



camfic
societat catalana de
medicina familiar i
comunitària

CURS D'URGÈNCIES

Mc GIVER



Grup Urgències Camfic



camfic
societat catalana de
medicina familiar i
comunitària

PROGRAMA

- Introducció
- Atenció a l'aturada cardiorespiratòria. Suport vital bàsic. Suport vital bàsic amb DEA.
- Obstrucció Vía Aèria
- Suport Vital Avançat (Algoritmes) .Arrítmies periparades
- Suport vital bàsic al pacient Politraumatitzat. Actuació ABCDE.
- Síndrome Coronari Agut
- Xoc.
- Material al box d'urgències del CAP.

OBJECTIUS

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

CAS CLÍNIC 1

- Durant la nostre jornada habitual, ens avisen per un home desplomat a la sala d'espera de la segona planta, i avui estem d'incidències!
- En arribar a la segona planta trobem un home d'uns 50 anys a terra, la sala d'espera està plena i s'ha format un bon caos. Un administratiu ha portat una cadira i amb ajuda d'alguns companys estan intentant de seure l'home a la cadira per baixar-lo a la planta baixa on està l'àrea d'urgències, el malalt té molt mal aspecte, no fa cap moviment i sembla que no respira.



?



Màxima nº 1: a l'emergència, lo primer es prendre'ns el propi pols (Casa de Dios, Samuel Shem).

OPCIONS

1.- Baixem ràpidament el malalt amb la cadira a la sala d'urgències, que és on tenim tot el material.

2.- Decidim començar l'assistència al terra de la sala d'espera.



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

- LA COMPRESSIÓ TORÀCICA, ÉS CAPAÇ D'ACONSEGUIR UNA RAONABLE PERFUSIÓ CORONÀRIA, PERÒ QUAN DEIXA DE FER-SE LA DETERIORACIÓ ES PRODUEIX D'IMMEDIAT.
- DIVERSOS ESTUDIS I OBSERVACIONS HAN CONSTATAT QUE LA INTRODUCCIÓ DE LA PRIORITZACIÓ DE LA VENTILACIÓ HA IMPORTAT UNA DISMINUCIÓ DE LA MORTALITAT.
- ENS CAL ACONSEGUIR EL MÉS AVANT EN TEMPS POSSIBLE FER CIRCULAR LA SANG PER LES CÈL·LULES.



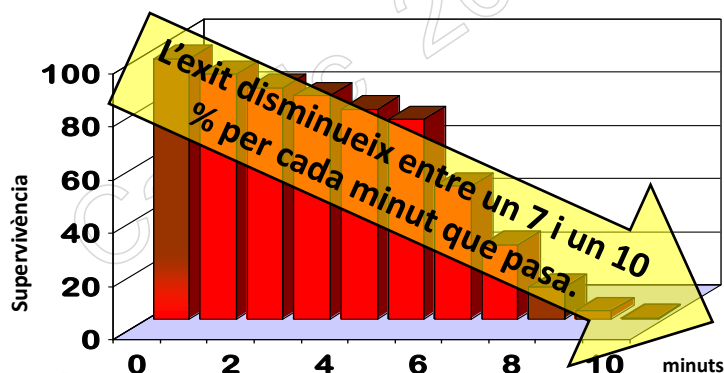
EVIDÈNCIES

- 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

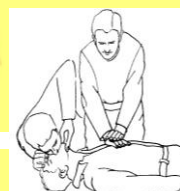


camfic
societat catalana de
medicina familiar i
comunitària

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

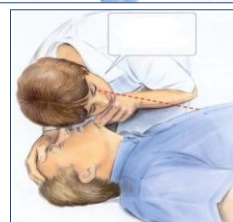
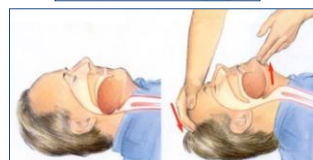
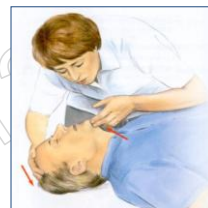
- La víctima i l'equip han d'estar segurs.
- Valori si la víctima està conscient.
Estímul verbal i motor. Respon? (Es troba bé?)
- **Si Respon:**
 - No la canviï de posició
 - Esbrini què li ha passat i si li cal ajuda
 - Revalori al pacient sovint



camfic
societat catalana de
medicina familiar i
comunitària

SEQÜÈNCIA D'ACTUACIÓ SVB

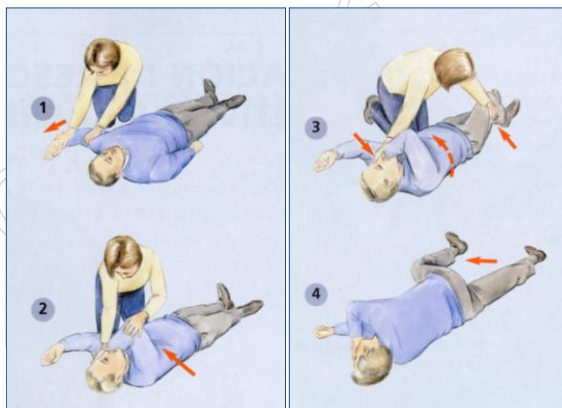
- **No Respon:**
 - Sol·liciti ajuda (cridi si està sol)
 - Posi el pacient en de cara amunt i obri la via aèria
 - *Maniobra front-mentó*
 - Mantingui oberta la via aèria i valori la respiració
Miri el tòrax, Escolti i Senti si hi ha moviments respiratoris (acosti la seva galta a la boca-nas del pacient mirant en direcció al tòrax).
 - Valori com a màxim durant 10 segons



camfic
societat catalana de
medicina familiar i
comunitària

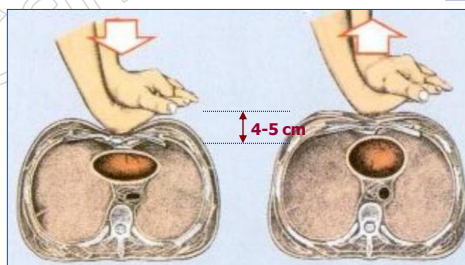
SEQÜÈNCIA D'ACTUACIÓ SVB

- Si respira amb normalitat:
 - Posi el malalt en **Posició Lateral de Seguretat**.
 - Busqui ajuda, truqui al 112/061.
 - Valori contínuament el malalt.



