

MD Training, S.A.  
[www.md-training.com](http://www.md-training.com)



# *CURSO ACLS*

## *Soporte Vital Cardiovascular Avanzado*

*Avalado por*



**Director: Daniel R. Pichel**  
**Centro de Entrenamiento: MD Training**  
**Panamá, R. De Panamá**

# MD Training, S.A.

[www.md-training.com](http://www.md-training.com)

Fundación InterAmericana del Corazón, American Heart Association

---

Consultorios Médicos Paitilla # 627  
Apdo. 55-0156, Paitilla, Panamá R. P.  
Tel. (507) 269-0566 Fax. (507)269-4068

Usted tomará próximamente un curso de Proveedor en Soporte Vital Cardiovascular Avanzado (ACLS). Por esta razón, deseamos hacerle llegar algunas consideraciones importantes que debe saber antes de tomar el curso:

1. El curso de ACLS de la American Heart Association (AHA), se ha constituido en uno de los cursos de educación médica continua más exitosos de la historia. Cientos de miles de personas, médicos, enfermeras, paramédicos, odontólogos y otros profesionales vinculados a la salud, han aprendido los protocolos y las técnicas para llevar adelante una reanimación efectiva.
2. Desde hace más de tres años, se vienen dictando estos cursos en América Latina con los mismos controles, materiales y condiciones que en los EE.UU, por lo que cuentan con el aval y apoyo de la AHA y la FIC.
3. Usted debe haber estudiado TODO el Manual de ACLS en su versión de 2000, haciendo énfasis en los casos clínicos, donde aparecen los algoritmos que se tratarán durante el curso.
4. El ACLS no es un “curso de arritmias” , pero se repasarán las arritmias letales y aquellas que pueden conducir a una situación de paro cardio-respiratorio (PCR). Si usted no esta familiarizado con la identificación de arritmias, durante el curso se discutirá como diagnosticarlas. Sin embargo, recomendamos se repase este tema para evitar confusiones a la hora de las prácticas.
5. El objetivo central del ACLS es que se aprenda en equipo a llevar adelante la asistencia de un PCR durante al menos los primeros 10 minutos de iniciado. Para ello, se desarrollan muchas horas de práctica de simulación de los diferentes casos que exige la AHA, con maniqués y simuladores de arritmias.
6. El curso de trata de que usted logre completar las distintas fases del entrenamiento. No simplemente se “aprueba” o “fracasa”. Constantemente se estará evaluando su rendimiento y se aprovecharan los errores que cometa para hacer énfasis a todo el grupo la forma correcta de manejar estas situaciones.
7. Junto con esta carta se le ha hecho llegar un pre-test conjuntamente con el programa de los dos días de ACLS. Lo que busca este examen es orientarlo en cuanto al tipo de evaluación a que será sometido durante el curso. Usted puede mantener dicho examen y utilizarlo como material de estudio.
8. Por norma de AHA, las personas que tomen el ACLS deberán haber aprobado anteriormente un curso de BLS (reanimación básica para profesionales de la salud)

9. El curso de ACLS se completa con tres pruebas que se desarrollan durante el segundo día. Un **test escrito de opción múltiple** que requiere, de acuerdo con las normas de AHA, un 84% de preguntas correctas, y la evaluación del “**código mega**” (o examen práctico) donde se somete a los alumnos a una situación de PCR que debe ser manejada en forma individual. En algunos casos se agregará un examen de arritmias.
10. **De no aprobarse ambos, examen escrito y código mega (en dos oportunidades) el alumno deberá asistir al siguiente curso completo gratuitamente.** En caso de que solo dejara de aprobarse **uno** de los exámenes (habiendo reprobado y el otro) en el siguiente curso el alumno presentará únicamente el examen que le hubiera quedado pendiente de aprobación. Si en esta segunda ocasión tampoco aprobara dicho examen ya no tendrá más oportunidades para presentarlo y tendrá que repetir el curso completo.
11. Cada alumno que apruebe los dos tests recibirá una credencial de Proveedor de ACLS con una validez de dos años a partir del momento en que se completa el curso.
12. Al final del curso, los instructores propondrán “potenciales instructores” los cuales serán invitados en el futuro a un curso para Instructores con el fin de entrenarlos en los métodos que deben utilizarse para entrenar en ACLS a nuevos proveedores si ellos así lo desean.
13. Los instructores de ACLS están conscientes que este tipo de cursos generan gran tensión en quienes lo toman. Debe sentirse relajado y tomar en cuenta que, aunque no se apruebe alguno de los tests, el simple hecho de participar en este tipo de curso genera una serie de destrezas que le pueden ser de gran utilidad en el futuro.

