



camfic

societat catalana de
medicina familiar i
comunitària



Mc GIVER

GRUP URGÈNCIES CAMFIC

PROGRAMA

- Introducció
- Atenció a l'aturada cardiorespiratòria. Suport vital bàsic. Suport vital bàsic amb DEA.
- Ennuegament.
- Suport Vital Avançat. Arrítmies periparades
- Síndrome Coronari Agut
- Suport Vital Bàsic al politrauma. ABCDE
- Xoc.
- Convulsions.
- Codi Ictus

OBJECTIUS

- Resolució casos que consulten a l'Atenció Primària.
- Resolució de forma eficient amb mitjans que disposem a l'Atenció Primària.

EVIDÈNCIES

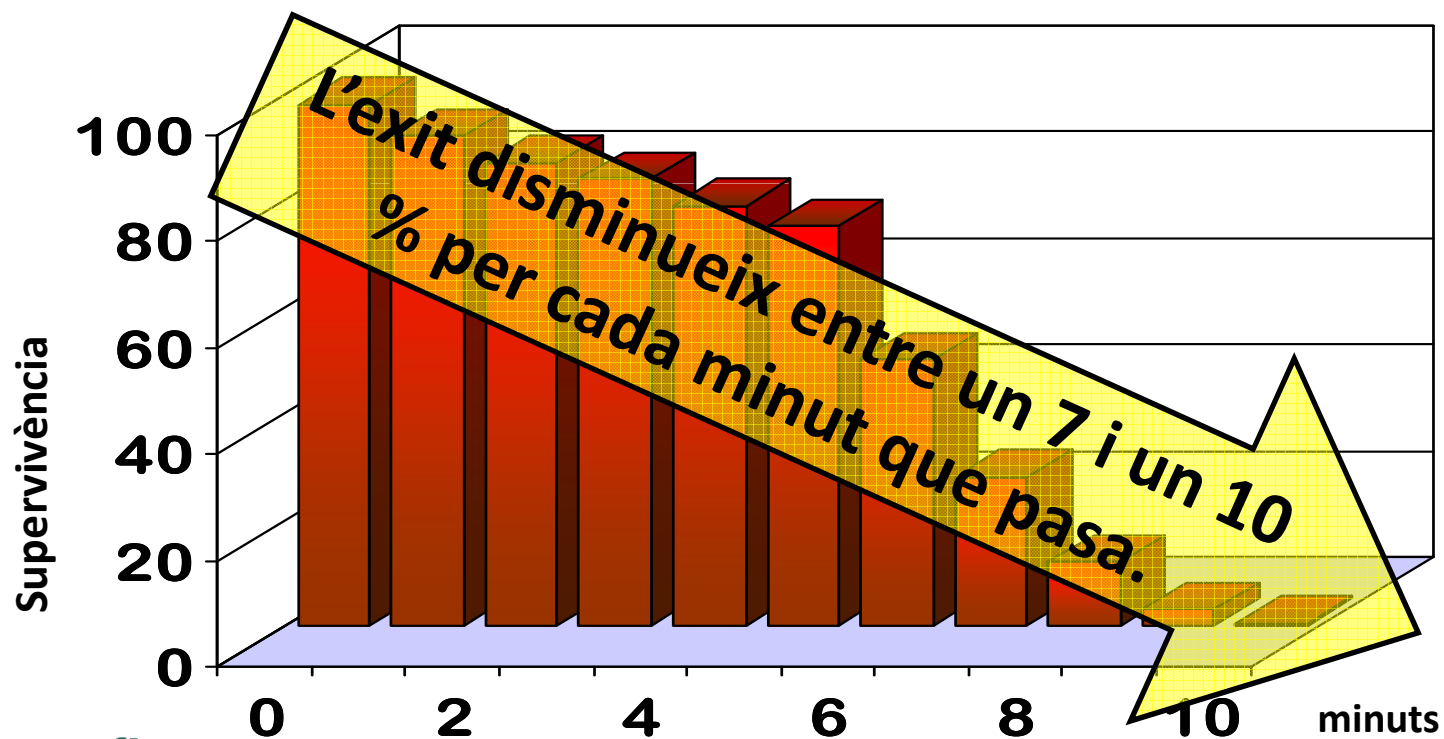
- L'aturada cardíaca presenciada té una supervivència 7 vegades més gran que quan no és presenciada.
- Si el testimoni de l'aturada cardíaca comença de seguida les maniobres de RCP la supervivència és de 2 a 3 vegades més gran que quan no s'inicien.
- Una RCP realitzada correctament aconsegueix una supervivència 20 vegades més gran que quan es realitza de manera incorrecta.
- La desfibril·lació precoç (< 5 min) és el procediment aïllat de ressuscitació que salva més vides.

EVIDÈNCIES

- Més del 75% de les aturades circulatòries ho són amb FIBRIL·LACIÓ VENTRICULAR i aquestes només reverteixen amb DESFIBRIL·LACIÓ.
- L'inici de la RCP i l'aplicació (si cal) de la desfibril·lació no es pot demorar més de 8 minuts sinó, la supervivència és inferior al 5% i les seqüeles molt severes.
- Les altres tipus d'aturada cardiorespiratòria que no són FV o TV sense pols: ASISTÒLIA I ACTIVITAT ELÈCTRICA SENSE POLS, tenen una supervivència inferior al 6%, malgrat tots els esforços efectuats.

EVIDÈNCIES

- Qualitat
- Rapidesa

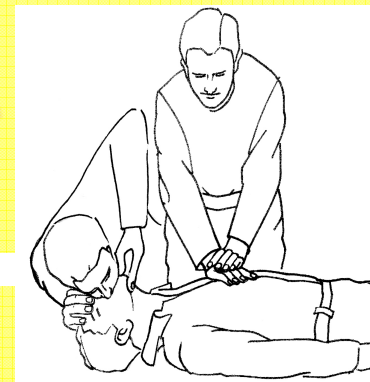


camfic
societat catalana de
medicina familiar i
comunitària

LA RCP VA ADREÇADA A TOTA VÍCTIMA QUE:

