

# Excelencia en la Capacitación Profesional

**Modulo**

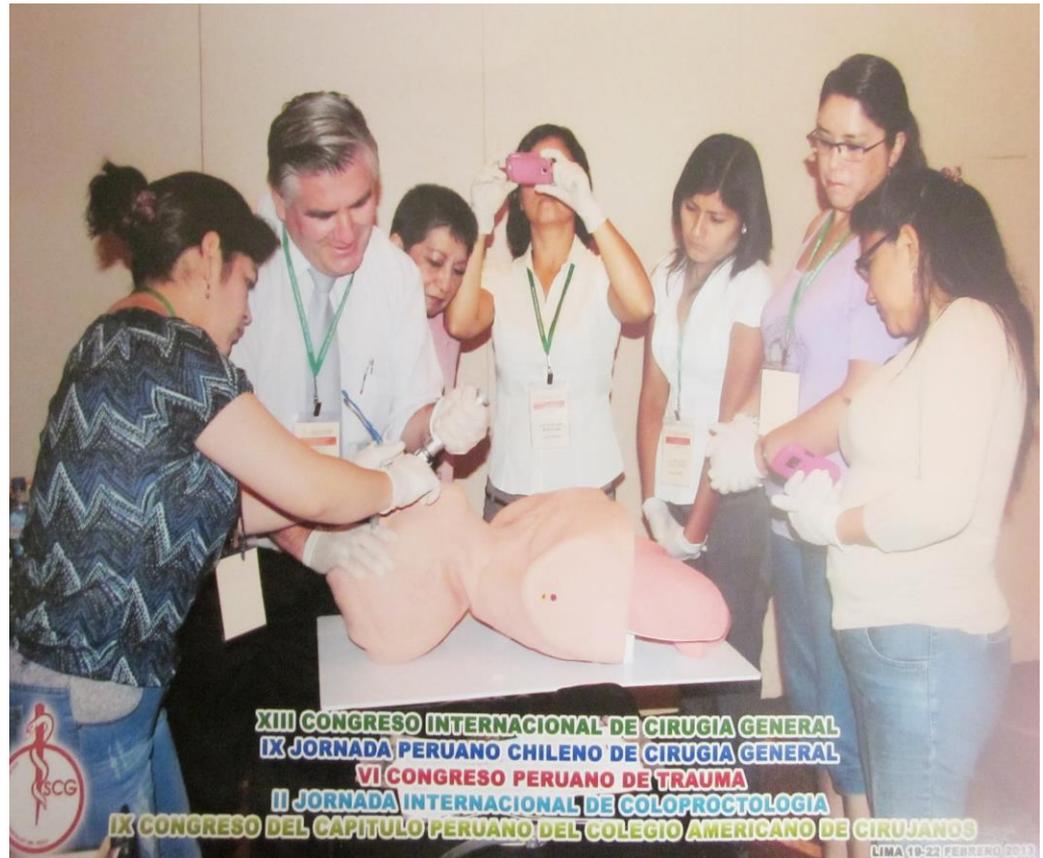
**01**

**Soporte Vital Básico**  
**Tópicos Actuales del ACLS**



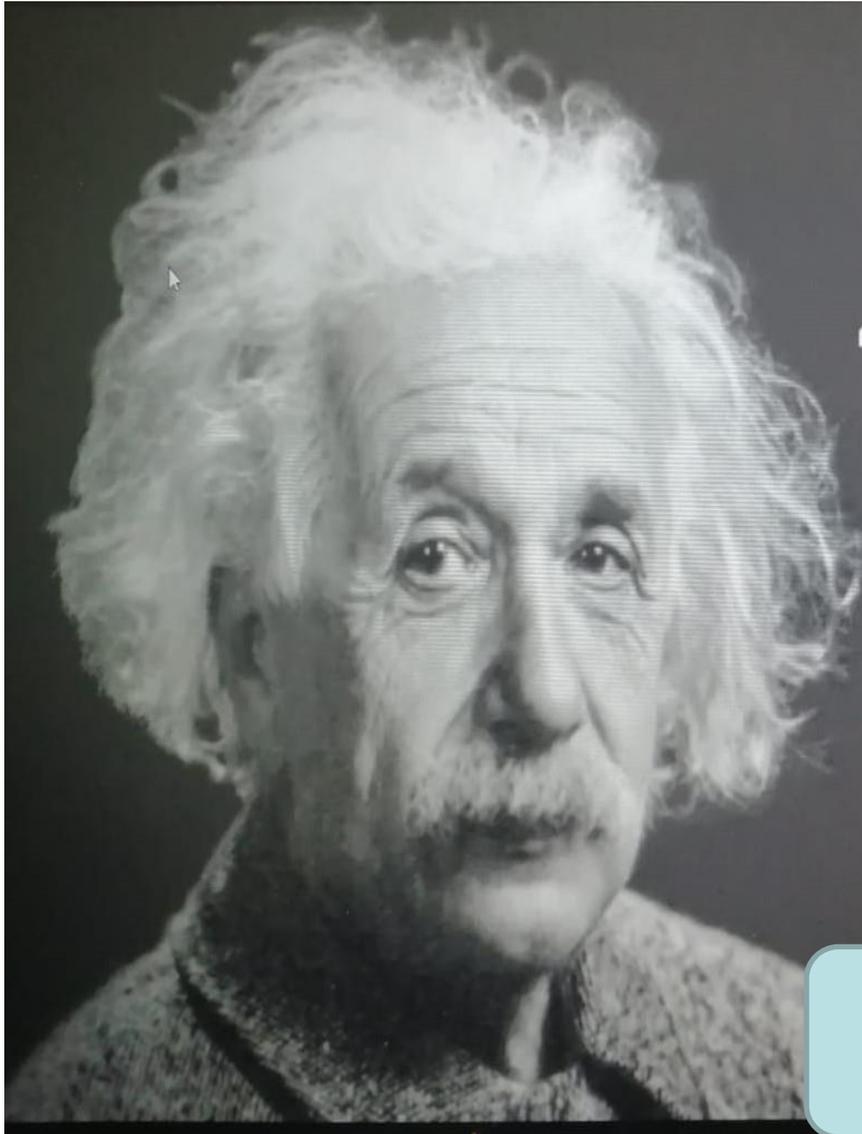
**Lic Enf José Luis Miranda Fernández**  
**Enf .Esp. Enfermería en Emergencias y Desastres**  
**Docente Universidad Peruana Unión**  
**Email: [jmiranda-500@hotmail.com](mailto:jmiranda-500@hotmail.com)**

# Enseñando a Salvar Vidas



La vida es lo más preciado en este mundo, esfuérzate para consérvala. Prepárate para lograrlo.

# Pensamiento Celebre



“En los momentos de crisis, solo la imaginación es más importante que el conocimiento”

Albert Einstein



# Contenidos:

- Soporte Vital Básico - BLS.
- Guías Actualizadas de Reanimación Cardiopulmonar.
- Reanimación Cardiopulmonar en el Trauma. Manejo del DEA.
- Tópicos Actuales de ACLS. Código Mega.
- Reanimación Pit Crew

# Soporte Básico de Vida

<https://www.youtube.com/watch?v=x5ADpFzyLaU>



# Situación Actual

- Las Enfermedades Cardiovasculares es la 1ra Causa de Muerte en muchos países de Latinoamérica.
- Escasa formación en Soporte Básico de Vida y ausencia de programas de Desfibrilación Precoz.
- Desconocimiento por parte de los Profesionales de Salud de los protocolos actualizados de AVB y AVA
- Necesidad de contar con primeros respondientes y sistemas de emergencias adecuados.

# Principales cambios de las guías de reanimación 2015 -2020

- Se agregó un sexto eslabón, Recuperación, a las cadenas de supervivencia del PCIH y PCEH
