo de taquicardia.

= Dosis detalle.

1 Cardioversión sincronizada; consulte el nivel de energía recomendado por su dispositivo para maximizar el éxito de la primera descarga.

1 Dosis de adenosina intravenosa; Primera dosis 6 mg en bolo rápido seguido de bolo salino. Segunda dosis 12 mg si es necesario.

1 Infusión de antiarrítmicos para taquicardias estables de QRS ancho.

1 Procainamida, dosis IV;

20-80 mg/min hasta que se suprima la arritmia, se produzca hipotensión, la duración de la QRS aumenta más del 50% o se administre dosis máxima de 17 mg/kg. Infusión de mantenimiento 1-4 mg/min. Evitar si hay QT prolongado o LCO.

1 amiodarona; Primera dosis 150 mg en 10 min. Repetir si es necesario por TV recurrente. Seguir con la infusión de mantenimiento de 1 mg/min para las primeras 6 horas.

1 Sotalol dosis IV; 100 mg (1.5 mg/kg) en 5 min. Evitar si QT prolongado.

ALGORITMO BRADICARDIA ADULTOS

28/09-21

Evaluar la respuesta al estado clínico
Fc < 50 lpm normalmente es bradiarritmia.

Identifica y trata la causa subyacente:

- Mantener permeable la vía aérea asistencia a la respiración si es necesario.
- Oxígeno (o hipoxia)
- Monitorización cardíaca para identificar el ritmo, monitorización de la presión arterial y oximetría.
- Acceso intravenoso.
- ECG de 12 derivaciones si está disponible no retrasar la terapia.
- Considerar posibles causas hipoxicas o brucalgias.

monitoreo y observe.

Bradiarritmia persistente que causa:

- ¿Hipotensión?
- ¿Alteración aguda de estado mental?
- ¿Signos de shock?
- ¿Molestias torácicas frecuentes?
- ¿Insuficiencia cardíaca aguda?

Atropina
Si la atropina es inefectiva

- Marcapasos transcutáneos
y/o
- Infusión de dopamina.
y/o
- Infusión de adrenalina.

Considerar:

- consulta de expertos
- Marcapasos transvenosos

* La dosis de atropina cambio de 0.5 mg a 1 mg.

* La dosis de dopamina cambio de 2-20 mg/kg por minuto a 5-20 mg/kg por minuto.

* En "Identificar y tratar la causa subyacente" se añadió

Dr. Eduardo Zebada Guillen.

28-09-21

" Considerar las posibles causas hipoxicas y toxicologicas

* En "Atropina" el marcapasos transcutaneo tiene "4/0"
Para la dopamina o la adrenalina (antes sob para "0")

dando como posible poner sob una de las tres cosas. De estas
forma aceptan la combinacion de la terapia electrica y la farmacologica.

Atropina dosis IV; Primera dosis 1mg en bob, repetiv
Cada 3-5 min. Maxima 3mg.

Dopamina infusion IV; Infusion habitual de 5-20 mcg/kg
per min. Valorar segun la respuesta del px, disminuir lentamente.

Adrenalina infusion IV; 2-10 mcg per min. Valorar segun la respu.

Causas;

- Isquemia miocardica/infarto.
- Toxicos/drogas (bloqueantes canales de calcio
betabloqueantes digoxina)
- Hipoxia.
- Alteraciones de electrolitos (p.ej hiperpotasemia).

Dr. Eduardo Zebadua Guillen.

ALGORITMO PEDIATRICO.

28-09-21

1 minuto

Consejo prenatal, formación del equipo y comprobación del equipamiento.

Nacimiento

¿Gestación a término?
¿Buen tono?
¿Respira o llora?

SI

El lactante permanece con la madre para los cuidados rutinarios. Orientar y mantener una temperatura normal, posicionar la vía aérea, limpiar secreciones si es necesario, secar y evaluación continua.

NO

Calentar y mantener una temperatura normal. Posicionar la vía aérea, limpiar secreciones si es necesario, secar y estimular.

¿Apnea o boqueo?
¿FC menor de 100/min?

NO

¿Dificultad respiratoria o cianosis persistente?

SI

VPP
Monitorizar SpO₂
considerar monitorización de ECG

SI

Posicionar y limpiar la vía aérea. Monitorizar. Oxigenoterapia. Según sea necesario considerar CPAP.

¿FC menor de 100/min?

NO

Conducta de presentación. Informe de equipo.

SI

Comprobar los movimientos torácicos. Medidas correctas de la ventilación si es necesario. PET o mascarilla laríngea si es necesario.

¿FC menor de 60/min?

SI

Intubar si no se ha hecho ya. Compresiones torácicas. Coordinar con VPP. O₂ al 100%. Monitorización de ECG. Considerar CIV de emergencia.

¿FC menor de 60/min?

SI ↓ ↑

Adronar i.v. si la FC persiste menor de 60/min. Considerar hipovolemia, considerar reventora.

Objetivo de SpO₂ Productal tras el nacimiento

1 min	60-65%
2 min	65-70%
3 min	70-75%
4 min	75-80%
5 min	80-85%
10 min	85-95%