- **NO RESPON**
i
- **NO RESPIRA NORMALMENT**

CAL IDENTIFICAR-LES I EFECTUAR
IMMEDIATAMENT LES COMPRESSIONS
TORÀCIQUES



RCP
30:2

de Ressuscitació



camfic
societat catalana de
medicina familiar i
comunitària

SEQÜÈNCIA D'ACTUACIÓ SVB

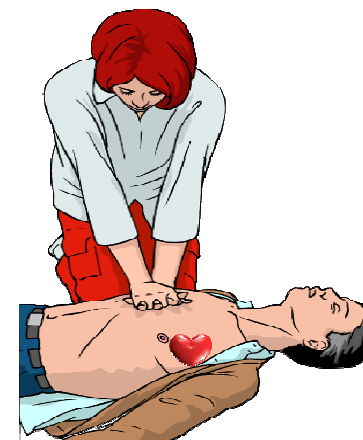
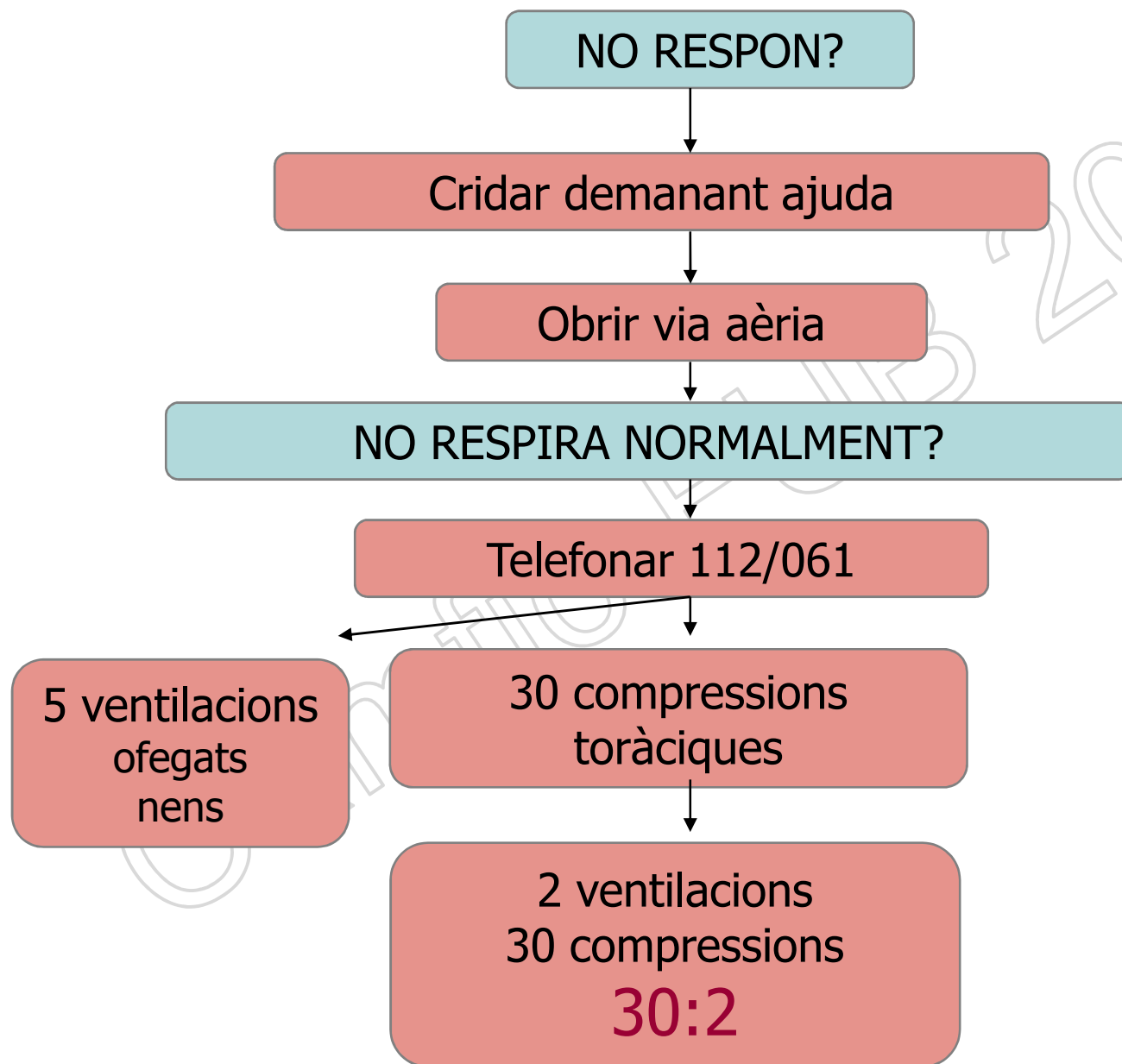
- Continui les maniobres fins que:
 - Arribi un equip qualificat
 - El pacient respiri amb normalitat
 - Vostè estigui exhaust



- Utilitzi **mètodes de barrera** per fer les respiracions boca a boca
- No es valora la cerca de pols carotidi sinó s'està entrenat
- Consideri el malalt inconscient i que no respira amb normalitat com **ACR**
Respiracions agòniques, sorolls, respiracions inefectives han de ser considerades com **respiracions no efectives** i actuar com si el pacient no respirés
- Intenti **no interrompre mai** les compressions toràciques.



Suport Vital Bàsic



SUPORT VITAL AMB D.E.A.



RCP 30:2

HI HA PERILL? VALORA LA VICTIMA

NO RESPON ?

→ **CRIDA: AJUDA**

Obre la via aèria
NO RESPIRA NORMAL

→ **ACTIVA 112/061**



RCP FINS DEA PREPARAT



Anàlisi ritme

XOC INDICAT

DEFIBRIL·LAR 1 XOC
150J Bifàsic; 360J monofàsic

RCP 2 min
5 VEGADES 30/2

XOC NO INDICAT

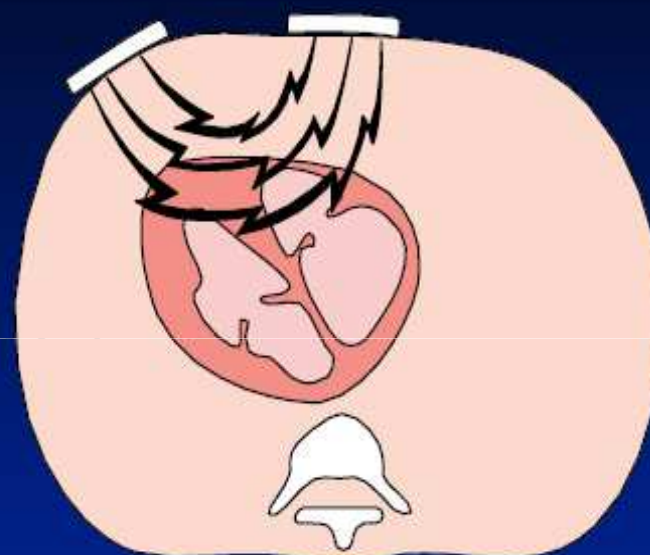
RCP 2 min
5 VEGADES 30/2

Continuar fins respiració normal
Arribada SEM

Colocación electrodos de desfibrilación



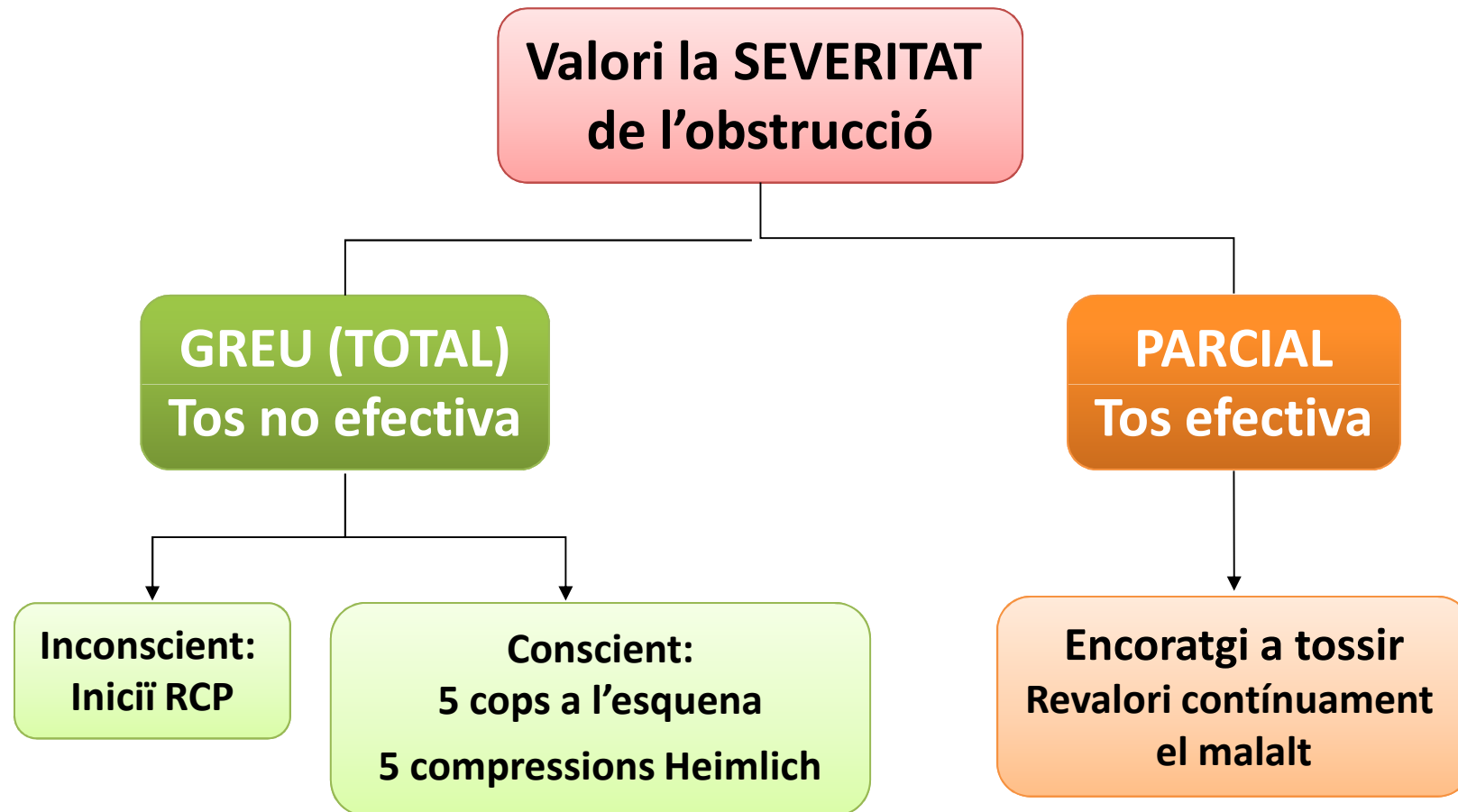
Correcta posición



Incorrecta posición

- **Una buena colocación de los electrodos optimiza la energía que pasa a través de los ventrículos.**