El grupo de instructores los felicita por su iniciativa. Esperamos que lo que aprenderán durante este curso de ACLS les sea de utilidad y que recuerden siempre que la clave del éxito es el trabajo en equipo...

**Curso Soporte Vital Avanzado Cardíaco, ACLS.**  
**MD Training / CMP**  
[www.md-training.com](http://www.md-training.com)

**Horario del curso**

**Día 1.**

- 7 :30 - 7 :50 Registro.
- 7 :50 - 8 :00 Bienvenida y presentación de Instructores.
- 8 :00 - 9 :00 Discusión del Pre-Test. (OPCIONAL)  
 Código Mega... Perdiendo el miedo.  
 Todos los Instructores.
- 9 :00 - 9 :30 Identificación de Arritmias.  
 Dr. Daniel Pichel
- 9 :30 - 12 :05 Rotaciones por Grupos.

	Vía Aérea no Invasiva	Vía Aérea Invasiva	Drogas Como-Cuando-Porque-Cuidado	Terapia Eléctrica	Arritmias	CPR – DEA
9:30-9:55	A	B	C	D	E	F
9:55-10:20	F	A	B	C	D	E
10:25-10:50	E	F	A	B	C	D
10:50-11:15	D	E	F	A	B	C
11:15-11:40	C	D	E	F	A	B
11:40-12:05	B	C	D	E	F	A

- 12 :05 - 12 :30 Reunión Plenaria (Todos los Estudiantes)  
 Caso 6 - Síndromes Coronarios Agudos.

- 12:30 – 13:00 Almuerzo (Reunión de Instructores)
- 13:00 – 16:00 Rotaciones por Grupos

	Caso 1 Emergencias Resp	Caso 2 FV-CPR y Desfib.	Caso 3 FV Refractaria	Caso 4 AE sin Pulso	Caso 5 Asistolia	Evaluación: CPR + AED
13:00-13:30	A	B	C	D	E	F
13:30-14:00	F	A	B	C	D	E
14:00-14:30	E	F	A	B	C	D
14:30-15:00	D	E	F	A	B	C
15:00-15:30	C	D	E	F	A	B
15:30-16:00	B	C	D	E	F	A

- 16:00 – 16:30 Reunión Plenaria, Discusión del Día (Todos los Estudiantes), Introducción al Día 2  
 Todos los Instructores
- 16:30 – 17:00 Reunión de Instructores

## Día 2.

7 :30 - 7 :50 Registro.  
7 :50 - 8 :00 Bienvenida e Introducción al Día 2.

8 :00 - 8 :30 Sesión Plenaria (Todos los Estudiantes)  
Preguntas de los Estudiantes  
Demostración de Código Mega - 2.  
Todos los Instructores.

8 :30 - 11 :30 Rotaciones por Grupos.

	Caso 7 Bradicardia	Caso 8 Taquicardia Inestable	Caso 9 Taquicardia Estable	Codigo Mega 1	Codigo Mega 2	FV + Desfibrilación
8:30-9:00	A	B	C	D	E	F
9:00-9:30	F	A	B	C	D	E
9:30-10:00	E	F	A	B	C	D
10:00-10:30	D	E	F	A	B	C
10:30-11:00	C	D	E	F	A	B
11:00-11:30	B	C	D	E	F	A

11 :30 - 12 :00 Reunión Plenaria (Todos los Estudiantes)  
Caso 10 - Evento Vascular Cerebral (video).

12:00 – 13:00 Almuerzo (Reunion de Instructores)  
13:00 – 15:00 Codigo Mega..... Integrando todos los casos (Alumnos seleccionados al azar)  
15:00 – 15:45 Examen Escrito (33 minutos para el examen)  
15:45 – 16:30 Discusión de Examen Escrito  
Todos los Instructores  
16:30 – 17:00 Clausura del Curso

**Curso para Proveedores de AVCA**  
**Hoja de respuestas del examen escrito**

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Señalar con un círculo las respuestas correctas.

