

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SOPORTE VITAL BÁSICO Y SOPORTE VITAL AVANZADO EN ADULTOS, EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

Cod.: PROC-AE-001

Nº versión	Fecha entrada en vigor	Justificación de la revisión	Fecha próxima revisión (mes y año)
01	18/06/2014		Junio /2017

Aprobada la versión "01" por Comité Técnico.

INDICE

1.- Definición.....	3
2.- Objetivos.....	3
3.- Responsabilidades.....	3
4.- Población diana.....	3
5.- Profesionales implicados.....	4
6.- Recursos materiales.....	4
7.- Desarrollo del procedimiento	
7.1.- Información al paciente/familia.....	4
7.2.- Preparación del entorno y materiales.....	4
7.3.- Preparación del paciente.....	4
7.4.- Soporte vital inmediato.....	4
7.5.- Soporte vital avanzado.....	11
7.6.- Observaciones / problemas potenciales.....	12
7.7.- Actividades relevantes con nivel de evidencia.....	12
7.8.- Educación para el autocuidado.....	13
7.9.- Registro del procedimiento.....	13
8.- Bibliografía.....	14
9.- Anexo I Niveles de evidencia.....	17
10.- Anexo II Fármacos.....	18
11.- Anexo III Soporte vital básico.....	20
12.- Anexo IV Soporte vital avanzado.....	21
13.- Anexo V Grupo de trabajo.....	22

14.- Anexo VI Conflicto de intereses.....22

1.- DEFINICIÓN

El soporte vital básico se basa en mantener la vía aérea del paciente y apoyar la respiración y la circulación sin utilizar dispositivos (1).

En el contexto hospitalario, la diferencia entre soporte vital básico (SVB) y soporte vital avanzado (SVA) es arbitraria ya que, en la práctica, es un proceso continuo basado en el sentido común (2). La diferencia estriba en la utilización de dispositivos adicionales desde el primer momento de la detección de la parada.

2.- OBJETIVOS

Normalizar las actuaciones del personal de enfermería en la detección e intervención inmediata en la parada cardiorrespiratoria (PCR) hospitalaria en pacientes adultos.

3. - RESPONSABILIDADES

- **Dirección de enfermería del hospital:** responsable de la divulgación, plan de formación, despliegue e implementación.
- **Mandos intermedios de enfermería:** responsables de la difusión, aplicación del protocolo, información de las evaluaciones de los resultados al personal de enfermería.
- **Personal de enfermería:** responsables de la aplicación y cumplimiento del protocolo.
- **Servicio de Calidad, Comisión de seguimiento de RCP o quién la Dirección de Enfermería determine:** responsable de la evaluación de la implementación y los resultados de la aplicación del protocolo anualmente.

4.- POBLACIÓN DIANA

Dirigido a todas las personas adultas que presenten una PCR en los hospitales del SERMAS.

Excepciones:

- Pacientes con prescripción médica de no reanimar.
- Pacientes que manifiestan su deseo de no recibir RCP (instrucciones previas o voluntades anticipadas).
- Pacientes en los que la PCR es un *episodio esperado inevitable* en el curso de una enfermedad terminal.

5.- PROFESIONALES IMPLICADOS

Este protocolo es aplicable a todos los profesionales que dependen de la Dirección de Enfermería y desarrollan su actividad en los hospitales del SERMAS.

6. - RECURSOS MATERIALES

- Carro de parada cardio-respiratoria
- Desfibrilador externo
- Desfibrilador externo automático/ semiautomático, según disponibilidad

7. - DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

7.1. - Información al paciente/familia. No aplica

7.2. - Preparación del entorno y materiales. No aplica

7.3. - Preparación del paciente. No aplica

7.4.- Soporte vital básico (SVB) /inmediato (SVI). (Anexo III)

Se debe valorar:

- **Nivel de consciencia.** Comprobar la respuesta de la víctima:
 - Sacudir suavemente sus hombros y preguntar en voz alta: “¿Se encuentra bien?”