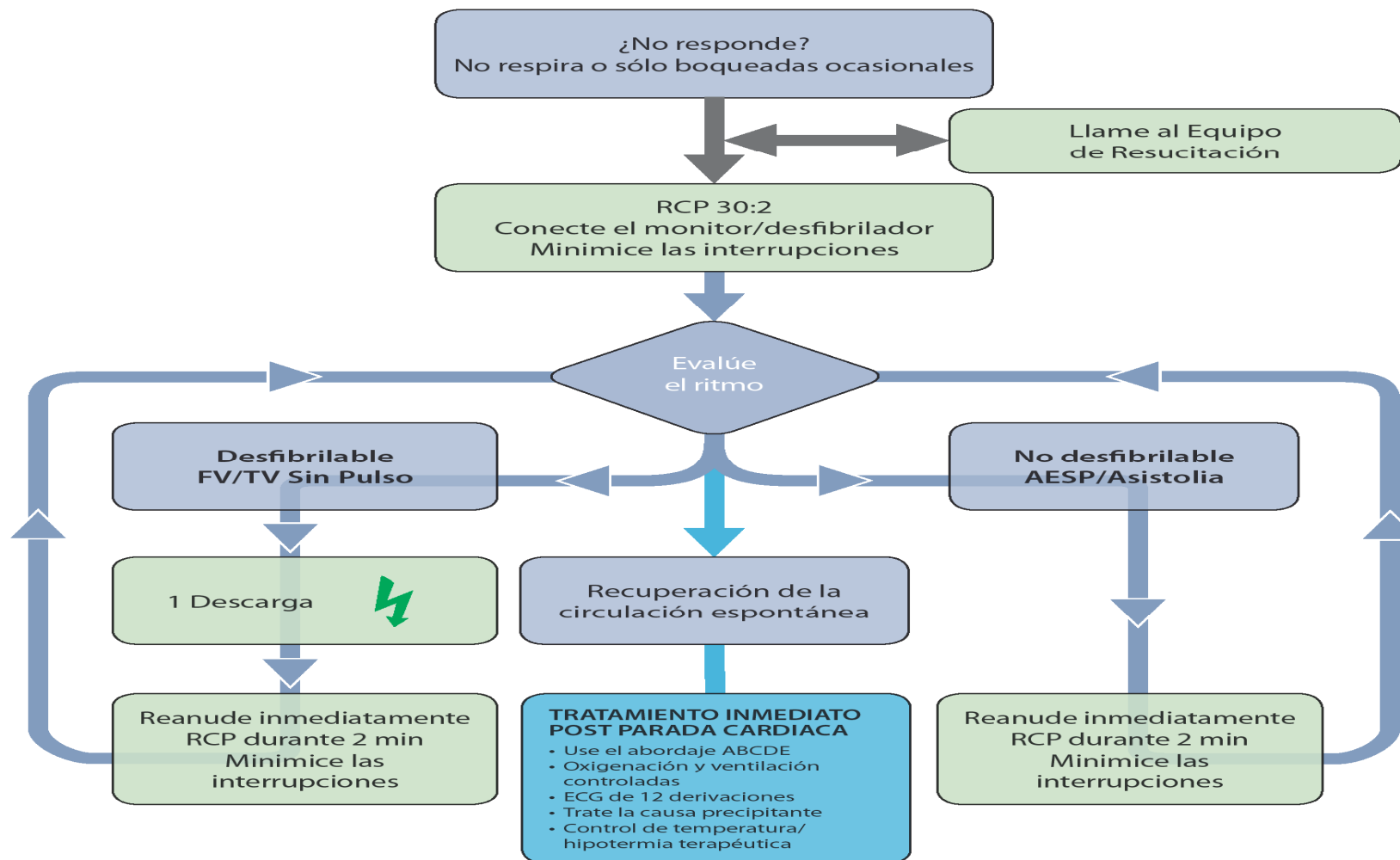
OBSTRUCCIÓ DE LA VIA AÈRIA





Soporte Vital Avanzado

Algoritmo Universal



DURANTE LA RCP

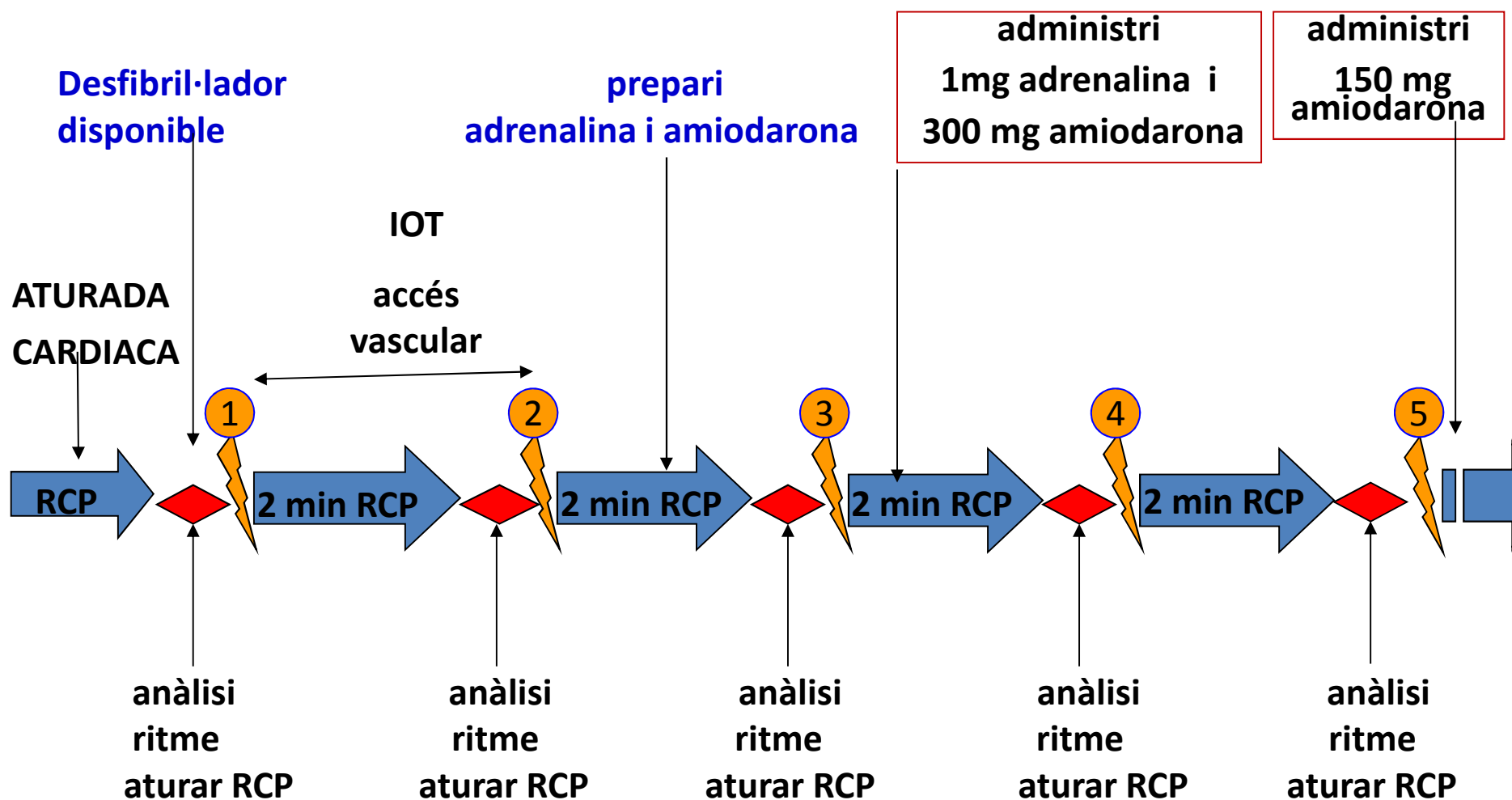
- Asegure una RCP de calidad: frecuencia, profundidad, descompresión
- Planifique las actuaciones antes de interrumpir la RCP
- Dé oxígeno
- Considere el control avanzado de la vía aérea y la capnografía
- Compresiones torácicas continuas cuando se haya asegurado la vía aérea
- Acceso vascular (intravenoso, intraóseo)
- Administre adrenalina cada 3-5 min
- Corrija las causas reversibles

