

# GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

## Guía de Referencia Rápida

Manejo Inicial Del  
Paro Cardiorespiratorio  
En pacientes mayores de 18 años

# GPC

## Guía de Práctica Clínica

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **IMSS-633-13**

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



## GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

**CIE-10: I46 Paro Cardíaco**

**GPC**

**Manejo inicial del paro cardiorrespiratorio en pacientes mayores de 18 años.**

**ISBN en trámite**

### DEFINICIÓN

Paro cardiorrespiratorio: Es la interrupción repentina y simultánea de la respiración y el funcionamiento del corazón debido a la relación que existe entre el sistema respiratorio y circulatorio (OPS)

### CONTEXTO

El paro cardíaco súbito que ocurre fuera del hospital es un importante problema de salud pública, casi medio millón de muertes por año en estados unidos se atribuyen al paro cardíaco súbito y 47% de estas ocurren fuera de los hospitales. (Still IG, 2000) La mayoría de las comunidades tienen un rango de sobrevivencia menor al 5% cuando el paro ocurre fuera del hospital.

En Estado Unidos la incidencia anual de paro cardíaco extra hospitalario es de 0.55 por cada 1000 habitantes al año, en el contexto mexicano se hablaría de 189,000 muertes súbitas de cualquier etiología por año, sin embargo no se cuenta con registros precisos sobre estos eventos. (Aguilera C, 2012).

Un estudio realizado en Querétaro entre 2006 y 2007 encontró que solo 2% de las víctimas recibían RCP (reanimación cardiopulmonar) por un primer respondiente antes del arribo de la ambulancia" (Aguilera C, 2012) >

Los paros cardíacos que se presentan en los hospitales, representan un problema social, sanitario y económico de gran magnitud. La literatura internacional considera que entre 1.04% y un 2% de los pacientes ingresados y hasta un 30% de las defunciones precisan técnicas de reanimación cardiopulmonar, la mitad de estos paros se producen fuera de las áreas de las unidades de cuidados intensivos y en la actualidad en el mejor de los casos, solo 1 de cada 6 pacientes tratados sobrevivirá y podrá ser dado de alta.

### CONSIDERACIONES PREVIAS AL EVENTO EQUIPOS DE RESPUESTA RÁPIDA

- ✓ El papel del trabajo en equipo, la comunicación efectiva, y el comportamiento de liderazgo es crucial en la gestión de situaciones de emergencia >
- ✓ Aun cuando existe evidencia contradictoria, el consenso de expertos recomienda la evaluación sistemática de los pacientes en riesgo de paro cardíaco, una respuesta organizada para estos eventos y la evaluación de resultados que fomenten la mejora continua de la calidad en la reanimación
- ✓ Los equipos de respuesta rápida y los equipos médicos de emergencia son los componentes del sistema que son potencialmente importantes en la reducción de la incidencia de mortalidad, y mejora de la supervivencia.

- ✓ Se recomienda la realización en secuencia de los pasos para cadena de supervivencia con identificación de paro y activación del sistema de emergencia, RCP básica de calidad, desfibrilación hasta la obtención de RCP avanzado
- ✓ Se recomienda la verificación de cada paso de la cadena de supervivencia
- ✓ El papel del trabajo en equipo, la comunicación efectiva, y el comportamiento de liderazgo es crucial en la gestión de situaciones de emergencia
- ✓ Es necesario realizar investigación adicional en el desempeño de los equipos de reanimación tanto para delimitar el efecto de las interacciones del equipo sobre su rendimiento en el manejo del evento. De esta manera, a través de investigaciones adicionales, se lograra determinar la influencia de factores individuales, factores de equipo y factores externos sobre el rendimiento del equipo en situaciones de reanimación
- ✓ Se recomienda la implementación de equipos de respuesta inmediata en cada unidad de salud independientemente del nivel de atención

### EVALUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE CON INMINENCIA DE PARO CARDIACO

- ✓ Todo paciente que se encuentra en unidades no críticas con alteraciones de sus constantes fisiológicas debe ser valorado por el equipo de respuesta inmediata >
- ✓ Debe considerarse la preocupación del familiar sobre la condición del paciente como parámetro para activar el equipo de respuesta inmediata
- ✓ Quien debe decidir terminar la reanimación debe adecuarse a cada contexto; pre hospitalario, hospitalario, y varía acorde a la legislación o la cultura.
- ✓ En el contexto hospitalario la decisión usualmente se realiza por el médico más experimentado o el líder del equipo de reanimación cuando se necesita
- ✓ Usualmente la reanimación es inútil en casos de lesión mortal como decapitación, rigor mortis, lividez dependiente y maceración fetal
- ✓ En el contexto hospitalario se recomienda la suspensión de la reanimación después de 20 minutos de soporte vital avanzado (SVA) si el ritmo de paro no es desfibrilable y se han revertido todas las posibles causas de paro
- ✓ En toda hospitalización de pacientes con enfermedad terminal debe considerarse la declaración de voluntad anticipada.
- ✓ En todo caso deben salvaguardarse los cuidados paliativos que son el cuidado activo y total e aquellas enfermedades que no corresponden a un tratamiento curativo e incluyen el control del dolor, el manejo de otros síntomas así como la atención psicológica social y espiritual del paciente

Bajo la premisa de ley de voluntad anticipada no se faculta bajo ninguna circunstancia la realización de conductas que tengan como consecuencia el acortamiento intencional de la vida

### **CONSIDERACIONES DURANTE EL EVENTO PRIORIDAD INICIAL DEL PACIENTE CON PARO CARDIORESPIRATORIO MEDICIÓN DE LA SATURACIÓN DE OXIGENO**

- ✓ No se recomienda de rutina el uso de pulsioximetría como parámetro para determinar la calidad de la RCP

La medición cuantitativa de CO<sub>2</sub> al final de la expiración durante la RCP es una medida no invasiva y puede ser usada para determinar la efectividad de la misma

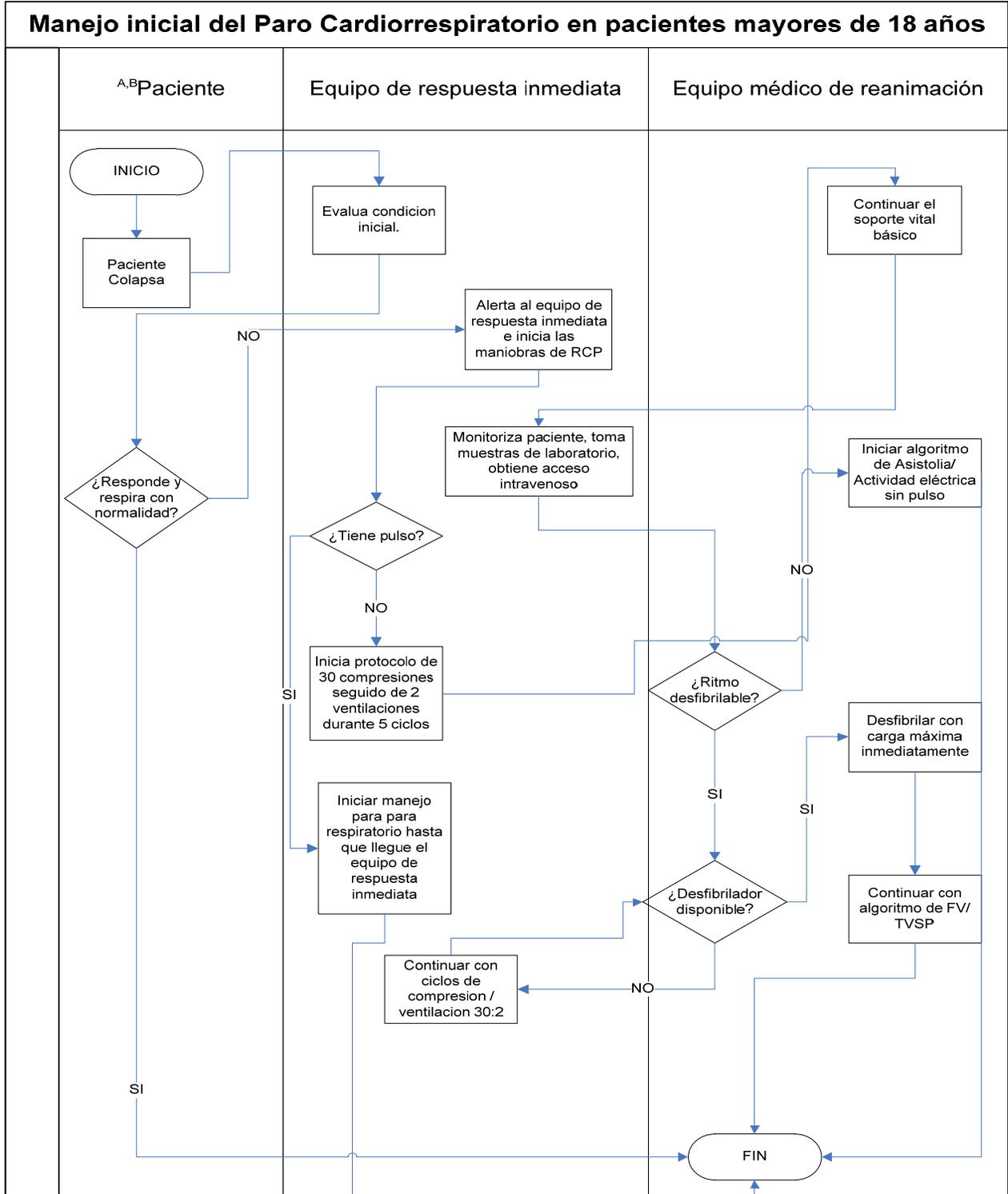
### **EFFECTIVIDAD DE LA APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS VIA ENDOTRAQUEAL VS. COLOCACIÓN DE CATÉTER CENTRAL DRANTE EL PARO CARDIACO O PARA CARDIORESPIRATORIO**