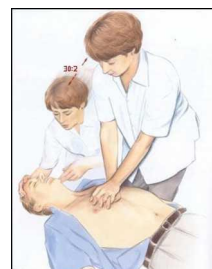
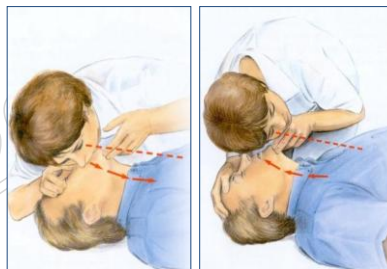
SEQÜÈNCIA D'ACTUACIÓ SVB

- Si no respira amb normalitat:
 - Alerti el SEM (061).
 - Agenolli's a l'alçada del tòrax de la víctima.
 - Posi les mans al centre del tòrax (posició de massatge cardíac).
 - Iniciï les compressions toràciques: **30 compressions**.
 - Aconsegueixi un ritme de **100 compressions / minut**.



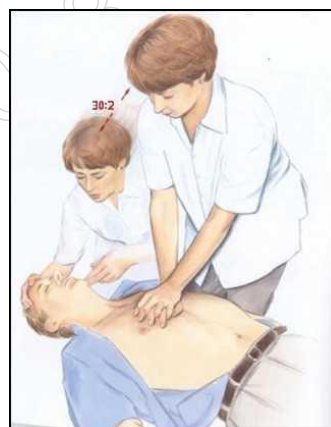
SEQÜÈNCIA D'ACTUACIÓ SVB

- **Combini compressions amb suport respiratori**
- Asseguri's que manté oberta la via aèria del malalt
- Pinci els orificis nassals
- Amb la boca del malalt oberta: faci 2 respiracions efectives
 - Inverteixi 1 segon per respiració
 - Valori com es mou la paret del tòrax
- Continui amb les compressions toràciques
- **Continui amb la seqüència**
 - 30 compressions / 2 respiracions
- **No interrompi les maniobres fins que arribi un equip de SVA**
- Només interromprém les maniobres si el pacient respirés amb normalitat.



SEQÜÈNCIA D'ACTUACIÓ SVB

- Si les respiracions no són efectives (no es mou el tòrax):
- Busqui objectes visibles dins la boca del malalt:
 - No busqui objectes estranys a cegues
 - Asseguri's que la maniobra front-mentó és correcta.
 - No faci més de 2 respiracions, continui les compressions toràciques.
- Si té possibilitats, faci torns de compressions de 1-2 minuts; es cansarà menys i serà més efectiu.



SEQÜÈNCIA D'ACTUACIÓ SVB

- Continuï les maniobres fins que:

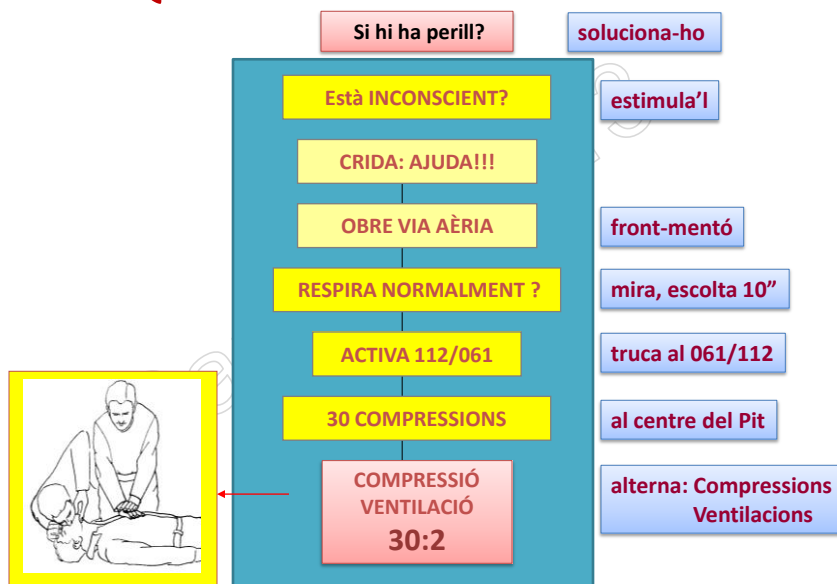
- Arribi un equip qualificat
- El pacient respiri amb normalitat
- Vostè estigui exhaust