- **Ausencia de respiración o respiración ineficaz:**

- Colocar a la víctima boca arriba y abrir la vía aérea usando la maniobra frente-mentón;
- Colocar su mano sobre la frente e incline suavemente su cabeza hacia atrás (Figura 1);
- Con la yema de sus dedos bajo el mentón de la víctima, elevar el mentón para abrir la vía aérea (Figura 2).



Figura 1



Figura 2

- Manteniendo abierta la vía aérea, ver, oír y sentir la respiración:
 - * ver el movimiento del pecho;
 - * oír en la boca de la víctima los ruidos respiratorios;
 - * sentir el aire en su mejilla;
 - * decidir si la respiración es normal, anormal o no existe.



En los primeros minutos de una parada cardiaca, una víctima puede estar respirando apenas o presentar boqueadas, lentas y ruidosas. No confunda esto con la respiración normal. Vea, oiga y sienta durante no más de 10 segundos para determinar si la víctima está respirando normalmente. Si tiene alguna duda acerca de si la respiración es normal, actúe como si no fuese normal (3-6). Si se sospecha que pueda haber lesión en el cuello, intentar abrir la vía aérea utilizando tracción mandibular. Si se dispone de suficientes reanimadores hay que utilizar una estabilización manual alineada para minimizar el movimiento de la

cabeza. Los esfuerzos por proteger la columna cervical no deben poner en riesgo la oxigenación y la ventilación (7).

INICIO DEL SOPORTE VITAL BÁSICO/INMEDIATO

- Arrodillarse al lado de la víctima.
- Colocar el talón de una mano en la mitad inferior del esternón.
- Colocar el talón de la otra mano encima de la primera.
- Entrelazar los dedos de las manos y asegurar que la presión no se aplica sobre las costillas de la víctima. Mantener los brazos rectos. No hacer presión sobre la parte alta del abdomen o la parte final del esternón (Figura 3).



Figura 3

Colocarse verticalmente sobre el pecho de la víctima y presionar hacia abajo sobre el esternón al menos 5 cm. (un tercio del diámetro anteroposterior del tórax) (8) (Figura 4)



Figura 4

- Después de cada compresión, liberar toda la presión sobre el pecho sin perder contacto entre sus manos y el esternón; repetir a una velocidad de al menos 100 por min. (pero no más de 120 por min.)
- La compresión y descompresión deben durar el mismo tiempo.
- Reducir al mínimo las interrupciones (9,10)
- Combinar las compresiones torácicas con respiraciones de rescate.
- Después de 30 compresiones, abrir la vía aérea de nuevo usando la maniobra frente-mentón
- Pinzar la parte blanda de la nariz cerrándola, usando el dedo índice y el pulgar de la mano que tiene sobre la frente.
- Permitir que la boca se abra, pero mantenga el mentón elevado.
- Inspirar normalmente y colocar sus labios alrededor de la boca, asegurándose de que hace un buen sellado.
- Insuflar el aire firmemente en el interior de la boca de la víctima mientras observa que el pecho se eleva, durante alrededor de 1 segundo como en una respiración normal; esto es una respiración de rescate efectiva.
- Mantener la maniobra frente-mentón, retirar la boca de la de la víctima y observar que el pecho desciende conforme el aire sale.
- Tomar aire normalmente otra vez y soplar en la boca de la víctima una vez más para conseguir un total de dos respiraciones de rescate efectivas. Las dos respiraciones no deben tomar más de 5 segundos en total. Luego retornar sus manos sin retraso a la posición correcta sobre el esternón y dé 30 compresiones más.
- Continuar con las compresiones torácicas y las respiraciones de rescate en una relación de 30:2.