- Se modificó el algoritmo universal de paro cardíaco en adultos a fin de enfatizar el papel de la administración temprana de adrenalina en pacientes con ritmos no desfibrilables
- El algoritmo de atención posparo cardíaco se actualizó para enfatizar la necesidad de evitar hiperoxia, hipoxemia e hipotensión
- Se agregó un nuevo algoritmo de paro cardíaco en el embarazo para abordar estos casos especiales

# Principales cambios de las guías de reanimación 2015 -2020

## Cambios en el Soporte Vital Básico:

- Enfoque en el inicio del RCP por reanimadores legos
- Es esencial aplicar compresiones de alta calidad, el objetivo es comprimir 5 a 6 cm de profundidad a una relación de 100 a 120 por minuto .
- Se debe reducir al máximo las interrupciones de las compresiones torácicas, continua la relación 30 compresiones dos ventilaciones 5 ciclos

# Principales cambios de las guías de reanimación 2015 -2020

## Cambios en el Soporte Cardíaco Avanzado de Vida:

- Mayor énfasis en las compresiones torácicas de alta calidad .
- Énfasis en la administración temprana de la adrenalina
- Medir continuamente la presión arterial y el dióxido de carbono al final de la espiración (ETCO<sub>2</sub>) durante la reanimación avanzada puede ser útil para mejorar la calidad de la RCP.
- El acceso intravenoso (IV) es la vía preferida para la administración del medicamento durante la reanimación avanzada. El acceso intraóseo (IO) es aceptable si el acceso IV no está disponible.