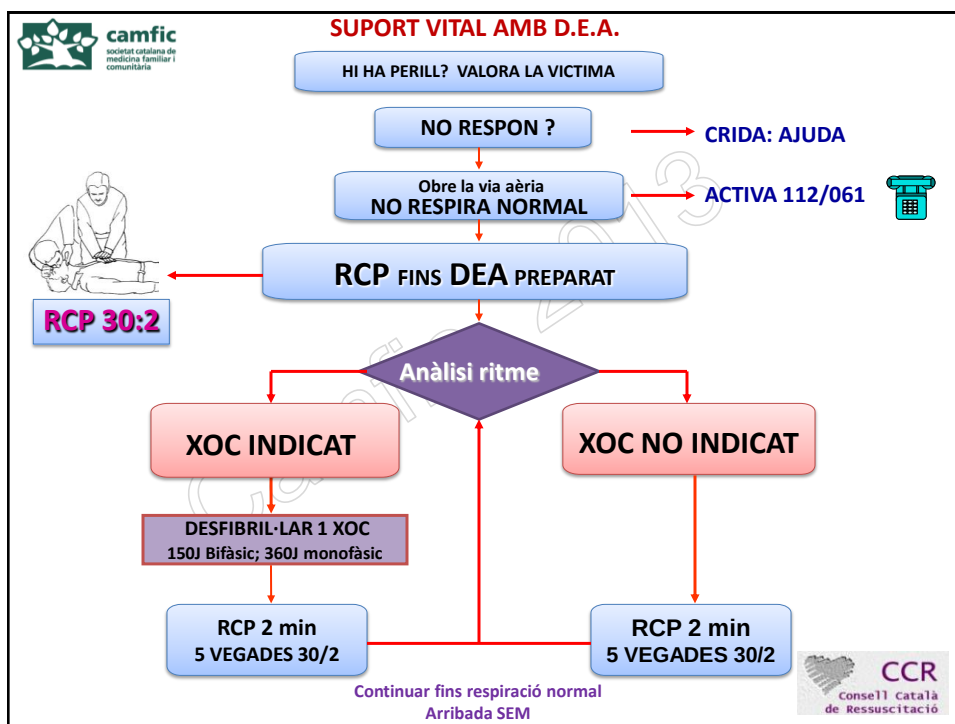


- Utilitzi **mètodes de barrera** per fer les respiracions boca a boca
- No es valora la cerca de pols carotídi sinó s'està entrenat
- Consideri el malalt inconscient i que no respira amb normalitat com **ACR**
Respiracions agòniques, sorolls, respiracions inefectives han de ser considerades com **respiracions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



SEQÜÈNCIA D'ACTUACIÓ SVB





VENTILACIÓ AMB BALÓ-RESSUSCITADOR



CAS CLÍNIC 2

- Al banquet de boda d'un familiar sobtadament un company de la nostra taula es posa les mans al coll, presenta molta tos i s'està posant vermell.

?



Màxima nº 1: a l'emergència, lo primer es prendre'ns el propi pols (Casa de Dios, Samuel Shem).

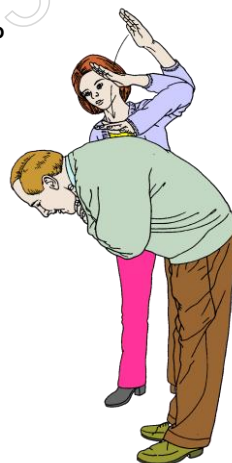
QUÈ FEM???



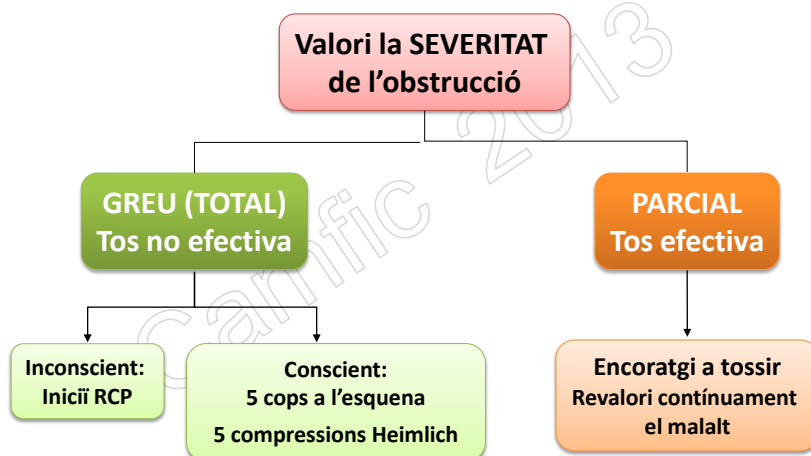
1.- Cops a l'esquena?

2.- Heimlich?

3.- Altres?



OBSTRUCCIÓ DE LA VIA AÈRIA



CAS CLÍNIC 3

- Home de 62 anys que consulta per sensació de palpitations i dolor toràcic des de fa 1 hora.
- AP: obès, fumador, HTA, claudicació intermitent, sd ansiosa-depressiva.
- Tractament habitual: Lisinopril/HCTZ, AAS, Citalopram, Orfidal.



?

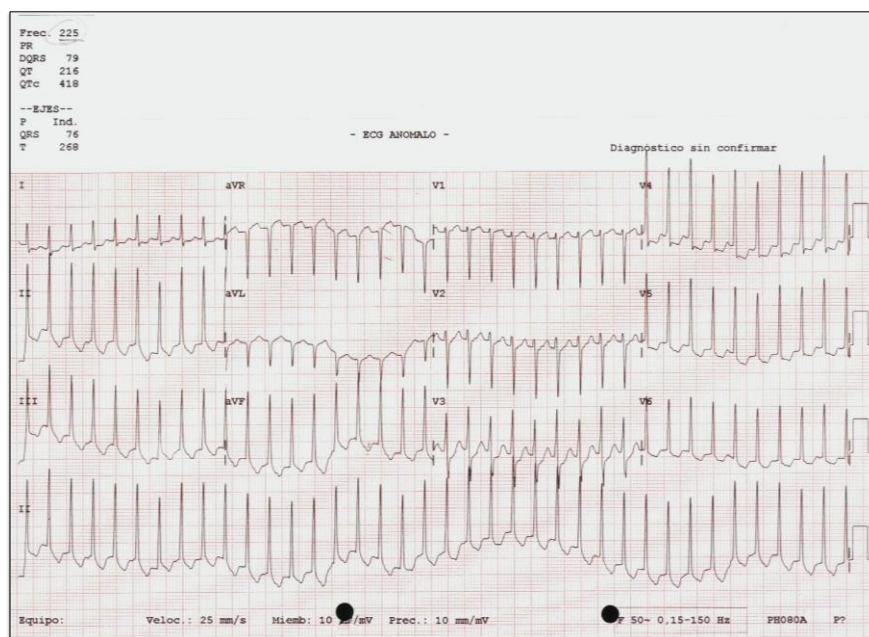


EXPLORACIÓ

EXPLORACIÓ FÍSICA:

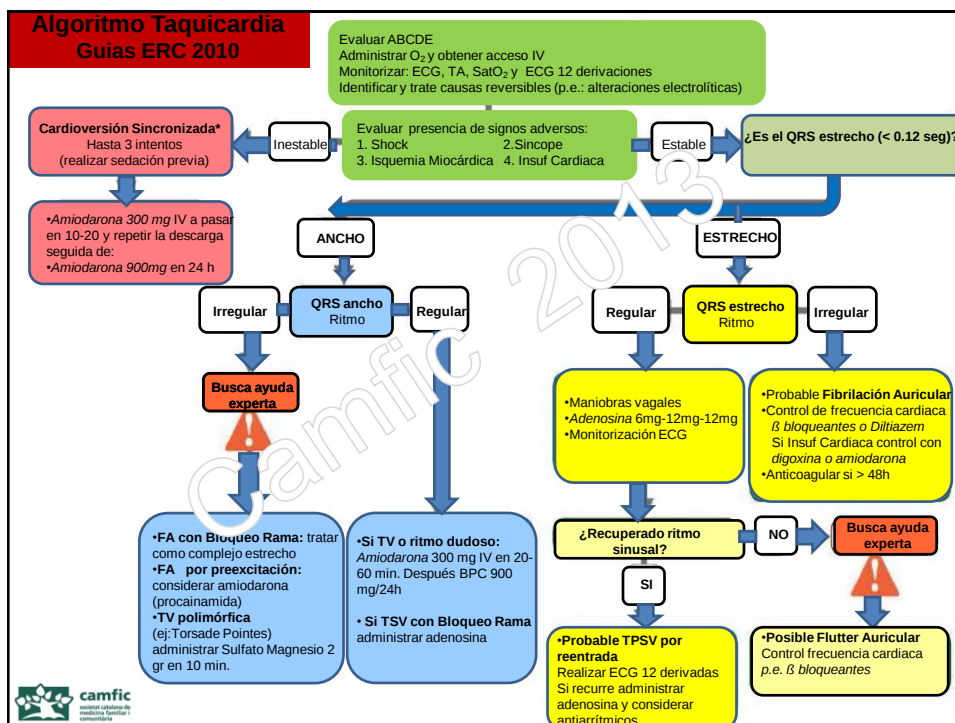
- TA 135/90. FC 225x'. FR 18x'. Sat basal 97%.
- BEG. AC: tons ràpids rítmics. IJ +.
- AR: MVC, sense sorolls sobreafegits.
- EEII: edemes bimal·leolars, no signes de TVP.

EXPLORACIONS COMPLEMENTÀRIES?



Suport Vital Avançat (SVA)

Algoritme Taquicàrdia



CAS CLÍNIC 4

- Dona de 80 anys que mentre s'espera al taulell d'admissions del CAP presenta síncope.
- Recupera el coneixement en pocs segons i la traslladen a la consulta d'urgències.
- AP: HTA, dislipèmia, insuficiència cardíaca, artrosis.
- Tractament habitual: Simvastatina, Enalapril/HCTZ, Digoxina, Paracetamol.

EXPLORACIÓ

EXPLORACIÓ FÍSICA:

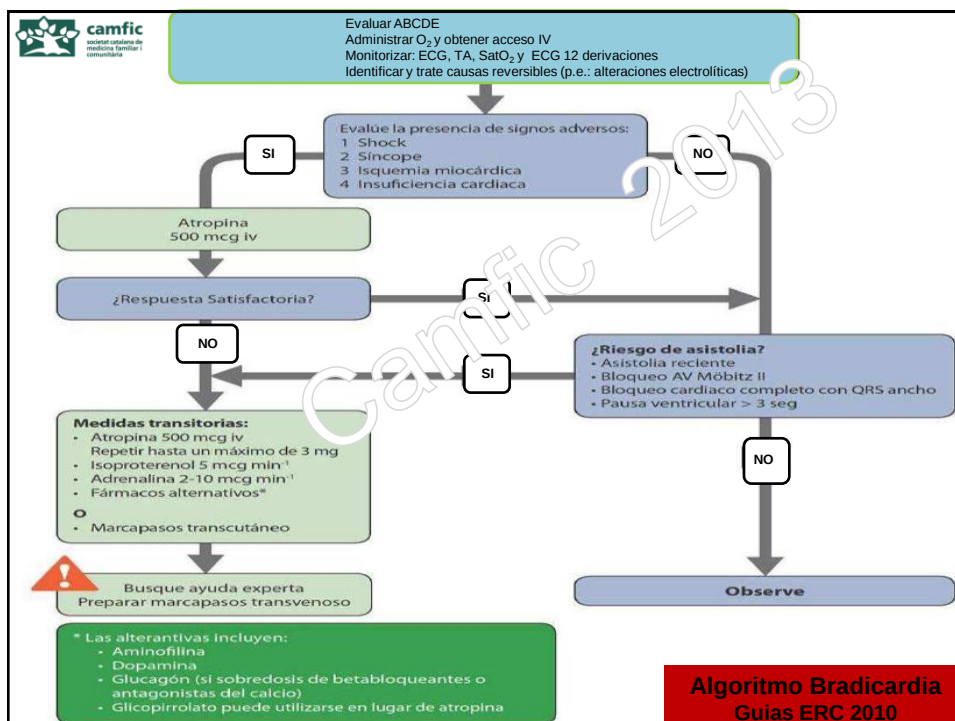
- TA 100/55. FC 55x'. FR 16x'. Sat basal 96%.
- BEG. AC: tons arrítmics. IJ -.
- AR: MVC, sense sorolls sobreafegits.