Se recomienda a los reanimadores no entrenados realizar maniobras de RCP solo con compresiones torácicas (11)

Si existen razones clínicas para evitar el contacto boca-a-boca, o no se quiere o no se puede hacer esto, hay que realizar compresiones torácicas hasta que llegue la ayuda o el equipamiento de vía aérea (12-14) Mantener la vía aérea permeable y ventilar con el equipamiento disponible. (Figuras 5, 6, 7, 8)



Figura 5



Figura 6



Figura 7



Figura 8

Una vez que se dispone del carro de parada ambos deben:

- Colocar el tablero dorsal.
- 1º reanimador: Seguir realizando compresiones torácicas. Minimizar las interrupciones y asegurar compresiones de alta calidad.
- 2º reanimador: Colocar una cánula orofaríngea. Ventilar con dispositivo bolsa-mascarilla y reservorio conectado a una fuente de oxígeno a 15 litros/minuto.
- No se recomienda realizar de forma rutinaria el examen del interior de la boca previo a la ventilación, sólo en caso de que la primera insuflación resulte inefectiva y comprobando también que la posición del cuello es la adecuada. Si es preciso, retirar los cuerpos extraños y las secreciones de la orofaringe, manualmente o mediante aspiración.
- Cada 2 minutos debe relevarse al reanimador para que las compresiones no pierdan efectividad.
- Si se utiliza un desfibrilador manual:
 - * Retirar los objetos metálicos que tenga el paciente y los parches transdérmicos.

- * Aplicar las palas al paciente y analizar el ritmo. Si se dispone de parches de desfibrilación autoadhesivos, colocar sin interrumpir las compresiones torácicas. (Figuras 9 ,10 11)

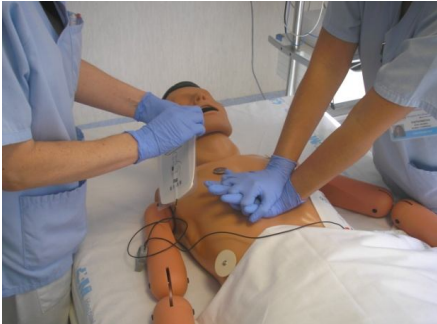


Figura 9



Figura 10

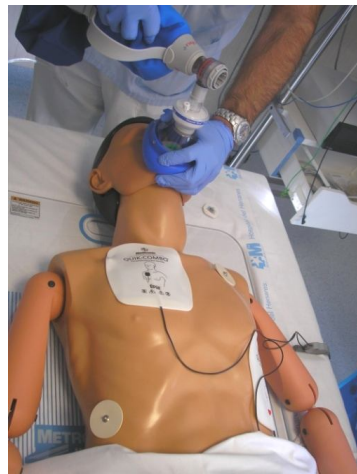


Figura 11

- Si se confirma FV/TV sin pulso, cargar el desfibrilador mientras otro reanimador continúa las compresiones torácicas (15).
- Una vez cargado el desfibrilador, hacer una pausa en las compresiones torácicas, verificar que todos los reanimadores están alejados del paciente y realizar una descarga (360 J en monofásico o 150-200 J en bifásico).
- Sin valorar el ritmo ni palpar el pulso, reanudar la RCP (relación cardiocompresiones ventilación (relación CV 30:2) inmediatamente tras la descarga, comenzando con las compresiones torácicas (16).
- Continuar RCP durante 2 minutos, hacer una pausa breve para valorar el ritmo; si persiste FV/TV sin pulso, realizar una segunda descarga (360 J en monofásico o 150-200 J en bifásico). Sin reevaluar el ritmo ni palpar el pulso, reanudar la RCP (relación CV

30:2) inmediatamente tras la descarga, comenzando con las compresiones torácicas.

- Continuar hasta que llegue el equipo de reanimación o el paciente muestre signos de vida.

Hay que minimizar la duración de las pausas antes y después de las descargas; se recomienda continuar las compresiones torácicas durante la carga del desfibrilador (17,18).