# Paro Respiratorio

**Definición: Cese brusco y repentino, potencialmente reversible de la respiración, comunmente presentan pulso.**

Causa Paro Respiratorio

Obstruccion Total o Parcial de la vía aérea

# Paro Cardiaco

**Definición: Cese brusco y potencialmente reversible de la actividad cardiaca**

- **La circulación cesa y los órganos vitales se ven privados del oxígeno.**
- **La victima ya no respira, pero pueden haber jadeos agónicos ventilatorios.**

# Diagnóstico del PCR

- Inconsciencia
- Ausencia de pulso en las grandes arterias (carótidas y/o femorales)
- Calidad de la Respiración



# RCP básica

Es un conjunto de medidas estandarizadas de desarrollo secuencial de maniobras de reanimación ,tiene como finalidad :

Sustituir primero y restaurar la respiración y circulación y evitar el daño cerebral.

# Principios de la Resucitación Cardiopulmonar

Intento de restablecer la circulación espontánea mediante un amplio espectro de maniobras y técnicas



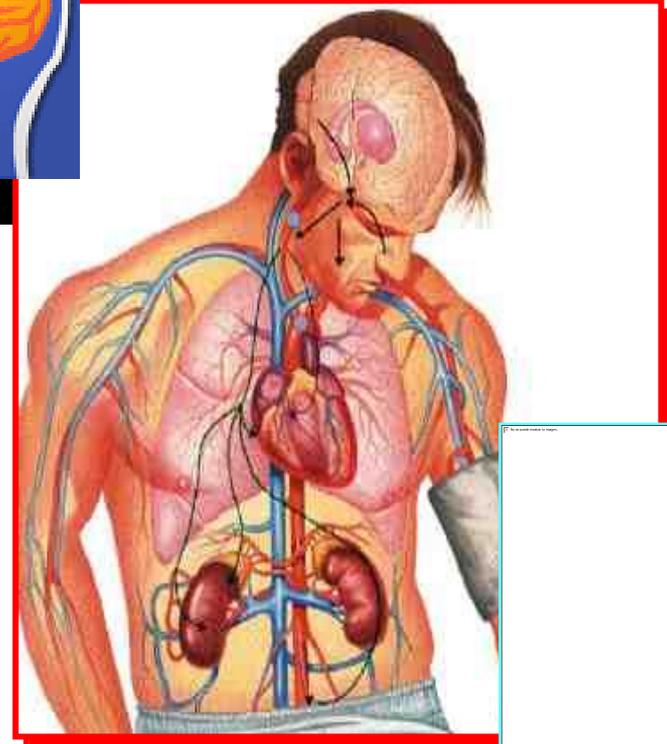
**OBJETIVO PRINCIPAL**  
**REVERTIR LA MUERTE**  
**CLÍNICA**

- PRESERVAR LA VIDA
- RESTABLECER LA SALUD
- ALIVIAR EL SUFRIMIENTO
- LIMITAR LA DISCAPACIDAD

Inmediatamente en el lugar por la Primera persona (Profesional o No) que reconoce el PCR

# Compromiso de órganos y sistemas más importantes para la vida

- **CARDIOVASCULAR**
- **RESPIRATORIO**
- **NERVIOSO CENTRAL**



MIKLOS FEHER: 27 ENERO 2004



# Indicaciones para inicio de RCP

**Debe aplicarse cuando se confirma:**

**Paro Cardio-Respiratorio**

# Excepciones para no aplicar maniobras de RCP

- 1) El PCR sea consecuencia de la evolución terminal e indiscutible de enfermedad incurable.
- 2) La persona presente signos indiscutibles de MUERTE BIOLÓGICA (rigidez, livideces, etc.)
- 3) El PCR lleve >10 min. de evolución, sin haberse realizado RCP a excepción de: ahogamiento, hipotermia accidental, intoxicación barbitúrica.