Pregunta	Respuesta				Pregunta	Respuesta			
1.	a	b	c	d	18.	a	b	c	d
2.	a	b	c	d	19.	a	b	c	d
3.	a	b	c	d	20.	a	b	c	d
4.	a	b	c	d	21.	a	b	c	d
5.	a	b	c	d	22.	a	b	c	d
6.	a	b	c	d	23.	a	b	c	d
7.	a	b	c	d	24.	a	b	c	d
8.	a	b	c	d	25.	a	b	c	d
9.	a	b	c	d	26.	a	b	c	d
10.	a	b	c	d	27.	a	b	c	d
11.	a	b	c	d	28.	a	b	c	d
12.	a	b	c	d	29.	a	b	c	d
13.	a	b	c	d	30.	a	b	c	d
14.	a	b	c	d	31.	a	b	c	d
15.	a	b	c	d	32.	a	b	c	d
16.	a	b	c	d	33.	a	b	c	d
17.	a	b	c	d					

**American Heart Association**

**Apoyo vital cardiopulmonar  
avanzado**

**Examen escrito previo al curso**

**Mayo 2001**

## Curso para Proveedores de AVCA Examen escrito previo al curso

Este es un examen de opciones múltiples. Hay una sola respuesta correcta para cada pregunta. No haga marcas en esta hoja de evaluación. Señale la respuesta correcta con un círculo en la hoja de respuestas.

---

1. **¿Cuál de las siguientes acciones se debe realizar primero para restablecer la oxigenación y la ventilación de una víctima de ahogamiento inconsciente que no respira?**
  - a. expulsar el agua de los pulmones mediante la maniobra de Heimlich
  - b. expulsar el agua de los pulmones iniciando las compresiones torácicas
  - c. estabilizar la columna cervical mediante un cuello ortopédico y una tabla para inmovilización de la columna, e iniciar el ABC (vía aérea, buena respiración, circulación)
  - d. abrir la vía aérea con la maniobra de tracción de la mandíbula, estabilizar la columna cervical alineándola, iniciar el ABC
  
2. **Se acaba de intentar la intubación traqueal de una víctima de paro respiratorio. Durante la ventilación manual con una bolsa, usted escucha gorgoteo en el estómago, por encima del epigastrio, y la saturación de O<sub>2</sub> (por oximetría de pulso) no se eleva. ¿Cuál de las siguientes es la explicación más probable?**
  - a. intubación de la zona hipofaríngea
  - b. intubación del bronquio principal izquierdo
  - c. intubación del bronquio principal derecho
  - d. neumotórax a tensión bilateral
  
3. **¿Cuál de los siguientes pacientes necesita intubación inmediata?**
  - a. una mujer anciana con dolor torácico intenso y respiraciones superficiales a razón de 30/minuto
  - b. un diabético de 55 años insulino dependiente con elevación del ST y corridas de TV
  - c. un paciente apneico cuyo tórax no se eleva con la ventilación con bolsa-mascarilla (VBM)
  - d. un estudiante universitario deprimido y alcoholizado con disminución del reflejo nauseoso

4. **Cuando trata a una víctima de traumatismo que está en shock y coma profundo, ¿cuál de las siguientes es la vía aérea de elección?**
- un tubo traqueal
  - la propia vía aérea del paciente
  - una cánula nasofaríngea
  - una cánula orofaríngea
5. **¿Cuál de las siguientes listas de acciones para la reanimación cardiopulmonar (RCP) y la operación de un desfibrilador externo automático (DEA) es adecuada y está en la secuencia correcta?**
- enviar a alguien a llamar al 911 o al número local de emergencias médicas, fijar los electrodos del DEA, abrir la vía aérea, encender el DEA, administrar 2 respiraciones, verificar el pulso
  - esperar a que lleguen el DEA y el dispositivo de barrera, abrir la vía aérea, administrar 2 respiraciones, verificar el pulso, si no hay pulso fijar los electrodos del DEA, seguir las indicaciones del DEA
  - enviar a alguien a llamar al 911 o al número local de emergencias médicas, abrir la vía aérea, administrar 2 respiraciones, verificar el pulso, si no hay pulso fijar los electrodos del DEA, seguir las indicaciones del DEA
  - administrar 2 respiraciones, verificar el pulso, si no hay pulso efectuar compresiones torácicas durante 1 minuto, solicitar un DEA, cuando llega el DEA fijar los electrodos
6. **Usted está operando un DEA en un intento por reanimar a un hombre que perdió el conocimiento en el aeropuerto. Después de administrar 3 descargas consecutivas, verifica el pulso y nota que no tiene. ¿Qué debe hacer a continuación?**
- volver a analizar el ritmo de la víctima
  - efectuar RCP hasta que llegue el personal del SEM
  - efectuar RCP durante 1 minuto y luego volver a analizar el ritmo
  - dejar colocado el DEA e iniciar el traslado al servicio de urgencia (SU) más próximo, deteniéndose cada 3 minutos para que el DEA vuelva a analizar el ritmo
7. **Un paciente permanece en paro cardíaco por FV después de 3 descargas consecutivas, intubación traqueal, epinefrina 1 mg IV y una 4ª descarga. ¿Cuál de las siguientes combinaciones de fármacos-dosis debe recibir este paciente a continuación?**
- amiodarona 150 mg IV a lo largo de 10 minutos
  - lidocaína 1-1,5 mg/kg en bolo IV
  - procainamida 50 mg/min, hasta una dosis total de 17 mg/kg
  - magnesio 1-2 g, adecuadamente diluidos, en bolo IV