- Si se utiliza un desfibrilador externo automático/semiautomático (DEA/DESA. Figura 12, 13, 14):
 - * Retirar los objetos metálicos que tenga el paciente y los parches transdérmicos.
 - * Poner en funcionamiento el desfibrilador y colocar los parches en el tórax desnudo del paciente.
 - * Si hay más de un reanimador, las maniobras de RCP se deben continuar mientras se colocan los parches.
 - * Seguir las instrucciones visuales/sonoras inmediatamente.
 - * Verificar que nadie toca a la víctima mientras el desfibrilador realiza el análisis de ritmo.
 - * Si la descarga está indicada:
 - a) Verificar que nadie toca a la víctima.
 - b) Pulsar el botón de descarga como se indica en DESA.
 - c) Reiniciar inmediatamente RCP 30:2.
 - d) Continuar como se indica en las instrucciones visuales/sonoras.
 - * Si la descarga no está indicada:
 - a) Reiniciar la RCP inmediatamente, usando una relación de 30 compresiones torácicas y 2 respiraciones.
 - b) Continuar como se indica en las instrucciones visuales/sonoras.
 - c) Continuar hasta que llegue el equipo de reanimación o el paciente muestre signos de vida (19).



Figura 12



Figura 13



Figura 14

7.5.- Soporte vital Avanzado (SVA). (Anexo IV)

Se considera que el soporte vital avanzado comienza con la utilización de dispositivos adicionales diferentes a los utilizados en el SVB.

Una vez que la reanimación está en marcha, ha llegado el personal formado en RCP y si hay suficiente personal presente:

- Canalizar una vía venosa periférica del mayor calibre posible y preparar los fármacos necesarios (Anexo II).
- Administrar la medicación prescrita por el médico responsable de la RCP avanzada.
- En caso de que no se pueda conseguir un acceso intravenoso en los primeros 2 min. de reanimación, se recomienda conseguir una vía intraósea (IO) para la administración de los fármacos. Las dosis por vía IO son las mismas que por vía intravenosa (Nivel de evidencia NE IV, Grado de recomendación GR C) (9, 19,26).



- Apoyo durante la intubación traqueal:
 - Aportar el material una vez comprobado: laringoscopio montado, tubo endotraqueal con fiador, lubricación del tubo.
 - Durante la comprobación de la intubación aportar el fonendoscopio y ventilar con bolsa-mascarilla y reservorio conectada a fuente de oxígeno 15 l/min. Se recomienda el uso del capnógrafo para verificar la eficacia de la intubación y la calidad de la RCP (20,21).
 - Fijación del tubo endotraqueal: insuflación del globo distal y sujeción del mismo.
- Una vez intubado el paciente o insertado un dispositivo supraglótico, continuar con las compresiones torácicas de manera ininterrumpida (excepto para desfibrilar o comprobar el pulso cuando esté indicado) a una frecuencia de al menos 100 cardiocompresiones/min. y ventilar los pulmones a 10 respiraciones por minuto aproximadamente (22).
- Monitorizar al paciente: frecuencia cardiaca, registro electrocardiográfico, saturación de oxígeno, tensión arterial y capnografía si se dispone de ella.
- Desfibrilar: se continuará la desfibrilación hasta que el paciente recupere la circulación espontánea o presente ritmo no desfibrilable.

7.6.- Observaciones / problemas potenciales. No aplica

7.7.- Actividades relevantes con nivel de evidencia

ACTIVIDAD	EVIDENCIA	RECOMENDACIÓN
<p>Hay que minimizar la duración de las pausas antes y después de las descargas; se recomienda continuar las compresiones torácicas durante la carga del desfibrilador</p> <p>Una vez intubado el paciente o insertado un dispositivo supraglótico, continuar con las compresiones torácicas de manera ininterrumpida (excepto para desfibrilar o comprobar el pulso cuando esté indicado) a una frecuencia de al menos 100 cardiocompresiones/min y ventilar los pulmones a 10 respiraciones por minuto aproximadamente</p> <p>Se recomienda el registro cuantitativo de la onda de capnografía para confirmar y vigilar de forma continua la posición del tubo endotraqueal, monitorizar la calidad</p>	<p>II a</p>	<p>B</p>

<p>de la RCP y proporcionar información precoz de la recuperación de la circulación espontánea</p>	II b	B
<p>La compresión y descompresión deben durar el mismo tiempo. Reducir al mínimo las interrupciones</p>		
<p>Si existen razones clínicas para evitar el contacto boca-a-boca, o no se quiere o no se puede hacer esto, hay que realizar compresiones torácicas hasta que llegue la ayuda o el equipamiento de vía aérea</p>	III	B
<p>Si se confirma FV/TV sin pulso, cargar el desfibrilador mientras otro reanimador continúa las compresiones torácicas</p>		
<p>El resto de actividades del procedimiento están consensuadas por grupos de expertos a nivel nacional e internacional (27).</p>	IV	C