- ✓ Se recomienda en los casos en los que no se pueda obtener un acceso venoso periférico para la aplicación de medicamentos; como primera opción el acceso intraóseo, como segunda opción la colocación de catéter venoso central y como tercera la ruta intratraqueal.>
- ✓ En pacientes que no respiran o no respiran con normalidad y no es posible identificar pulso central en el lapso de 10 segundos deben iniciarse compresiones torácicas.
- ✓ Se recomienda que la relación compresión –ventilación en el paciente no intubado sea de 30 compresiones por 2 ventilaciones por cinco ciclos.
- ✓ Cada ventilación debe de durar 1 segundo y debe de tener suficiente volumen tidal para producir elevación visible del tórax.

### **UTILIDAD DE LA DESFIBRILACIÓN TEMPRANA EN EL PACIENTE CON PARA CARDIORESPIRATORIO**

- ✓ Se debe iniciar compresiones torácicas lo antes posible hasta contar con desfibrilador
- ✓ No debe retrasarse la desfibrilación cuando se cuenta con el recurso
- ✓ Las compresiones torácicas deben reiniciarse inmediatamente después de cada desfibrilación en la secuencia 30:2

DIAGRAMAS DE FLUJO



<sup>A</sup>Considerar la existencia del documento de voluntad anticipada en pacientes terminales

<sup>B</sup>Considerar posibilidades de éxito para iniciar o continuar maniobras de RCP

## GUÍAS DE HELSINKI DE NO INICIAR LA REANIMACIÓN

### CONTEXTO PREHOSPITALARIO

1.- En asistolia si el paro no se encuentra presenciado o si se retrasa el arribo de la ambulancia por más de 10 minutos de la llamada de ayuda o si no se consigue el retorno a la circulación espontanea en 20 minutos de apoyo vital avanzado.

2.- En paciente con actividad eléctrica sin pulso y la llegada de la ambulancia es mayor de 15 minutos de la llamada de ayuda o si el regreso a la circulación espontanea no se logra en 20 minutos de apoyo vital avanzado y en pacientes con actividad eléctrica sin pulso en los que no se logra el retorno a la circulación espontanea con 10 minutos de apoyo vital avanzado.

Se sugiere que no hay posibilidades de sobrevida al egreso del paciente en contexto prehospitalaria con una o las dos en las siguientes condiciones:

### REGLA DE PREDICCIÓN CLÍNICA DE MORRISON

1.- El paro no fue presenciado por el equipo médico de emergencias.

2.- No se ha realizado ninguna descarga eléctrica.

3.- No se ha logrado el retorno a la circulación espontánea en ningún momento durante la reanimación.

4.- Ningún testigo inició la RCP.

5.- No fue presenciado por ningún testigo.

- Todos los criterios se deben de cumplir antes de terminar la reanimación.

### CRITERIOS DE TERMINACION DEL CONSEJO EUROPEO DE REANIMACION

En ausencia de ritmo desfibrilable la reanimación puede suspenderse después de 20 minutos de apoyo vital avanzado.