EXPLORACIONS COMPLEMENTÀRIES?

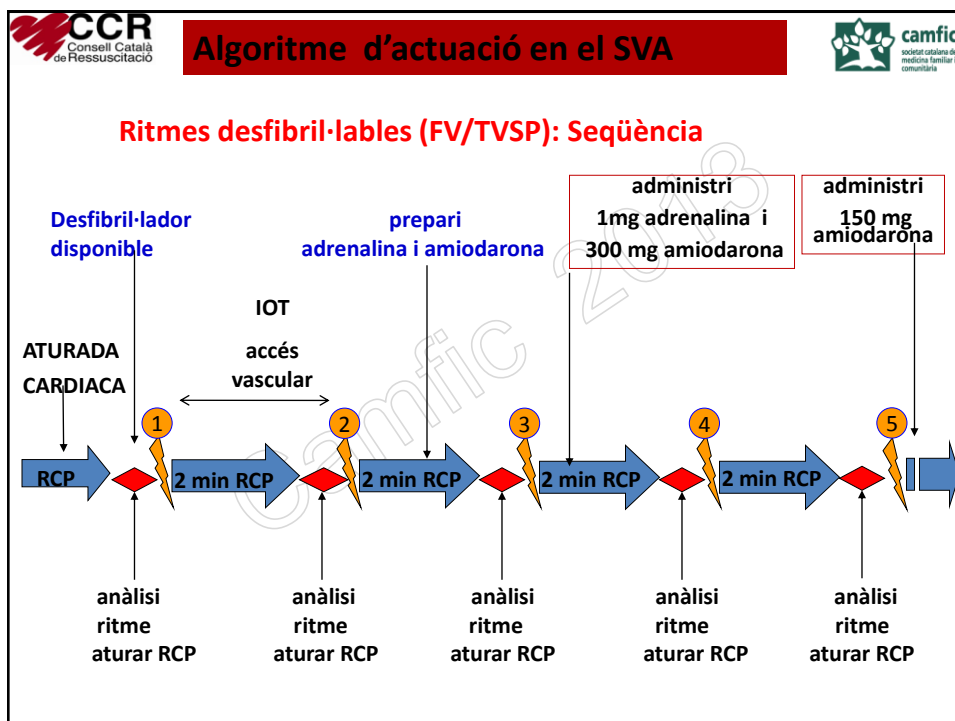


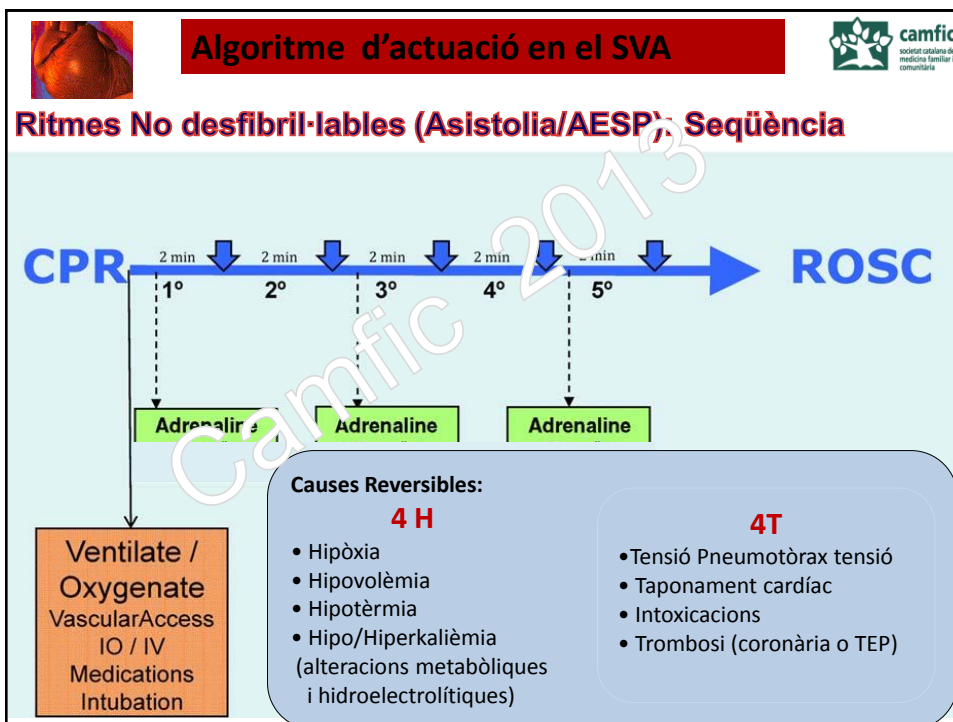
?

Suport Vital Avançat (SVA) Algoritme Bradicàrdia



Suport Vital Avançat (SVA) Algoritmes d'Actuació en RCP





CAS CLÍNIC 5

SVB AL POLITRAUMA

- Ens avisen per l'atropellament d'una dona a la porta del CAP.
- Què fem??
- Què portem??