8. **Un paciente en paro cardíaco por FV no responde a 3 descargas, epinefrina 1 mg IV y una 4ª descarga. Usted da a la enfermera encargada de la medicación la “regla general” de administrar epinefrina cada 3 minutos mientras continúe la reanimación. ¿Cuál de los siguientes esquemas de dosificación está recomendado?**
- epinefrina 1 mg, 3 mg, 5 mg y 7 mg (esquema creciente)
  - epinefrina 0,2 mg/kg por dosis (esquema de dosis altas)
  - epinefrina 1 mg en bolo IV, repetido cada 3 minutos
  - epinefrina 1 mg en bolo IV, seguido a los 3 minutos por vasopresina 40 U IV
9. **Los TME llegan al lugar donde se encuentra un hombre de 55 años en paro cardíaco. Tras el primer análisis del DEA, el mensaje es “descarga indicada”. Pero antes de poder administrar la descarga, los TME se enteran de que el hombre ha estado 12 minutos sin RCP por testigos circunstanciales. ¿Qué medidas deben tomar los TME a continuación?**
- reanudar la RCP, suplementar con O<sub>2</sub> al 100%, continuar hasta que lleguen los paramédicos
  - dejar que el DEA se cargue y emita la descarga
  - reanudar la RCP, suplementar con O<sub>2</sub> al 100% durante 3 minutos, volver a analizar, administrar descarga si así lo indica el DEA
  - reanudar la RCP, comunicarse con el control médico, solicitar autorización para suspender las maniobras de reanimación
10. **Mientras trata a un paciente en paro cardíaco por FV persistente después de 3 descargas, usted considera administrarle vasopresina. ¿Cuál de las siguientes recomendaciones sobre la vasopresina es verdadera?**
- administrar vasopresina 40 U cada 3-5 minutos
  - administrar vasopresina para lograr una vasoconstricción y una estimulación β-adrenérgica superiores a las logradas con la epinefrina
  - administrar vasopresina como alternativa de la epinefrina en la FV refractaria a las descargas
  - administrar vasopresina como vasopresor de primera línea para el shock clínico causado por hipovolemia
11. **Un paciente llega al SU. La RCP se continúa con ventilaciones a través del tubo traqueal colocado en el lugar donde se encontró a la víctima. Las compresiones torácicas generan un pulso femoral que desaparece durante la pausa en las compresiones. Durante esta pausa, el monitor cardíaco muestra complejos QRS angostos a una frecuencia de 65 lpm. En este momento, ¿cuál es la siguiente acción?**
- verificar que el tubo traqueal no se haya descolocado o esté mal ubicado
  - iniciar una vía IV y administrar atropina 1 mg en bolo IV
  - iniciar una vía IV, y enviar muestras de sangre para determinar el nivel sérico de electrolitos y realizar una pesquisa toxicológica
  - analizar los gases en sangre arterial para verificar si hay acidosis, hipoxia e hipoventilación