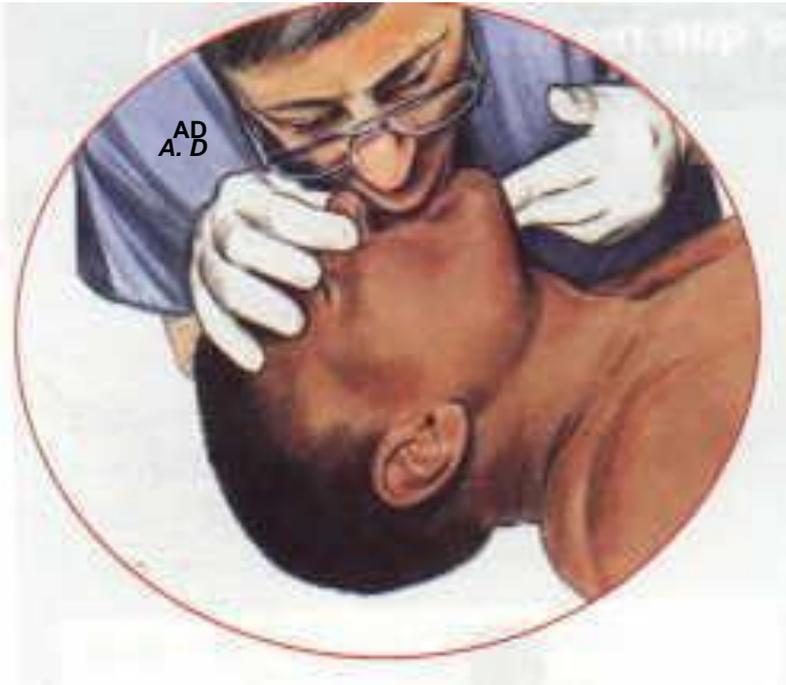
# Objetivo

## Diagnóstico

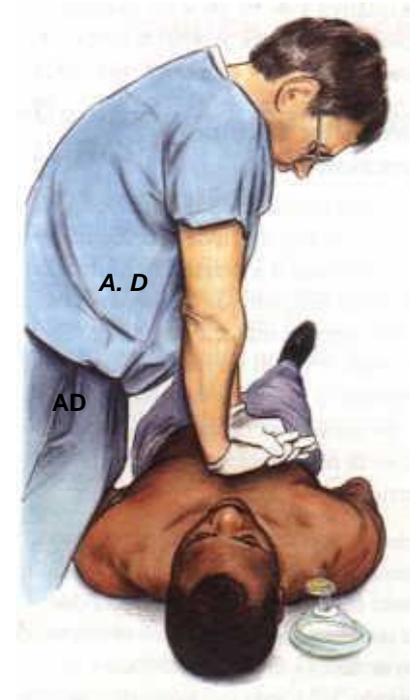
- Rápido,
- Sencillo
- Manejo Organizado del Paro Cardio-Respiratorio.

# Reanimación Cardio Pulmonar y Cerebral

## Pasos secuenciales y estandarizados



Reemplazar  
Sustituir



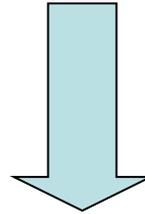
# Causas de paro cardiaco en el adulto

- Trauma : Accidentes de transito
- Enfermedad cardiovascular : IMA
- Accidente cerebrovascular : DVC/ ACV
- OVACE : Trozo de alimentos mal masticados
- Asfixia : Inhalación de humo
- Envenenamiento : Barbitúricos

# Muerte Súbita

- a.- Muerte clínica
- b.- Muerte biológica

## Muerte Clínica

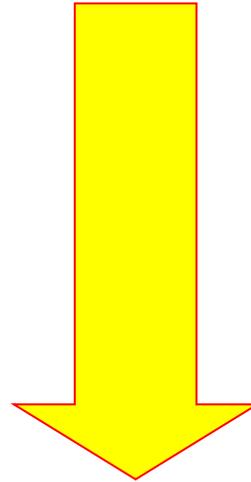


**Paro Cardio Respiratorio en los  
4 primeros minutos**

**Potencialmente reversible**

# Muerte Biológica

Después de los 10 minutos



Daño cerebral

# Tipos de Paro Cardíaco

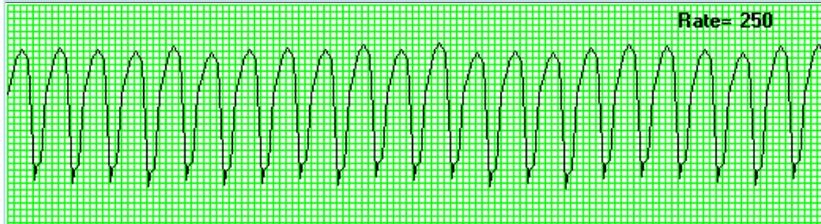
- **Asistolia**
- **Fibrilación ventricular**
- **Taquicardia ventricular sin pulso**
- **Actividad eléctrica sin pulso**