SVB AL POLITRAUMA

- Trobem una dona d'uns 75 anys en decúbit supí, inconscient en mig del carrer. No hi ha policia.
- Prioritats:
 - PAS
 - ABCDE





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-hemorragies(accés venós) i monitorització
- **D:** Valoració neurològica
- **E:** Despullar pacien -control hipotermia col·locar sondes (si precisa)

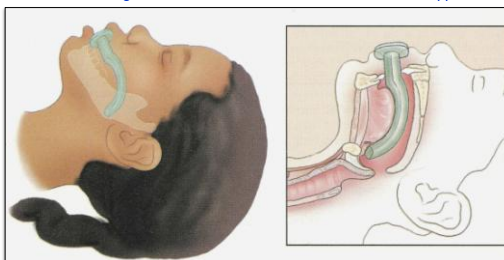


SVB AL POLITRAUMA

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.

Pulso carotídeo : 60 mmHg.
 Pulso femoral : 70 mmHg.
 Pulso radial : 80 mmHg



SVB AL POLITRAUMA

- Control hemorràgia.
- Accés venós: Fluidoteràpia i Sedoanalgesia.



SVB AL POLITRAUMA

- **D** : Apertura ocular al dolor (2), sons incomprensibles (2), retira al dolor (4), Pupil·les normoreactives i simètriques.

– Aïllament de Via Aèria.



GLASGOW COMA SCALE					
OBERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	
Esportani	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.



CAS CLÍNIC 6

- Portat al centre d'assistència primària en cotxe particular home amb clínica de 20 minuts evolució de dispnea intensa acompanyada de dolor centrotoràcic opressiu i vegetatisme.

?



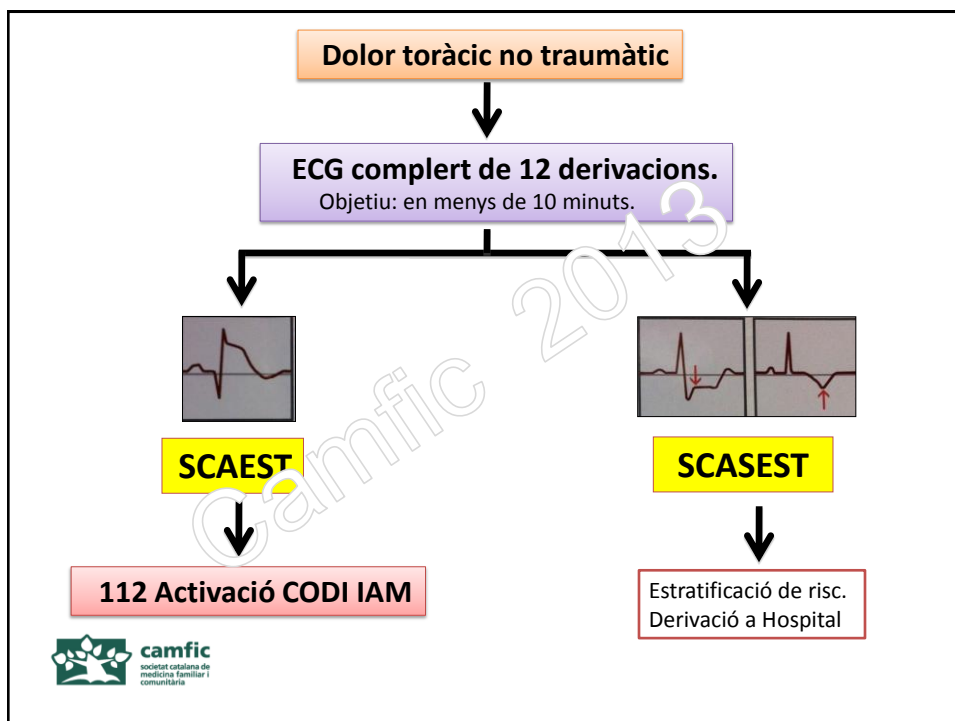
ANTECEDENTS

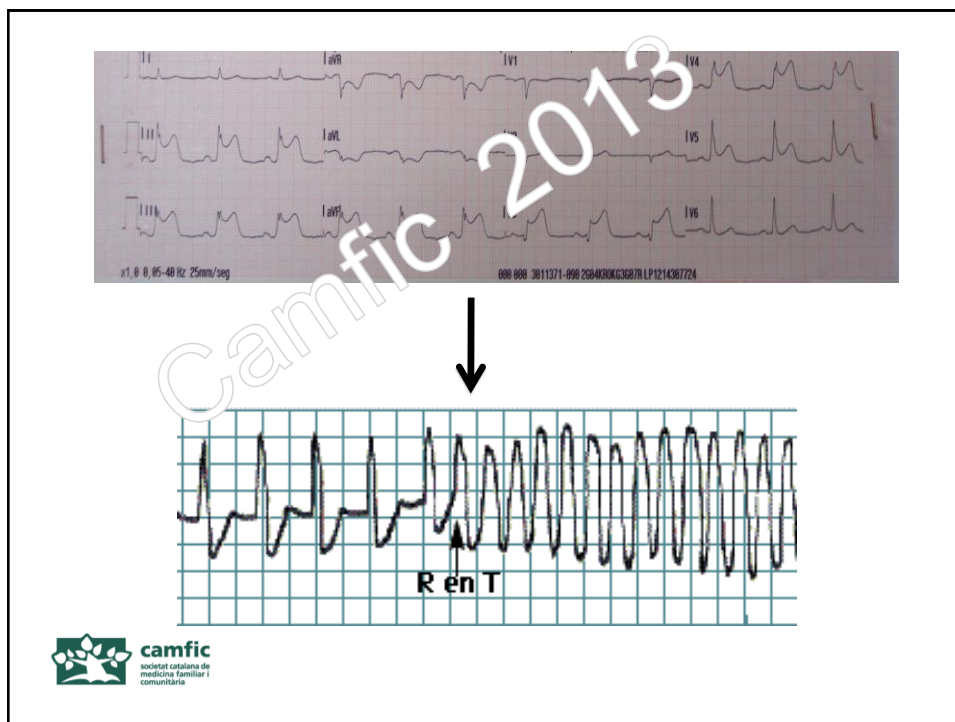
- Home de 58 anys.
- Al·lèrgic a la penicil·lina.
- Fumador de 2 paq/dia desde els 17 anys
- No HTA ni DLP
- DM tipus 2.
- Vasculopatia perifèrica amb claudicació intermitent a 100 m en tractament amb pentoxifilina i trifusal.