CAUSAS REVERSIBLES

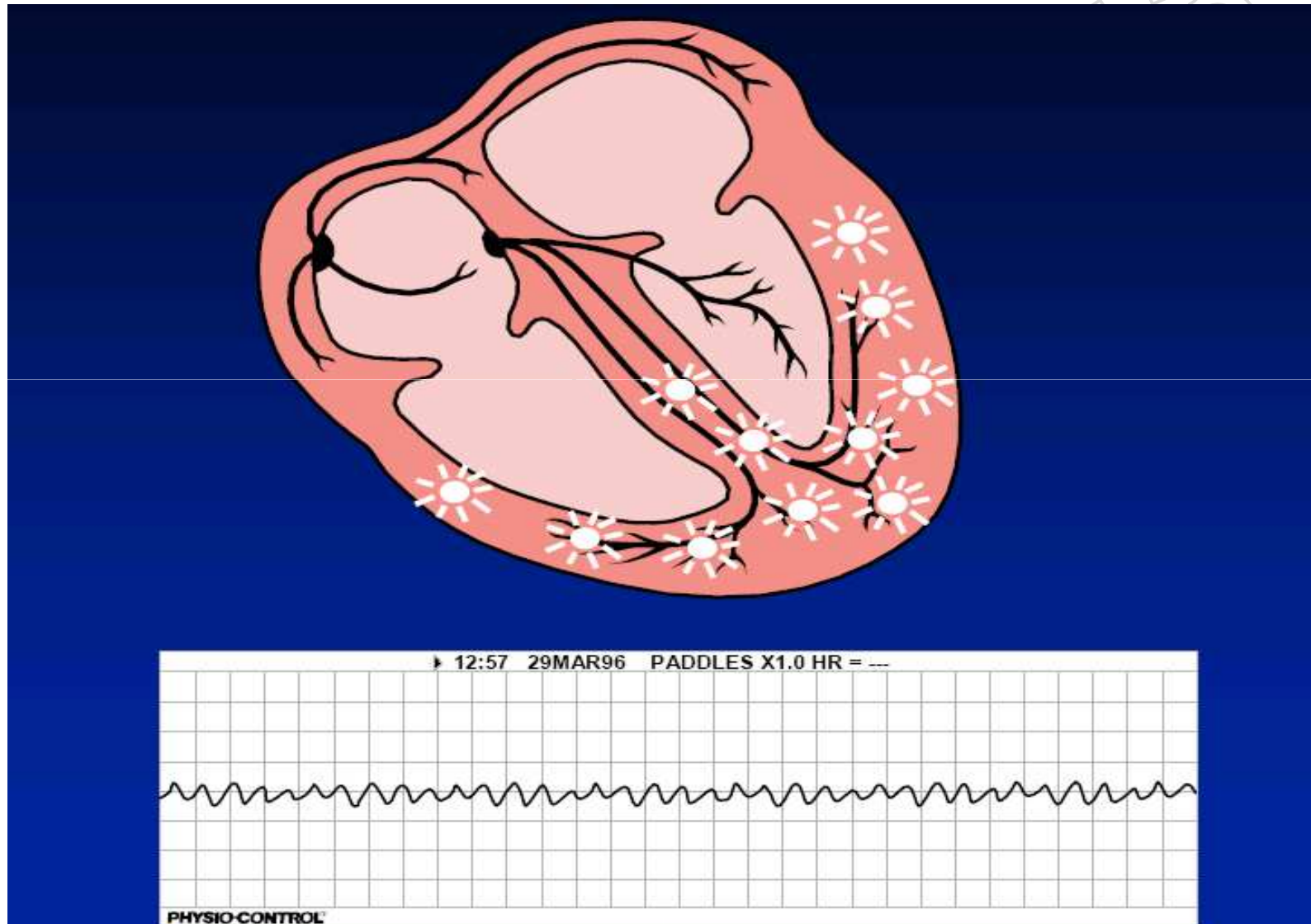
- Hipoxia
- Hipovolemia
- Hipo/hiperkaliemia/metabólico.
- Hipotermia
- Trombosis
- Taponamiento cardíaco
- Tóxicos
- Neumotórax a Tensión

Algoritme d'actuació en el SVA

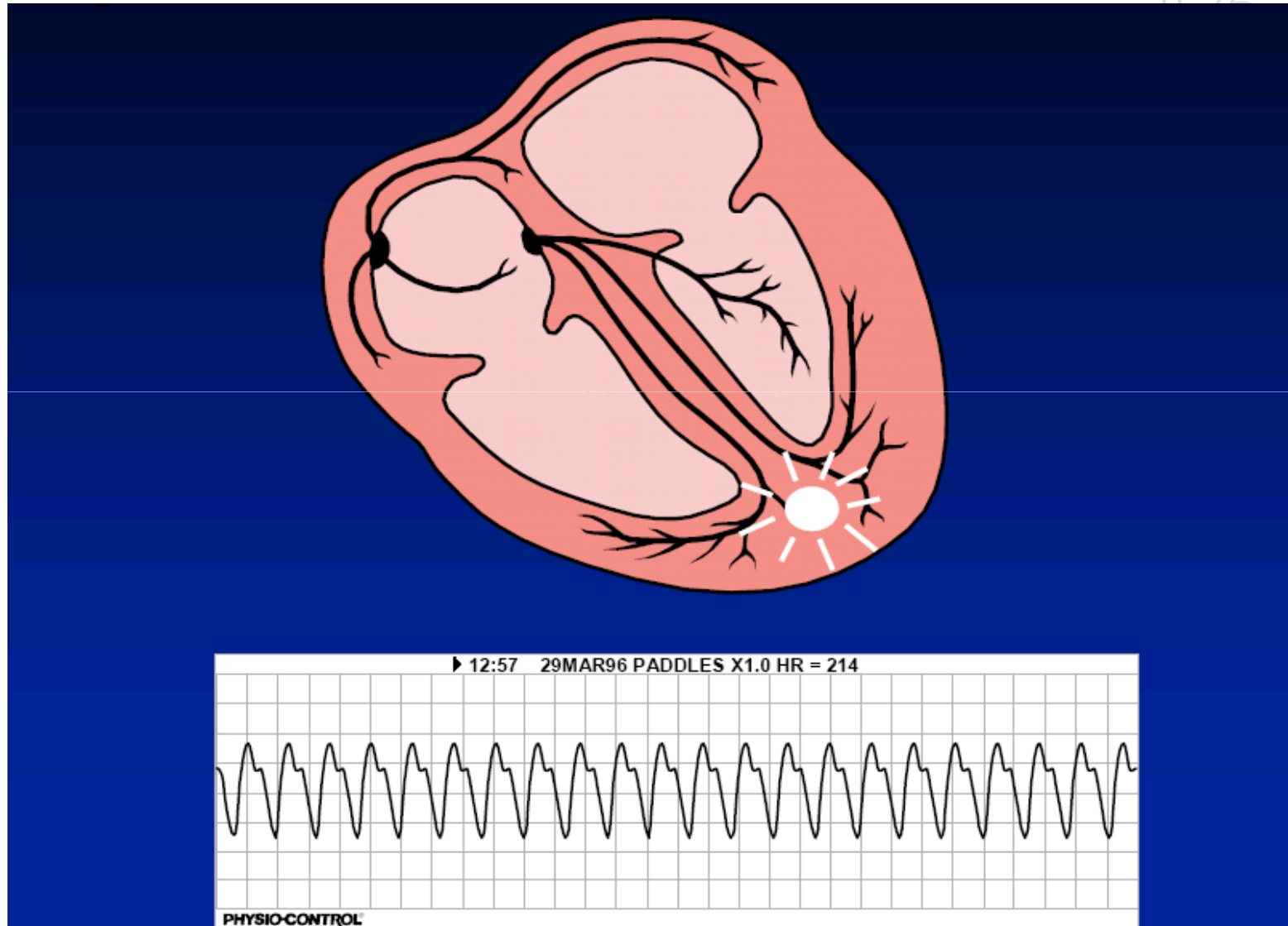
Ritmes desfibril·lables (FV/TVSP): Seqüència