7.8.- Educación para el autocuidado. No aplica

7.9.- Registro del procedimiento. No aplica

8.- BIBLIOGRAFÍA

1. Recommended guidelines for uniform reporting of data from out-of-hospital cardiac arrest: the 'Utstein style'. Prepared by a Task Force of Representatives from the European Resuscitation Council, American Heart Association, Heart and Stroke Foundation of Canada, Australian Resuscitation Council. *Resuscitation* 1991;22:1–26
2. C.D. Deakin et al. *Resuscitation* 81 2010 1305–1352
3. Bang A, Herlitz J, Martinell S. Interaction between emergency medical dispatcher and caller in suspected out-of-hospital cardiac arrest calls with focus on agonal breathing. A review of 100 tape recordings of true cardiac arrest cases. *Resuscitation* 2003;56:25–34.
4. Bohm K, Rosenqvist M, Hollenberg J, Biber B, Engerstrom L, Svensson L. Dispatcher-assisted telephone-guided cardiopulmonary resuscitation: an underused lifesaving system. *Eur J Emerg Med* 2007;14:256–9.
5. Bobrow BJ, Zuercher M, Ewy GA, et al. Gaspings during cardiac arrest in humans is frequent and associated with improved survival. *Circulation* 2008;118:2550–4.
6. Vaillancourt C, Verma A, Trickett J, et al. Evaluating the effectiveness of dispatch-assisted cardiopulmonary resuscitation instructions. *Acad Emerg Med* 2007;14:877–83.
7. J.L. Pérez-Velaa. Novedades en soporte vital avanzado. *medicina intensiva*. 2011;35(6):376
8. Koster RW, Baubin MA, Bossaert LL, Caballero A, Cassan P, Castrén M, et al. European Resuscitation Council Guidelines for resuscitation 2010. Section 2. Adult basic life support and use of automated external defibrillators. *Resuscitation*. 2010;81:1277—92.
9. J.L. Pérez-Velaa. Novedades en soporte vital avanzado. *medicina intensiva*. 2011;35(6):377
10. Sutton RM, Maltese MR, Niles D, et al. Quantitative analysis of chest compression interruptions during in-hospital resuscitation of older children and adolescents. *Resuscitation* 2009;80:1259–63.

11. Nolan, J et all. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 1. Executive summary. Resuscitation 81 (2010);1219.
12. Ornato JP, Hallagan LF, McMahan SB, Peeples EH, Rostafinski AG. Attitudes of instructors about mouth-to-mouth resuscitation during the AIDS epidemic. Ann Emerg Med 1990;19:151–6.
13. Hew P, Brenner B, Kaufman J. Reluctance of paramedics and emergency medical technicians to perform mouth-to-mouth resuscitation. J Emerg Med 1997;15:279–84.
14. Chandra NC, Gruben KG, Tsitlik JE, et al. Observations of ventilation during resuscitation in a canine model. Circulation 1994;90:3070–5.
15. Bradley SM, Gabriel EE, Aufderheide TP, et al. Survival Increases with CPR by Emergency Medical Services before defibrillation of out-of-hospital ventricular fibrillation or ventricular tachycardia: observations from the Resuscitation Outcomes Consortium. Resuscitation 2010;81:155–62.
16. Sunde K, Eftestol T, Askenberg C, Steen PA. Quality assessment of defibrillation and advanced life support using data from the medical control module of the defibrillator. Resuscitation 1999;41:237–47.
17. Edelson DP, Abella BS, Kramer-Johansen J, et al. Effects of compression depth and pre-shock pauses predict defibrillation failure during cardiac arrest. Resuscitation 2006;71:137–45.
18. Eftestol T, Sunde K, Steen PA. Effects of interrupting precordial compressions on the calculated probability of defibrillation success during out-of-hospital cardiac arrest. Circulation 2002;105:2270–3
19. Nolan, J et all. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 1. Executive summary. Resuscitation 81 (2010);1233-5
20. Grmec S. Comparison of three different methods to confirm tracheal tube placement in emergency intubation. Intensive Care Med. 2002;28:701—4.
21. Silvestri S, Ralls GA, Krauss B, Thundiyil J, Rothrock SG, Senn A, et al. The effectiveness of out-of-hospital use of continuous end-tidal

carbon dioxide monitoring on the rate of unrecognized misplaced intubation within a regional emergency medical services system. *Ann Emerg Med.* 2005;45:497—503.