# Ritmos de Paro Cardíaco

100 – 120

**Reversibles  
Con Descarga**

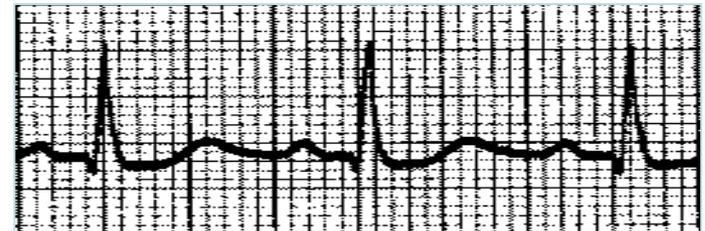
**No reversibles  
Con Descarga**



**Taquicardia Ventricular SP**

1 ventilación Cada 6 a 8 seg

**Asistolia**



**Fibrilación Ventricular**

**AESP**

# AESP

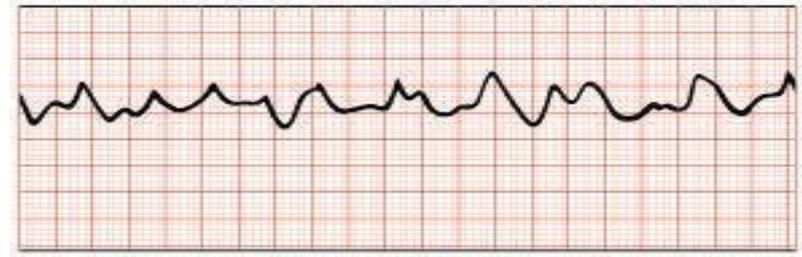
## 5H

- Hipovolemia
- Hipoxia
- Hidrogeniones (H)
- Hiperkalemia/Hipo
- Hipotermia

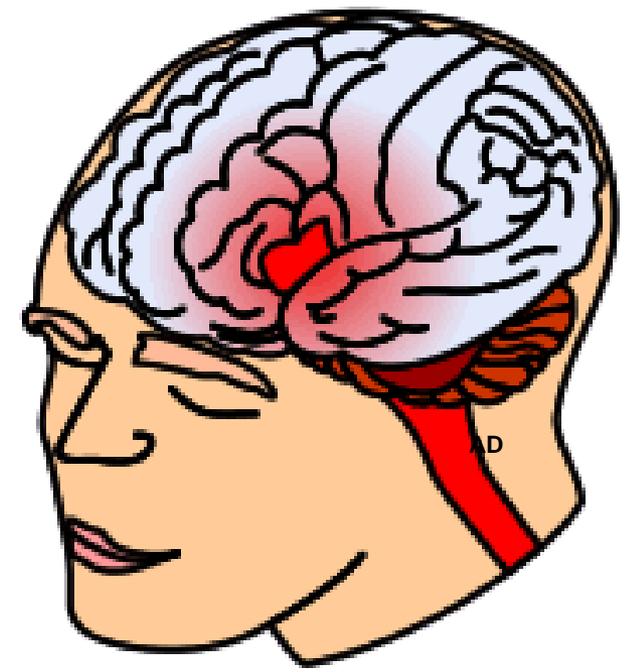
## 5 T

- Tensión : Neumotórax  
Hiper
- Taponamiento Cardíaco
- Trombosis Coronaria
- Trombo Embolismo  
Pulmonar
- Toxinas

# Fibrilación Ventricular

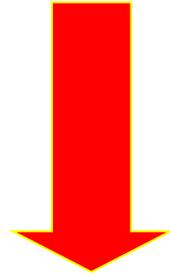


**IMA**



**Accidente Cerebro Vascular**

# Casos Especiales



- **Intoxicación con barbitúricos**
- **Hipotermia severa**
- **Ahogamiento**
- **Electrocución**