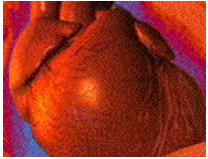


Fibrilación Ventricular



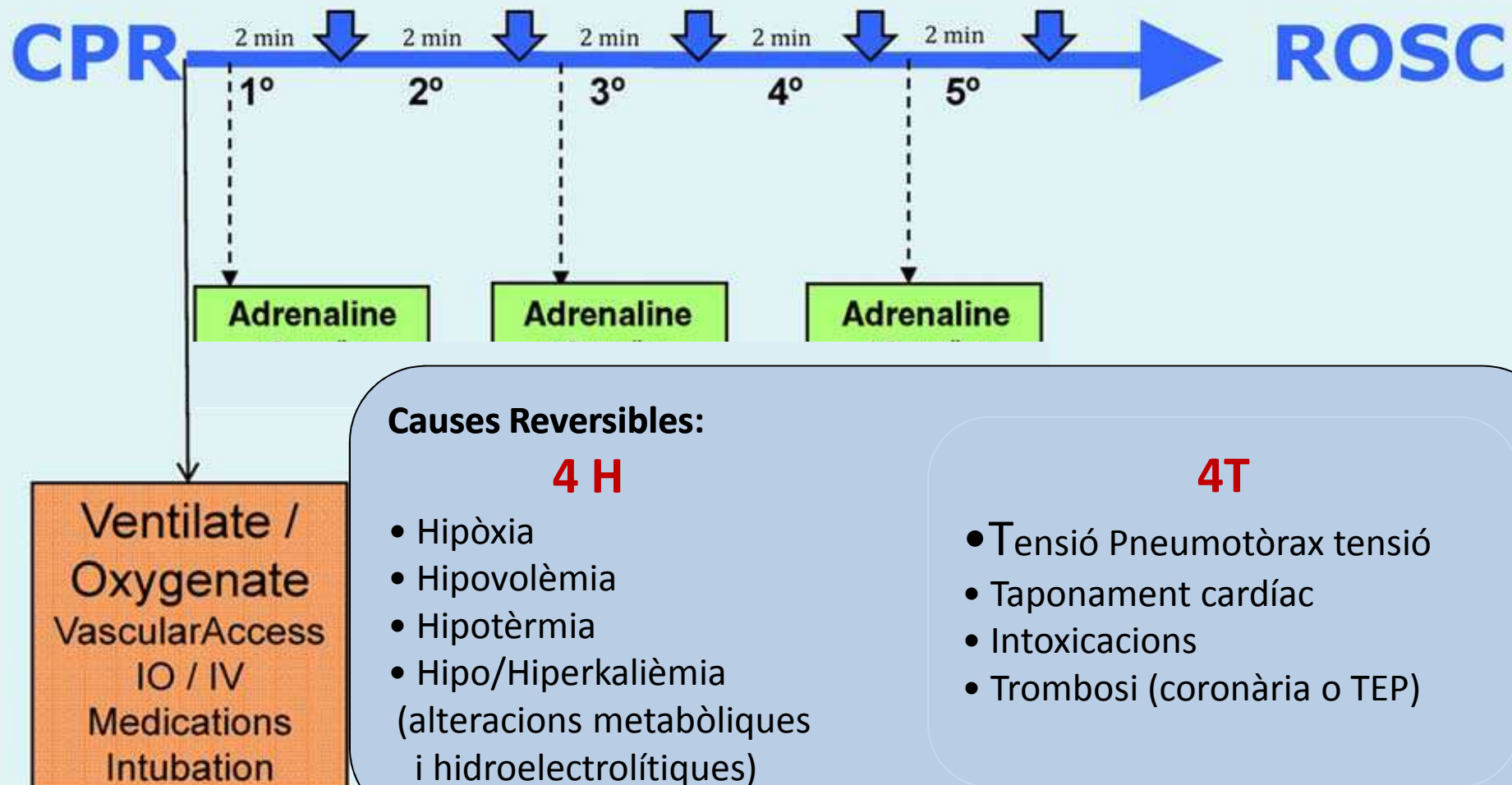
Taquicardia Ventricular sin pulso





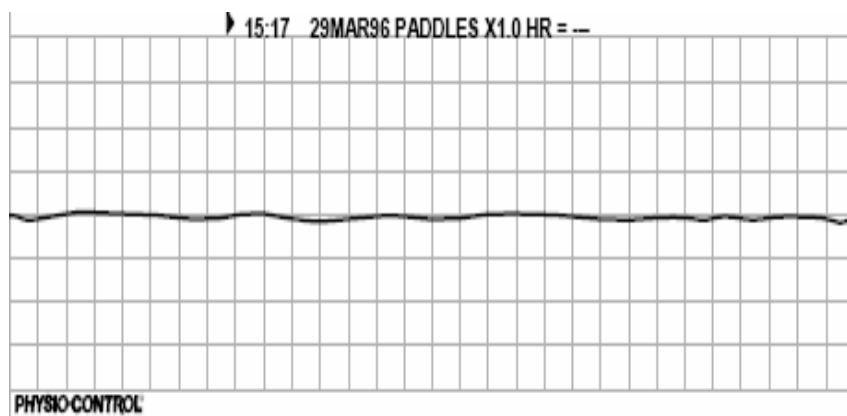
Algoritme d'actuació en el SVA

Ritmes No desfibril·lables (Asistolia/AESP): Seqüència



- **Ritmes no desfibril·lables**
(Asistolia/Actividad eléctrica sin pulso (AESP)).