22. Edelson DP, Abella BS, Kramer-Johansen J, et al. Effects of compression depth and pre-shock pauses predict defibrillation failure during cardiac arrest. *Resuscitation* 2006;71:137–45.
23. J.L. Pérez-Velaa. Novedades en soporte vital avanzado. *medicina intensiva.* 2011;35(6):378-5
24. Olasveengen TM, Sunde K, Brunborg C, Thowsen J, Steen PA, Wik L. Intravenous drug administration during out-of-hospital cardiac arrest: a randomized trial. *JAMA* 2009;302:2222–9.
25. Herlitz J, Ekstrom L, Wennerblom B, Axelsson A, Bang A, Holmberg S. Adrenaline in out-of-hospital ventricular fibrillation. Does it make any difference? *Resuscitation* 1.1995;29:195–201.
26. Hassan TB, Jagger C, Barnett DB. A randomised trial to investigate the efficacy of magnesium sulphate for refractory ventricular fibrillation. *Emerg Med* 1J 2002;19:57–62.
27. Nolan, J et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Executive summary. *Resuscitation* 81 (2010);1219-1451.

9.- ANEXO I CLASIFICACIÓN GRADOS DE RECOMENDACIÓN Y NIVELES DE EVIDENCIA

Tabla 1. Grados de recomendación

- A** Existe buena evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación
- B** Existe moderada evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación
- C** La recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso
- X** Existe evidencia de riesgo para esta intervención

Tabla 2. Clasificación de las recomendaciones en función del nivel de evidencia disponible

- Ia** La evidencia científica procede a partir de meta-análisis de ensayos clínicos controlados y aleatorizados
 - Ib** La evidencia científica procede de al menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado
 - Ila** La evidencia científica procede de al menos un estudio prospectivo controlado, bien diseñado y sin aleatorizar
 - Ilb** La evidencia científica procede de al menos un estudio casi experimental, bien diseñado.
 - III** La evidencia científica procede de estudios descriptivos no experimentales, bien diseñados como estudios comparativos, de correlación o de casos y controles
 - IV** La evidencia científica procede de documentos u opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio
-
- A** Recoge los niveles de evidencia científica Ia y Ib
 - B** Recoge los niveles de evidencia científica Ila, Ilb y IIII
 - C** Recoge el nivel de evidencia IV

10.- ANEXO II TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Los fármacos se incluyen entre las intervenciones de SVA y son de importancia secundaria respecto a la desfibrilación precoz y a las compresiones torácicas ininterrumpidas de alta calidad (23)

Los fármacos inyectados por vía periférica deben seguirse por un bolo de al menos 20 ml de fluido.