12. Usted ha intubado a un paciente con AESP (actividad eléctrica sin pulso). Ausculta un buen murmullo vesicular bilateral y hay expansión torácica bilateral evidente. A los 2 minutos de administrar epinefrina 1 mg IV, la AESP continúa a 30 lpm. ¿Cuál de las siguientes medidas debe tomar a continuación?
- administrar atropina 1 mg IV
  - iniciar un marcapasos transcutáneo a una frecuencia de 60 lpm
  - iniciar una infusión IV de dopamina a 15-20 µg/kg/minuto
  - administrar epinefrina (1 ml de solución 1:10.000) en bolo IV
13. ¿Para cuál de los siguientes pacientes con AESP es probable que el tratamiento con bicarbonato de sodio (1 mEq/kg) sea más efectivo?
- un paciente con acidosis hipercápnica por neumotórax a tensión
  - un paciente con un intervalo de paro cardíaco breve
  - un paciente con hipercaliemia grave documentada
  - un paciente con hipocaliemia grave documentada
14. Un paciente en paro cardíaco llega al SU con AESP a una frecuencia de 30 lpm. Se continúa con la RCP, se confirma que el tubo está bien colocado y se inicia una vía IV. ¿Cuál de los siguientes medicamentos es el siguiente tratamiento más adecuado?
- cloruro de calcio 5 ml de solución IV al 10%
  - epinefrina 1 mg IV
  - cardioversión sincronizada a 200 J
  - bicarbonato de sodio 1 mEq/kg IV
15. ¿Cuál de las siguientes combinaciones fármaco-dosis se recomienda como tratamiento inicial para un paciente en asistolia documentada?
- epinefrina 3 mg IV
  - atropina 3 mg IV
  - epinefrina 10 ml de una solución 1:10 000 IV
  - atropina 0,5 mg IV
16. Cuando el monitor conectado a una persona en paro cardíaco muestra una “línea isoeléctrica”, usted debe ejecutar el “protocolo para la línea isoeléctrica”. ¿Cuál de las siguientes acciones está incluida en este protocolo?
- verificar si el monitor indica sensibilidad o “ganancia”
  - obtener un ECG de 12 derivaciones del lado derecho
  - cambiar el control de selección de derivaciones (LEAD SELECT) de *derivación II* a *electrodos* y de vuelta al primero
  - administrar una descarga de desfibrilación de menor energía (100 J) para “poner en evidencia” una posible FV oculta

17. Un hombre de 88 años en paro cardíaco normotérmico llega al SU tras 15 minutos de asistolia continua. Los paramédicos lo intubaron, confirmaron la posición del tubo, iniciaron una vía IV y le administraron epinefrina 1 mg IV × 3 y atropina 1 mg IV × 2. ¿Cuál de las siguientes conductas es la que más probablemente tenga un efecto terapéutico positivo y sea más compatible con las *Recomendaciones sobre ACU 2000*?
- pedir a la enfermera que traiga a los familiares inmediatos a un área privada, donde usted discute la finalización del código y la presencia de la familia en la reanimación
  - suspender la reanimación a los 10 minutos si no hay respuesta a la epinefrina 3 mg IV cada 3 minutos
  - suspender la reanimación a los 10 minutos si no hay respuesta al marcapasos transcutáneo utilizado en la RCP
  - suspender la reanimación si no hay respuesta a 3 descargas empíricas de desfibrilación de 360 J administradas a intervalos de 3 minutos
18. Un hombre de 50 años tiene una elevación del ST de 3 mm en las derivaciones de V<sub>2</sub>-V<sub>4</sub>. El dolor torácico intenso persiste pese al oxígeno, la aspirina, la nitroglicerina SL × 6 y la morfina 10 mg IV. La presión arterial (PA) es 170/110 mm Hg y la frecuencia cardíaca (FC), 120 lpm. ¿Cuál de las siguientes combinaciones terapéuticas es la más adecuada para este paciente en este momento (asuma que no hay contraindicaciones para la medicación)?
- bloqueante de los canales de calcio IV + heparina en bolo IV
  - inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) IV + infusión de lidocaína
  - sulfato de magnesio IV + enoxaparina (Lovenox®) subcutánea
  - reteplasa recombinante (Retavase®) + heparina en bolo IV
19. ¿Cuál de las siguientes listas incluye los principales componentes del tratamiento definitivo para un paciente de 60 años con una elevación del ST > 2 mm dentro de los 30 minutos del comienzo de los síntomas de un dolor torácico isquémico agudo?
- fibrinolíticos o procedimientos coronarios percutáneos, aspirina, β-bloqueantes, heparina
  - heparina, aspirina, inhibidores de la glucoproteína IIb/IIIa, β-bloqueantes IV, nitratos
  - marcadores cardíacos séricos, ECG seriados, centellograma de perfusión o ergometría
  - lidocaína profiláctica, bolo de líquido, infusión de un vasopresor