Asistolia

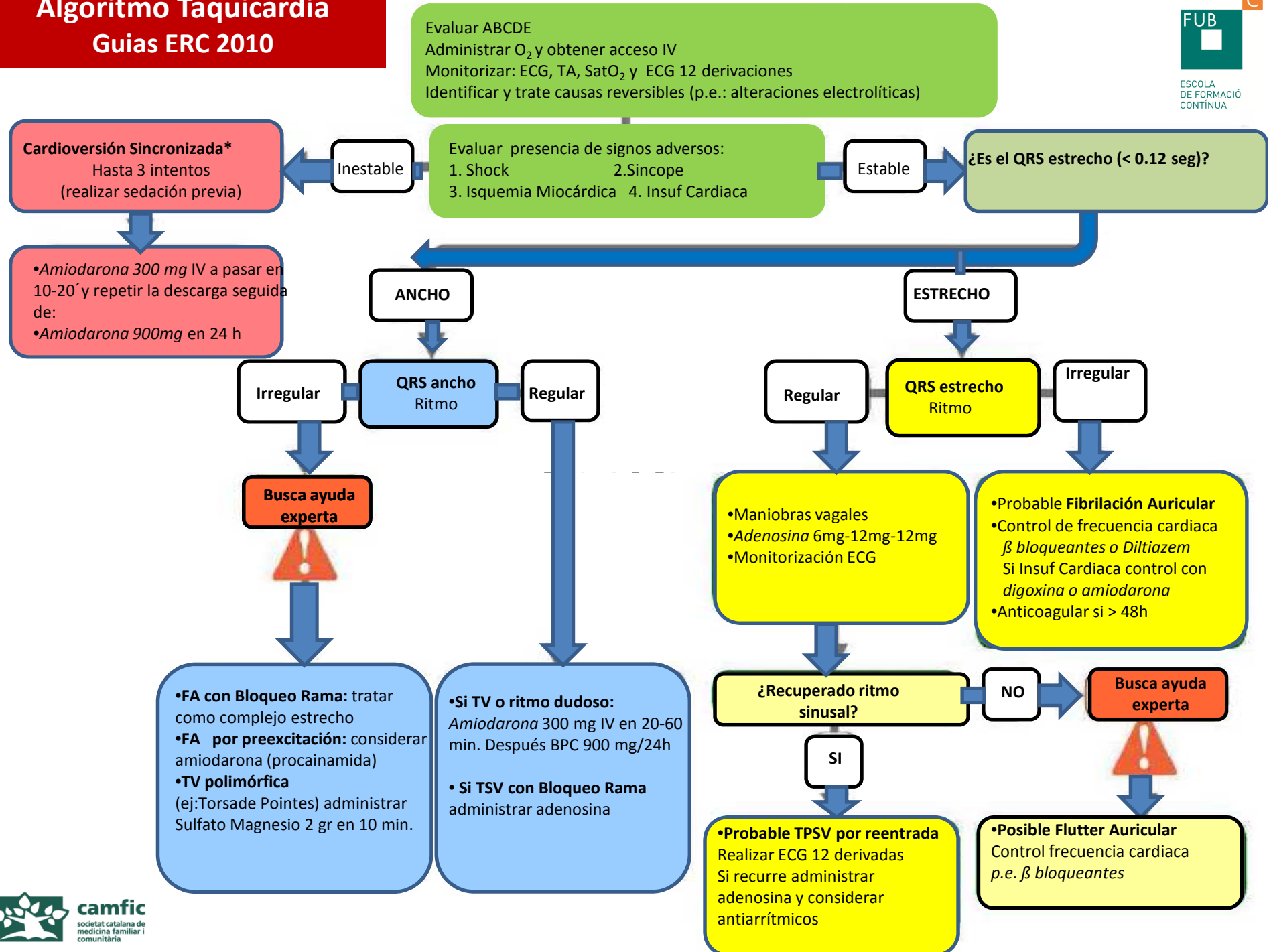


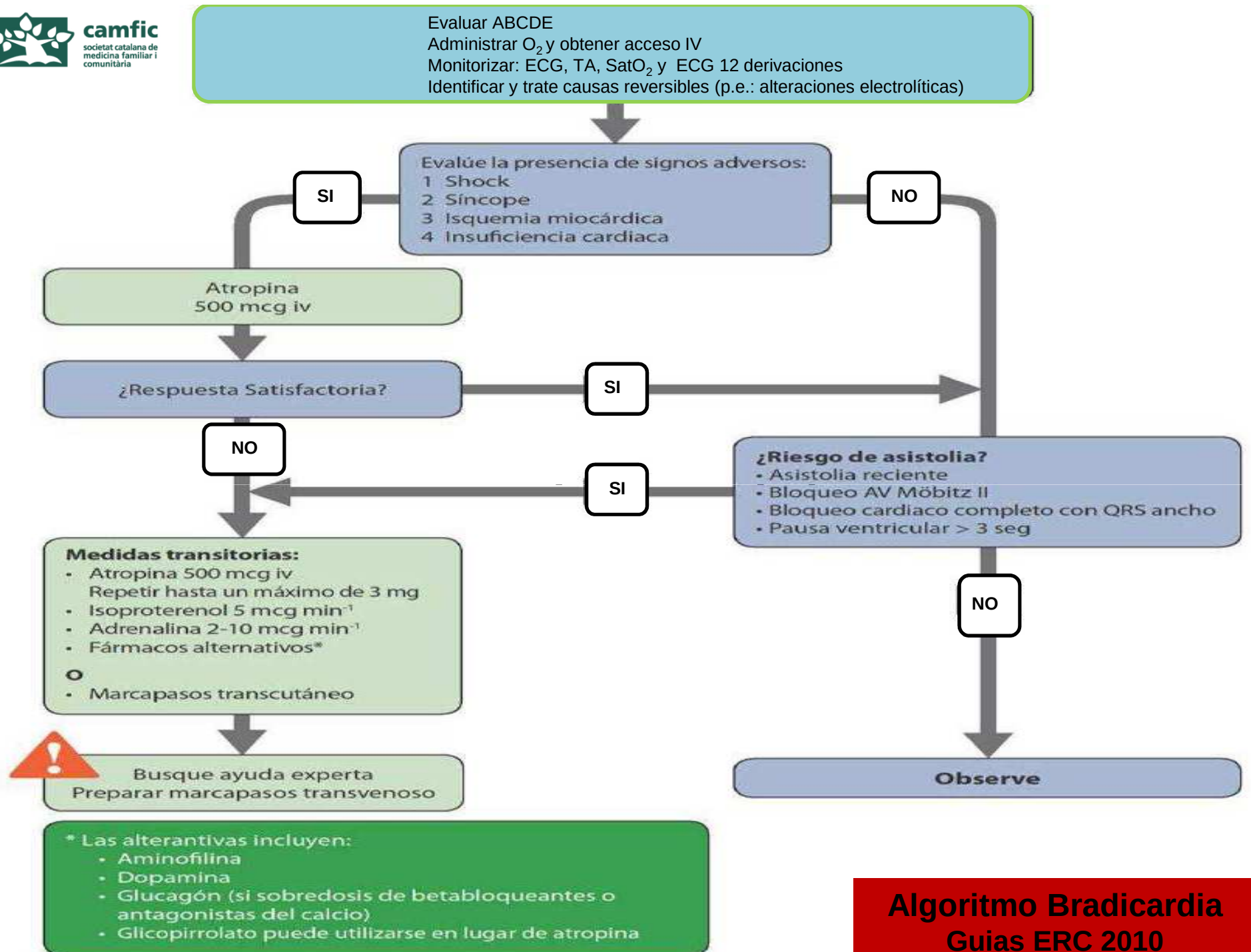
AESP



Algoritmo Taquicardia

Guías ERC 2010



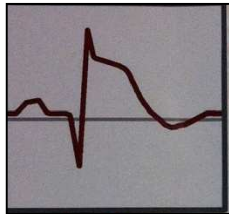
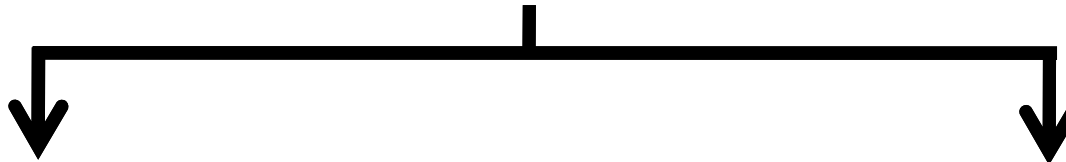


Dolor toràctic no traumàtic



ECG complet de 12 derivacions.

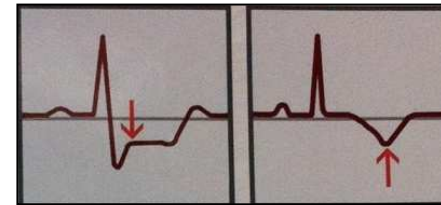
Objectiu: en menys de 10 minuts.



SCAEST



112 Activació CODI IAM



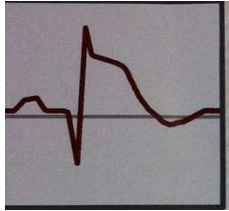
SCASEST



Estratificació de risc.
Derivació a Hospital

TRACTAMENT

SCAEST



112 Activació CODI IAM

El tractament és la REPERFUSIÓ de l'artèria el més precoç possible. El temps és miocardi

Angioplàstia Primària

Millor si es realitza en el temps adequat.
Si possible <120min és la primera opció.

Fibrinolisis

Si no és possible AP en <120'.
Objectiu porta-agulla 30 min.

TRACTAMENT COADJUVANT

El tractament coadjuvant **MAI** ha de retrassar el tractament de reperfusió.

- **DOBLE ANTIAGREGACIÓ:**
 - **AAS 250 mg vo:**
 - Si presenta vòmits: 450 mg ev d' **Acetilsalicilat de Lisina** (½ amp Inyesprin)
 - Si al·lèrgia o contraindicació. No administrar.
 - **Clopidogrel:**
 - Si **ICP Primària**: Administrar **600 mg vo**.
 - Si Fibrinòlisi: **300 mg vo** (si <75anys), **75 mg** (si >75 anys).

Inhibidors receptors ADP

- Clopidogrel
 - Dosi càrrega: 300mg vo.
 - En pacients de risc alt o intermig.
 - Manteniment: 75mg/dia.
- Prasugrel (DM <75 anys i pes >60Kg, no antec AVC/AIT)
 - Dosi càrrega 60mg vo
 - Manteniment: 10mg/24h
- Ticagrelor (CI hemorràgia intracranial, insuficiència hepàtica moderada-severa)
 - Dosi de càrrega 180mg vo
 - Dosi manteniment: 90mg/12h

CODI IAM

FIBRINOLISI PREHOSPITALÀRIA si està indicada
Tenecteplase (TNK) + Enoxaparína

TNK en bolus ràpid (< 10 min), ajustat al pes:

Pes (kg)	Tenecteplase (mg)	Volum solució (ml)
<60	30 (amp de 10 ml)	6
>60 - < 70	35 (amp de 10 ml)	7
>70 - < 80	40 (amp de 10 ml)	8
>80 - < 90	45 (amp de 10 ml)	9
>90	50 (amp de 10 ml)	10

Enoxaparína:

- Menors de 75 anys i creatinina <2,5 mg/dl (< 2mg/dl en dones): Bolus de 30 mg iv seguit als 15 minuts d'1mg/kg sc (primeres dosis no han de superar 100 mg).
- Majors de 75 anys i/o insuficiència renal coneguda: No bolus inicial, iniciar amb 0,75 mg/kg sc (màxim 75 mg).