- **Adrenalina:**
 - para la FV/TV administrar adrenalina (24,25) después de la tercera descarga una vez reanudadas las compresiones torácicas, y luego repetir cada 3-5 minutos durante la parada cardiaca (ciclos alternos). No interrumpir la RCP para administrar fármacos.
 - En la actividad eléctrica sin pulso (AESP) o asistolia hay que comenzar RCP 30:2 y administrar 1 mg de adrenalina tan pronto como se consiga un acceso venoso. Administrar 1 mg de adrenalina (Intravenoso VI/ vía oral VO) en cada ciclo alterno (aproximadamente cada 3-5 minutos)
- **Amiodarona:** si la FV/TV persiste después de tres descargas, administrar 300 mg de amiodarona por inyección en bolo. Se puede administrar una dosis ulterior de 150 mg, seguida de una infusión de 900 mg en 24 horas en la FV/TV recurrente o refractaria.
- **Lidocaína:** Si no se dispone de amiodarona, se puede utilizar como alternativa lidocaína, 1 mg/kg, pero no usar lidocaína si ya se ha administrado amiodarona.
- **Magnesio:** La utilización rutinaria de magnesio en la parada cardiaca no aumenta la supervivencia y no se recomienda salvo que se sospechen torsades de pointes (26).
- **Bicarbonato:** No se recomienda la administración rutinaria de bicarbonato sódico durante la parada cardiaca y la RCP ni tras la RCE. Hay que administrar bicarbonato sódico (50 mmol) si la parada cardiaca se asocia con hipercalemia o sobredosis de antidepresivos tricíclicos; repetir la dosis según la condición clínica y el resultado de las gasometrías seriadas.
- **Fibrinolíticos:** La terapia fibrinolítica no debería utilizarse de forma rutinaria en la parada cardiaca (excepto si la parada cardiaca está causada por un embolismo pulmonar agudo probado o sospechado).
- **Fluidos intravenosos:** La hipovolemia es una causa potencialmente reversible de parada cardiaca. Si se sospecha hipovolemia hay que

infundir fluidos rápidamente (en ausencia de hipovolemia la infusión de un volumen excesivo de líquidos es probable que sea dañina). (27)

Utilizar cloruro sódico 0,9% o solución de Hartmann (En los estadios iniciales de la reanimación no existen ventajas claras en la utilización de coloides).

11 .- ANEXO III ALGORITMO DE SOPORTE VITAL BÁSICO

Soporte Vital Básico

(SEGÚN RECOMENDACIONES 2010 DEL EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL)

¿NO RESPONDE?

Grite pidiendo ayuda

Abra la vía aérea

¿RESPIRA
NORMALMENTE?

NO

SÍ

Active el sistema de alarma de Parada del hospital

30 compresiones torácicas
2 ventilaciones

30:2

Si dispone de ella,
**DESFIBRILACIÓN
AUTOMÁTICA (DEA)**

1. Encienda el DEA
2. Coloque los parches
3. Siga las instrucciones de sus mensajes



¡Usted puede evitar una muerte prematura!