DEBAT

- 1.- Al mostrador d'entrada s'informa al malalt que ha de sentar-se a la sala d'espera mentre s'avisava al metge d'incidències.
- 2.- El malalt és traslladat immediatament a una consulta preparada per atendre urgències.
- 3.- El metge que surt a atendre al malalt i davant la potencial gravetat del quadre decideix trucar a una ambulància pel trasllat immediat a l'hospital.
- 4.- Com que l'ambulància trigarà uns minuts i l'hospital està a prop es decideix el trasllat per la família en cotxe particular.

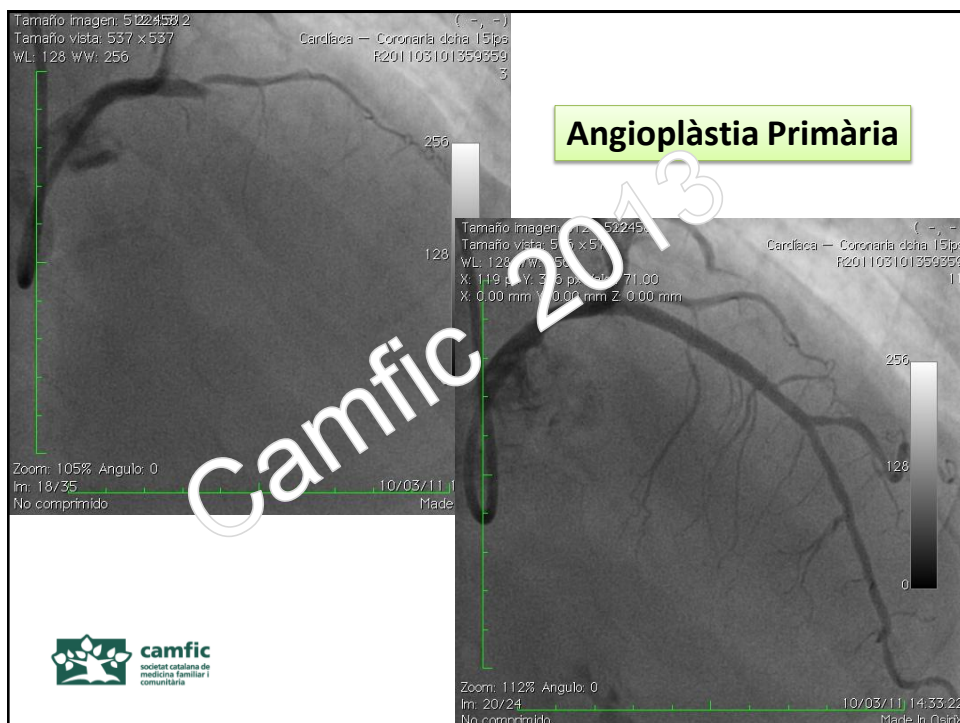
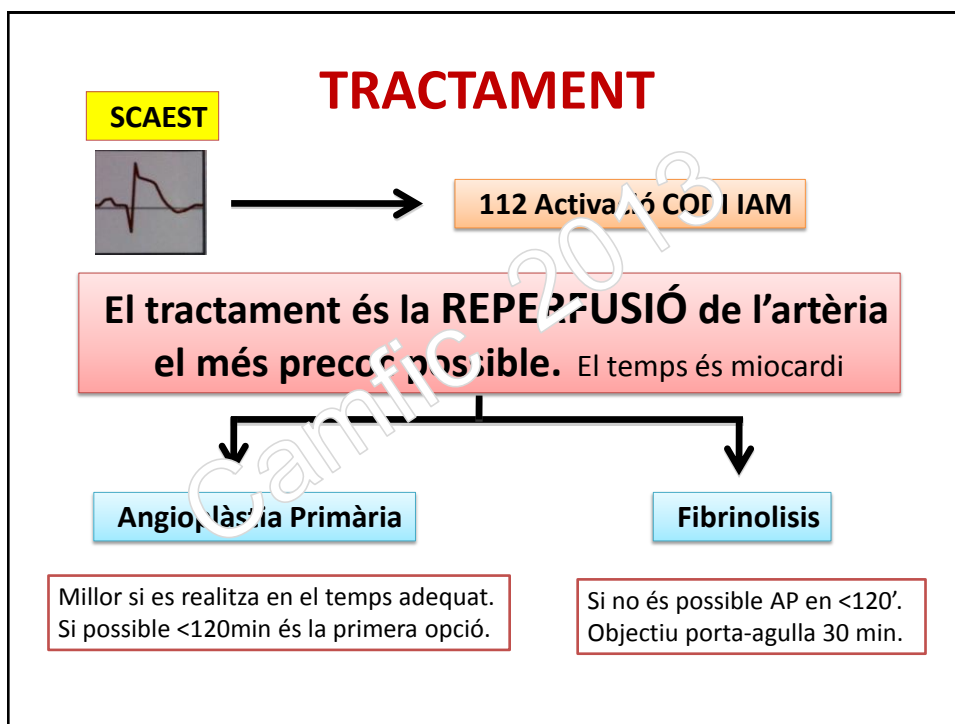




La fibril·lació ventricular primària és el mecanisme de la major part de les morts que es produeixen en les primeres hores de l'IAM.