CONTRINDICACIONS ABSOLUTES DE LA FIBRINOLISI

- Antecedent d'hemorràgia cerebral prèvia o AVC de causa desconeguda.
- AVC isquèmic en els últims 6 mesos.
- Neoplàsia o traumatisme en el SNC, malformació vascular intracranial coneguda.
- Traumatisme / cirurgia / dany en les 3 darreres setmanes.
- Sospita de Síndrome Aórtic Aguda.
- Trauma/cirurgia important o trauma craniocefal <3 mesos.
- Signat actiu (excepte menstruació) o coagulopatia coneguda.
- Signat gastrointestinal en l'últim mes.
- Funcions no compressibles recents (biòpsia hepàtica, punxó lumbar, etc.).

CONTRINDICACIONS RELATIVES DE LA FIBRINOLISI

- Accident isquèmic transitori en els darrers 6 mesos.
- Tractament antitrombotic oral.
- Gestació o primera setmana posterior al part.
- HTA refractària (pressió sistòlica >180 mmHg i/o diastòlica >11 mmHg).
- Malaltia hepàtica avançada.
- Endocarditis infecciosa.
- Úlcera pèptica activa.
- Maniobres de ressuscitació avançades prolongades.



ALT RISC HEMORRÀGIC:

- >75 anys
- <60 kg
- AP: hemorràgia intracranial
- Tractament ACO
- Hepatopatia

En cas d'hemorràgia activa NO donar tractament antitrombòtic

IAM EXTENS:

- Abassement ST V1-V4 o més
- >2mV a V2, V3, V4

* Doble antitrombotic: AAS+Clopidogrel

** No d'alt risc al donar Prasugrel

*** Si Prasugrel contraindicat (allèrgic, ACOA o alt risc hemorràgic): Ticagrelor
Si el pacient pren prèviament Prasugrel o Ticagrelor, no administrar dosis de càrrega.

codi IAM



Atenció
d'emergència a la
malaltia
cardiovascular



canalsalut.gencat.cat



Generalitat de Catalunya
Departament
de Salut

emergències mèdiques



MESSURES SUPORT /ANALGÈSIA

- **Oxigenoteràpia** O2 VM 50% o alt fluxe→ Sat >95%
 - **Nitroglicerina** 0.4 mg sl cada 5 minuts repetible màx 3-4 dosis
Compte!! en TAS <90, FC <50 o >100, IAM Ventricle Dret,
tractament en les últimes 24 h amb inhibidors de la fosfodiesterasa
(disfunció erèctil).
 - **Clorur mòrfic**, 4-8 mg ev, amb dosis addicionals de 2 mg cada
5-15 minuts (màxim 15-20 mg)
- * Alternativa: meperidina 100mg : 25mg ev, cada 5' , màx 100 mg.
Si component vagal. Compte IRC 4.
- * Metamizol ev
- No AINE, inhibidors de la COX-2 (efecte protrombòtic).
 - Altres: Metoclopramida (si vòmits), Diazepam (si ansietat),



SVB AL POLITRAUMA

- **Protegir:**
 - Protegir-nos.
 - Protegir el malalt.
 - Protegir l'entorn.
- **Alertar:**
 - Recursos adients (Policia, SEM, etc.)
- **Socórrer:**
 - Valoració inicial i tractament dels problemes RIM (Risc Imminent de Mort).



VALORACIÓ PRIMÀRIA

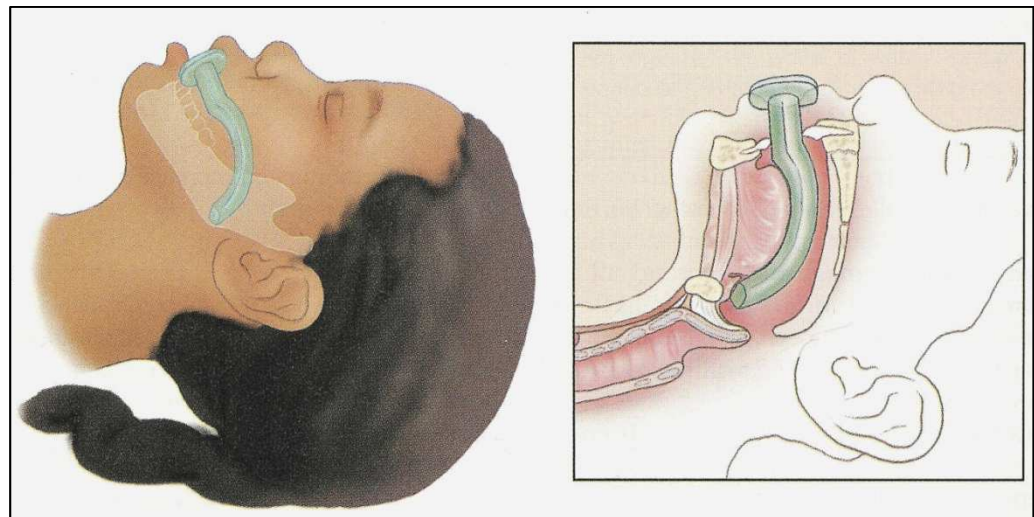
- **A**: Permeabilitzar via aèria amb control cervical
- **B**: Assegurar ventil·lació / oxigenació
- **C**: Control circulatori i monitorització
- **D**: Valoració neurològica
- **E**: Despullar pacient i col·locar sondes

SVB AL POLITRAUMA

A : La pacient ronca i té sang a la boca.

- Control bimanual columna cervical.
- Apertura boca amb tracció mandibular.
- Aspiració de secrecions.
- Cànula de Guedel.

Imagen del manual ATLS. Advanced Trauma LifeSupport, .



SVB AL POLITRAUMA

- **B** : Taquipnea, Respiració Simètrica i SatO2 89%, Auscultació anodina.
 - Oxigenoteràpia alta concentració.



SVB AL POLITRAUMA

- **C** : Fractura oberta de fèmur E amb hemorràgia externa i inestabilitat pèlvica, FC 105x', pols radial dèbil, reomplenament capil·lar <2seg, pal·lidesa cutànea.
 - Control hemorràgia.
 - Accés venós: Fluidoteràpia i Sedoanalgesia.

SVB AL POLITRAUMA

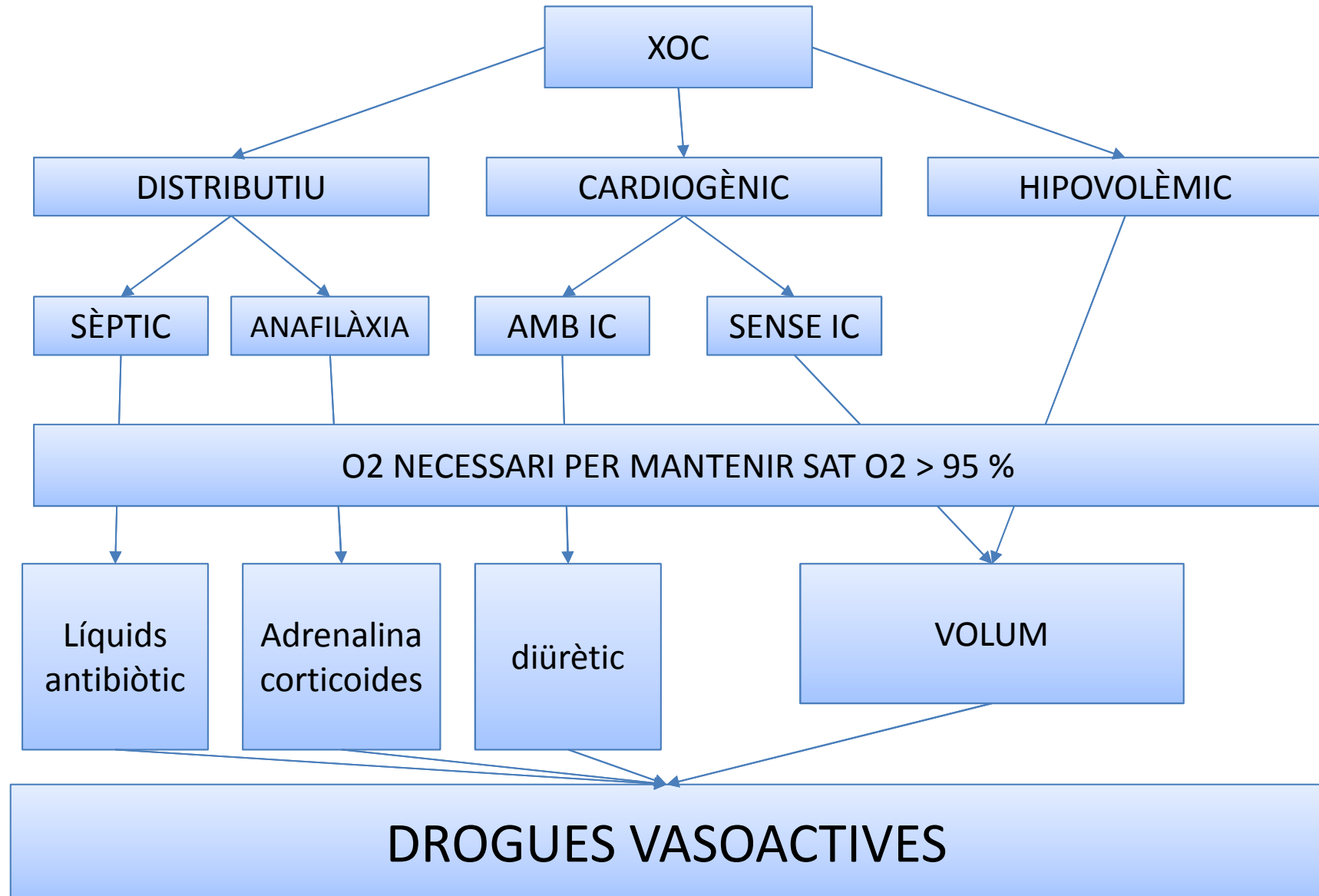
- **D** : Apertura ocular al dolor, sons incomprensibles, retira al dolor, Pupil·les normoreactives i simètriques.
 - Aïllament de Via Aèria.