SeMicyuc
LOS PROFESIONALES DEL ENFERMO CRÍTICO

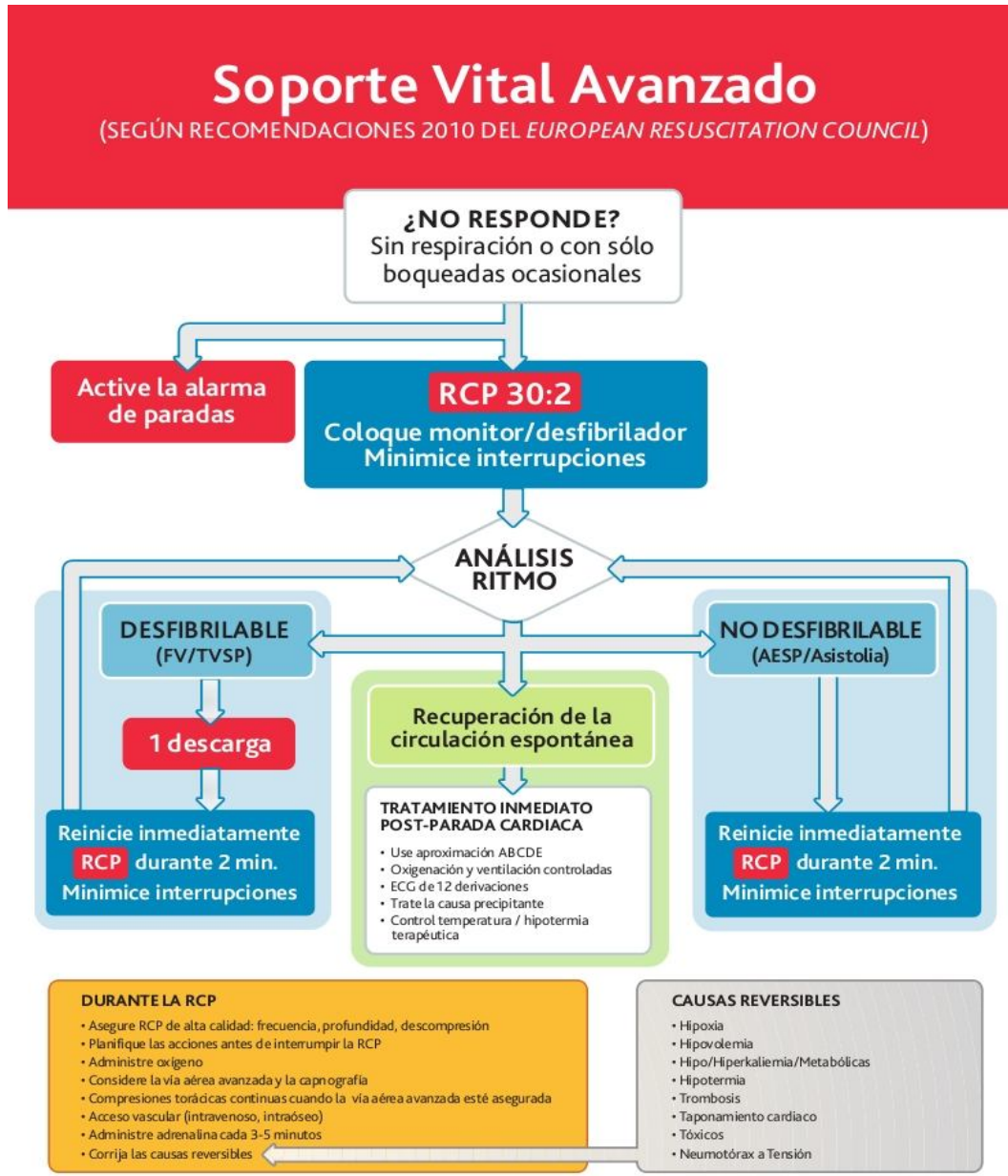
RCP
PLAN NACIONAL DE RCP

feec
Sociedad Española de Enfermería Crítica

© SEMICYUC, 2010

Algoritmo publicado en el Plan Nacional de RCP de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYIC) y cedida por la SEMICYIC (<http://www.semicyuc.org>).

12.- ANEXO IV ALGORITMO DE SOPORTE VITAL AVANZADO EN EL ADULTO



Algoritmo publicado en el Plan Nacional de RCP de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y cedida por la SEMICYUC (<http://www.semicyuc.org>).

13.- ANEXO V GRUPO DE TRABAJO

Autores

1. Corujo Fernández, Blanca. Enfermera asistencial. Hospital U. Clínico San Carlos
2. de Andrés Jimeno, Begoña. Supervisora de Calidad. Hospital U. Puerta de Hierro- Majadahonda
3. De las Pozas Abril, Julia. Enfermera asistencial. Hospital U. Gregorio Marañón
4. García Arias, Mercedes. Supervisora de Unidad de Cuidados críticos. Hospital del Henares
5. Martínez López, Constancio. Supervisor de procesos. Hospital U. Santa Cristina
6. Martínez Piédrola, M^a Magdalena. Supervisora de Calidad y Formación. Hospital U. Fundación Alcorcón
7. Moro Blázquez, Ainoa. Enfermera asistencial. Hospital U. Ramón y Cajal
8. Pérez González, Patricia M^a. Enfermera asistencial. Hospital U. La Princesa
9. Solís Muñoz, Montserrat. Enfermera de investigación. Hospital U. Puerta de Hierro-Majadahonda

14.- ANEXO VI DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores del protocolo declaran que no poseen ningún interés directo o indirecto en la industria farmacéutica o en otras organizaciones que puedan interferir con la elaboración/desarrollo de este protocolo/procedimiento: "Actuación de en el soporte vital básico y soporte vital avanzado en adultos en el ámbito hospitalario" que ha realizado este grupo de trabajo.

Madrid, a 18 de junio de 2014