- 20. Dentro de los 45 minutos de la llegada al SU, ¿cuál de las siguientes secuencias de evaluación debe realizar a una mujer de 70 años con comienzo rápido de cefalea, habla farfullada, y debilidad del brazo y la pierna derechos?**
- anamnesis, exámenes físico y neurológico, TC de cerebro *sin contraste* y con interpretación de un radiólogo
  - anamnesis, exámenes físico y neurológico, TC de cerebro *sin contraste*, inicio de tratamiento fibrinolítico si la tomografía indica accidente cerebrovascular
  - anamnesis, exámenes físico y neurológico, punción lumbar, TC de cerebro *con contraste* si la punción no indica sangre
  - anamnesis, exámenes físico y neurológico, TC de cerebro *con contraste*, inicio de tratamiento fibrinolítico si se observa una mejoría de los signos neurológicos
- 21. ¿Cuál de las siguientes entidades remeda con más exactitud los signos y síntomas de un accidente cerebrovascular (ACV) agudo?**
- hipoglucemia aguda por insulina
  - hipoxia aguda
  - deshidratación isotónica e hipovolemia
  - hipotensión vasovagal u ortostática aguda
- 22. ¿Cuál de los siguientes ritmos es una indicación adecuada para el marcapasos cardíaco transcutáneo?**
- bradicardia sinusal asintomática
  - ritmo sinusal normal con hipotensión y shock
  - bloqueo cardíaco completo con edema pulmonar
  - asistolia tras 6 o más descargas de desfibrilación
- 23. Un paciente con una FC de 30-40 lpm refiere mareos, extremidades frías y húmedas, y disnea con ejercicio mínimo. ¿Cuál es el primer fármaco que se le debe administrar?**
- atropina 0,5-1 mg
  - epinefrina 1 mg en bolo IV
  - isoproterenol en infusión de 2-10 µg/min
  - adenosina 6 mg en bolo IV rápido
- 24. ¿Cuál de los siguientes pacientes necesita cardioversión sincronizada inmediata?**
- una mujer de 78 años con fiebre, neumonía, insuficiencia cardíaca congestiva crónica y taquicardia sinusal de 125 lpm
  - un hombre de 55 años con taquicardia auricular multifocal de 125 lpm, frecuencia respiratoria de 12/minuto y PA de 134/86 mm Hg
  - una mujer de 69 años con antecedentes de enfermedad coronaria, dolor torácico, elevación del ST de 2 mm y taquicardia sinusal de 130 lpm
  - un hombre de 62 años con antecedentes de enfermedad reumática de la válvula mitral, disnea evidente, FC de 160 lpm y PA de 88/70 mm Hg

- 25. ¿Cuál de las siguientes personas es la que más probablemente se presente con taquicardia estable que no debe recibir cardioversión?**
- una mujer asmática de 25 años con sibilancias que tiene neumonía en la radiografía de tórax, está tomando albuterol y tiene los siguientes signos vitales: temperatura = 38,5°C (101,2°F), FC = 140 lpm, frecuencia respiratoria (FR) = 20/minuto
  - un hombre de 55 años con diaforesis, estertores bilaterales y los siguientes signos vitales: FC = 140 lpm, PA = 90/55 mm Hg, FR = 18/minuto, ritmo = aleteo auricular rápido
  - un hombre de 62 años con una taquicardia de complejo ancho a una frecuencia de 140 lpm, dolor torácico, disnea y palpitaciones
  - una mujer de 55 años con dolor torácico, disnea, debilidad extrema y mareos, PA de 88/54 mm Hg, y una taquicardia de complejo angosto a una frecuencia de 145 lpm
- 26. Usted se prepara para la cardioversión de una mujer de 48 años con taquicardia inestable con el monitor/desfibrilador en modo de “sincronización” (“sinc”). De pronto la mujer pierde el conocimiento y el pulso justo cuando el ritmo cambia a un patrón caótico e irregular de tipo FV. Usted carga el desfibrilador a 200 J y presiona el botón de DESCARGA (SHOCK), pero el dispositivo no emite una descarga. ¿Por qué?**
- falló la batería del desfibrilador/monitor
  - falló el botón de “sinc”
  - usted no puede emitir una descarga para una FV en el modo de “sinc”
  - un electrodo del monitor se desprendió y provocó el ritmo “pseudo-FV”
- 27. Una mujer de 80 años refiere palpitaciones y mareos leves, pero su examen físico no presenta particularidades. El primer ECG muestra una taquicardia de complejo angosto, regular, de 150 lpm. La maniobra de Valsalva hace más lenta la frecuencia ventricular y revela ondas clásicas de aleteo auricular, pero no convierte el aleteo. ¿Cuál de las siguientes intervenciones debe intentar a continuación?**
- adenosina IV para hacer más lenta la frecuencia ventricular
  - diltiazem IV para hacer más lenta la frecuencia ventricular
  - cardioversión urgente con corriente continua
  - dopamina IV para fortalecer las contracciones cardiacas
- 28. Un hombre de 50 años previamente sano refiere una opresión en el pecho, palpitaciones y mareos. La FC es 170 lpm, la PA, 90/60 mm Hg y el ECG muestra una taquicardia de complejo angosto. Usted decide que el ritmo es taquicardia auricular multifocal. El paciente no responde a las maniobras vagales iniciales y a 2 ciclos de adenosina. ¿Cuál de los siguientes tratamientos es inadecuado como siguiente intervención?**
- amiodarona IV
  - metoprolol IV
  - diltiazem IV
  - cardioversión con corriente continua