GLASGOW COMA SCALE					
OBERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	
Espondani	4	Orientada	5	Obeeix ordres	6
A la veu	3	Confusa	4	Localitza dolor	5
Al dolor	2	Paraules inapropiades	3	Retira	4
Cap	1	Sons incomprensibles	2	Flexió	3
		Cap	1	Extensió	2
				Cap	1

SVB AL POLITRAUMA

- **E** : EEII E en rotació externa
 - Protegir al malalt de l'hipotèrmia.
 - Immobilitzar fractures.
 - Reevaluar ABC i tractament.
 - Mantenir conducta expectant en espera de l'arribada dels Serveis d'Emergències.

TRACTAMENT



ANAFILÀXIA

- Causa rara i reversible d'ACR
- La fisiopatologia del procés requereix un tractament específic
- És una reacció sistèmica d'hipersensibilitat
- Afecta via aèria, sistema cardiovascular, tracte gastrointestinal i pell
 - Manifestacions d'hipersensibilitat: rinitis, conjuntivitis, dolor abdominal...
 - Edema laringe: obstrucció via aèria
 - Broncoespasme, hipotensió
 - Colapse cardiovascular, mort

TRACTAMENT

MESURES GENERALS:

- Suspendre o separar la causa (perfusions venoses)
- Considerar la **intubació traqueal precoç**
 - Pot ser necessària cricotiroidotomia
- **Oxigen:** alt fluxe i alta concentració
- **Adrenalina:**
 - 0.5ml (1:1000) IM s'absorbeix ràpidament (preferible a l'administració SC)
 - Repetir la dosi si és necessari als 5 minuts
 - Administració IV: dilució 1:10.000 amb el pacient monitoritzat (menys recomanable)
- **Antihistamínic:** considerar l'administració IV lenta, així com afegir Ranitidina 50mg IV

TRACTAMENT

- **Corticoides:**
 - Administrar corticoides en injecció IV lenta, inici d'acció a les 4-6 hores.
- **Broncodilatadors inhalats:**
 - Beta2 agonistes (salbutamol 0,5 mg) per a revertir el broncospasme.
 - Bromur d'Ipratropi (500 mcg) pot ser útil en el broncospasme en pacients que prenen betabloquejants.
- **Líquids:**
 - 1-2 litres IV infusió ràpida, poden ser necessaris fins a 4-8 litres en la reanimació inicial.

CONVULSIONS

Anamnesi a l'acompanyant
epilepsia coneguda? Temps inici crisi?
Context? Consum o privació de drogues o fàrmacs?
Antecedents patològics i medicació habitual

Valoració NRL ràpida, permeabilitzar via aèria, aspiració secreccions, administrar oxigen, ventilació eficaç, via venosa perifèrica, constants vitals

No respon en 2 min

BZD 1^a dosi

No respon en 5 min

BZD 2^a dosi

No respon en 5 min

Activació Sistema Emergències mèdiques

No respon en 5 min

BZD 3^a dosi

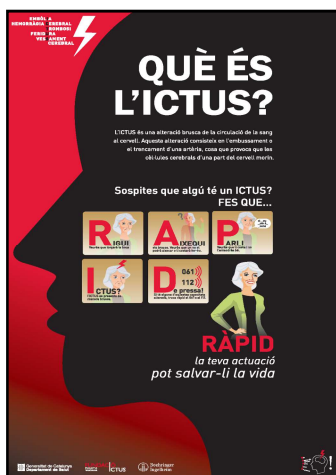
•Hipoglicèmia:
Glucosmon(+/- tiamina 100mg ev)
•Hipertèrmia:
Paracetamol

Estatus epilèptic convulsiu tónico-clònic:

- Crisi convulsiva generalitzada contínua ≥ 5 minuts
- ≥ 2 crisi convulsives generalitzades sense recuperació de la consciència entre elles
- Crisis seriades: ≥ 3 crisis convulsives generalitzades en una hora

TRACTAMENT CONVULSIONS

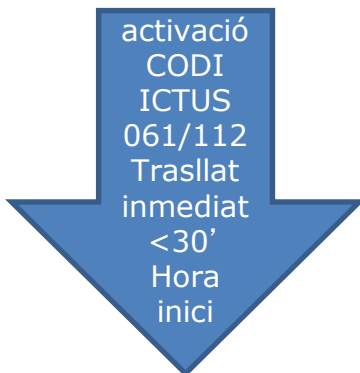
Fàrmac	Dosis inicial adult/ Dosis màx	Temps de control crisi	Durada efecte
DIAZEPAM Amp 2ml/10mg Microenemes 5 i 10mg	5-10mg D màx 20mg ev, rectal 0' 2-0' 5 mg/kg	1-3 min	10-30 min
CLONAZEPAM Amp 1ml/1mg	1-2 mg D màx 4mg ev 0' 1 mg/kg	3-10 min	12h
MIDAZOLAM Amp 1mg/ml ; 15mg/3ml; 5mg/ml	1-5mg ev, im, bucal, nassal, rectal 0' 1 mg/kg ev; 0' 2 mg/kg nassal i 0' 2-0' 5 mg/kg mucosa jugal	1-1,5 min	10-30 min



CODI ICTUS

Criteris activació
 símptomes focals (RÀPID +) <8h (ictus del despertar o inici incert)
 Si bona qualitat de vida prèvia (autònom a la marxa, bany, vestir-se)

Sospita ictus
 Episodi sobtat de dismetria facial, pèrdua de força o sensibilitat en braç o cama, o trastorn de la parla (afàsia o disàrtria). (RÀPID)



Determinar TA, FC, Sat O₂, glicèmia, Temperatura
 Via venosa perifèrica braç no parètic
 No administrar AAS ni hipotensors
 Si sèrum: sèrum fisiològic
 Repós, elevació cap 30°



- Glicèmia >180 mg/dl → insulina ràpida
- PAS > 220 o PAD > 120 → captopril 25mg vo
- *Labetalol: 20mg ev bolus, repetir cada 10' 20-80 mg (Dmàx 300mg)
- Hipotensió : TA S < 90mmHg: SF ev
- T > 37,5°C → paracetamol vo /ev
- Sat O₂ < 94% → oxigenoteràpia



* labetalol: perfusió 1-2mg/min. CI: asma, mpoc, Insuficiència cardíaca descompensada, BAV, cocaïna, psicotròps

CRITERIS D'EXCLUSIÓ

- Síncope
- Crisis comicial
- Migranya
- Síndrome Confusional Agut
- Trastorns metabòlics (hipoglicèmia)
- Intoxicacions
- Patologia crònica de base amb mala qualitat de vida



camfic

societat catalana de
medicina familiar i
comunitària



Gràcies per la vostra atenció

Darrera revisió desembre 13'