La probabilitat de sobreviure disminueix en un 7-10% per cada minut que passa abans de la desfibril·lació, i s'aproxima a 0 als 10-12 minuts.

camfic
societat catalana de
medicina familiar i
comunitària



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).



TRACTAMENT COADJUVANT

- **MESURES DE SUPORT / ANALGÈSIA:**
 - Oxigenoteràpia si $\text{SatO}_2 < 95\%$. !!!!!ULL amb hiperoxemia!!!
 - Nitroglicerina 0.4 mg sl cada 5 minuts
ULL!! en TAS <90, FC <50 o >100, IAM Ventricle Dret, tractament en les últimes 24 h amb inhibidors de la fosfodiesterasa (disfunció erètil).
 - **Clorur mòrfic**, 4-8 mg ev, amb dosis addicionals de 2 mg cada 5-15 minuts (màxim 15-20 mg).
 - No s'han d'administrar AINE, inhibidors de la COX-2 (efecte protrombòtic).
 - Altres: Metoclopramida (si vòmits), Diazepam (si ansietat), ...



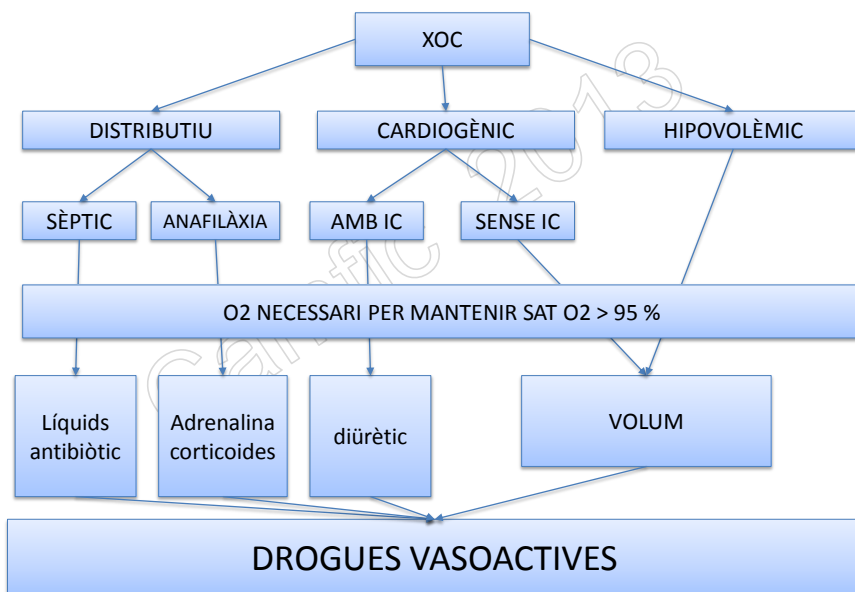
CAS CLÍNIC 7

- Dona de 65 anys sense al·lèrgies conegudes. AP: HTA en tractament amb enalapril 10 mg/d.
- Presenta quadre de mareig, sensació dispneica, envermelliment de la pell i prurit, que s'ha iniciat després de dinar.
- TA: 75/45. FC 63x'. Sat O2 89%.
- Disminució del nivell de consciència quan arriba al CAP.

?



TRACTAMENT



ANAFILÀXIA

- **Introducció:**

- 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
- **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.



MATERIAL
D'URGÈNCIES
EN AP

INSTRUMENTS DIAGNÒSTICS:

- Desfibrilador semiautomàtic portàtil
- Laringoscopi
- Termòmetre
- Glucèmia capil·lar
- Estetoscopi
- Esfigmomanòmetre
- Llanterna
- Densímetre dental
- Pils de canvi

IMPRESOS I ACCESSORIS PEL MALETÍ

- Fitxa de dilucions
- Medir recull
- Plànol de la zona
- Llanterna de derivació
- Bolígraf

MATERIAL DE CURES IMPRESCINDIBLE:

- | | |
|--------------------------|-------------------------------|
| • Ambú | • Intrànules i palanques |
| • Bala d'oxigen | • Xeringues i agulles |
| • "Smarch" | • Solució anticeptica |
| • Pincers de Magill | • Lluç de neurològic |
| • Fiador per a intubació | • Apòsits |
| • Tubs d'intubació | • Bisturi nº 11 i 22 |
| • Cànules de Güede | • Mosquit |
| • Mascaretes | • Vendes elàstiques |
| • Aspirador i sondes | • Guants |
| • Collarí cervical | • Espadrap |
| • Sonda nasogàstrica | • Gasses i compreses estèrils |
| • Equip de sueroteràpia | • Tisores |

MEDICACIÓ CONSIDERADA IMPRESCINDIBLE

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------|
| • Clorur mòrfic (amp) | • Hidrocortisona (amp) |
| • Nitroglicerina (sprai/sl) | • Salbutamol (sol nebul) |
| • Naloxona (amp) | • Diclofenac (amp) |
| • Flumazenil (amp) | • Diazepam (amp) |
| • Adrenalina (amp) | • Diazepam 10 mg (oral) |
| • Atropina (amp) | • Diazepam 5 mg (enema) |
| • Glucosa 50% (amp) | • Haloperidol (amp) |
| • Bicarbonat 1M (amp) | • Biperideno (amp) |
| • Midazolam (amp) | • Metamizol (amp) |
| • Succinilcolina (amp) | • Captopril 25 mg (oral) |
| • Àcid acetilsalicílic (oral) | • Dexclorfeniramina (amp) |
| • Clopidogrel 75 i 300 mg (oral) | • Ceftriaxona 2 g (im) |
| • Furosemida (amp) | • Suero fisiològic 500 ml |
| • Metoclopramida (amp) | • Expansor de plasma 500 ml |



**Gràcies per la
vostra atenció**