29. Un hombre de 75 años se presenta en el SU con mareos, palpitations irregulares e intolerancia al ejercicio leve de 1 semana de evolución. El ECG inicial de 12 derivaciones muestra fibrilación auricular, que persiste en el monitor a una FC de 120-150 lpm y una PA de 100/70 mm Hg. ¿Cuál de los siguientes tratamientos es la intervención más adecuada a continuación?
- sedación, analgesia y luego cardioversión inmediata
  - oxígeno por cánula nasal a 2-6 l/min, solución fisiológica a 60-120 ml/h
  - amiodarona 300 mg en bolo IV
  - metoprolol 5 mg IV; repetir cada 5 minutos hasta una dosis total de 15 mg
30. Un alcohólico crónico desnutrido, de 66 años, se presenta con taquicardia ventricular polimórfica que remeda una torsades de pointes. Su FC es irregular, de 120-160 lpm, y su PA es 95/65 mm Hg. No tiene síntomas relacionados ni signos de disfunción cardiaca. ¿Cuál de los siguientes tratamientos es el más adecuado en este momento?
- amiodarona IV
  - magnesio IV
  - lidocaína IV
  - procainamida IV
31. Usted está realizando RCP a un hombre en paro cardíaco cuando llega un técnico y conecta un DEA. Tras el primer análisis del ritmo, el dispositivo “indica” una descarga y la administra, pero el siguiente análisis muestra el mensaje “descarga no aconsejada”. ¿Cuál es la siguiente acción más adecuada?
- verificar el pulso
  - presionar el botón de CONTROL MANUAL (OVERRIDE) y operar el DEA como un desfibrilador manual
  - colocar una cánula orofaríngea e iniciar oxígeno al 100% a 6 l/min
  - apoyar la ventilación y colocar al paciente en posición de recuperación hasta que llega el equipo del código del hospital
32. ¿Cuál de los siguientes pacientes es el que más probablemente se presente con signos vagos y síntomas infrecuentes de un infarto agudo de miocardio (IAM) atípico?
- una mujer de 65 años con enfermedad coronaria moderada confirmada recientemente por angiografía
  - un hombre de 56 años que fuma 3 paquetes por día pero no tiene antecedentes de enfermedad cardiaca
  - una mujer de 45 años a quien se diagnosticó diabetes tipo I 22 años antes
  - un hombre de 48 años en la unidad de cuidados intensivos (UCI) después de una cirugía de revascularización coronaria

33. El ritmo de un hombre de 60 años (peso = 50 kg) con antecedentes de FV recurrente se ha convertido de FV a un ritmo de perfusión de complejo ancho tras recibir 1 mg de epinefrina por vía IV y una 4ª descarga (FC = 60 lpm, PA = 90/60 mm Hg). ¿Cuál de los siguientes esquemas de medicación es el más adecuado para administrar a continuación?
- a. amiodarona 300 mg en bolo IV
  - b. adenosina 6 mg en bolo IV rápido
  - c. magnesio 3 g en bolo IV, diluidos en 10 ml de dextrosa al 5% en agua (D<sub>5</sub>A)
  - d. procainamida 20-50 mg/min, hasta una dosis máxima de 17 mg/kg