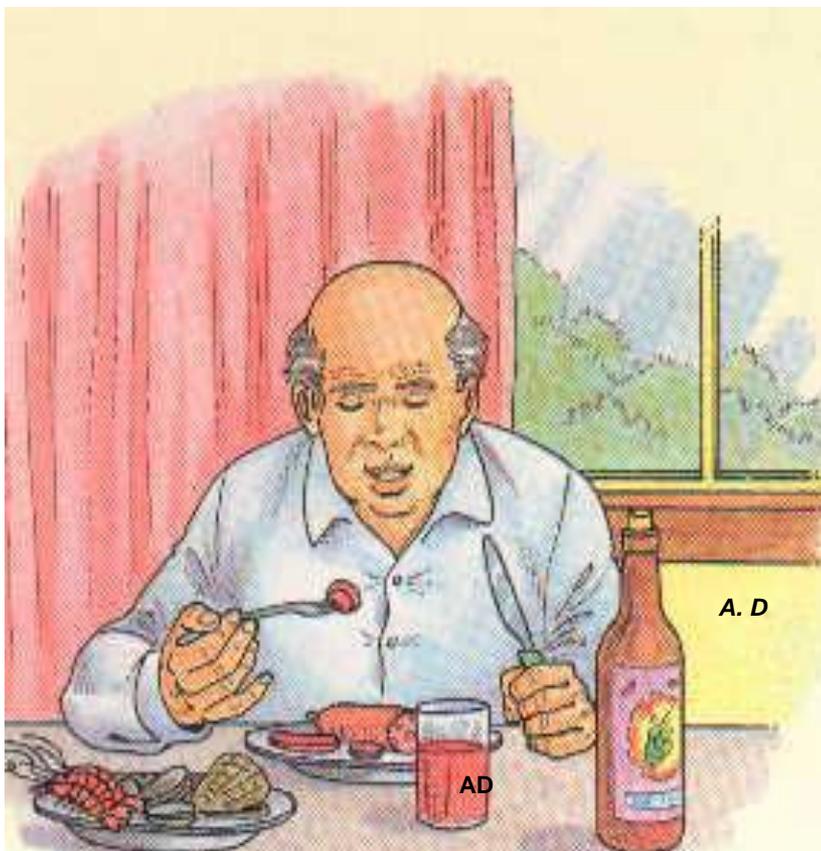
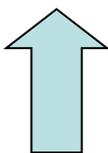
# Factores de Riesgo Cardio Cerebro Vascular

1.- Modificables

2.- No modificables

1

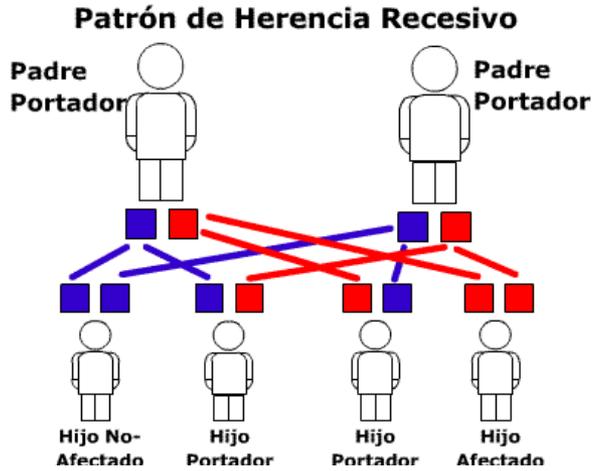
- HTA
- Diabetes
- Obesidad
- Colesterol
- Stress



2

Sexo  
Edad  
Raza  
Gen

# Factores de Riesgo No Modificables



Herencia

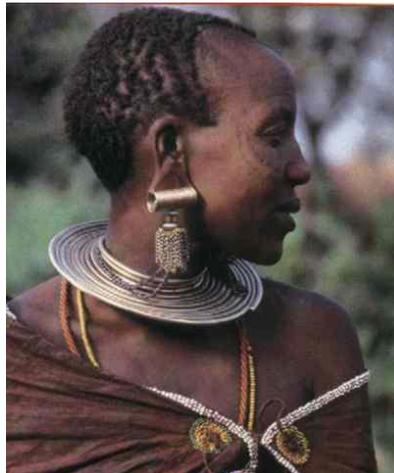


Sexo



La edad

Raza



# Factores de Riesgo Modificables



**Diabetes**



**Estrés excesivo**



**Tabaquismo**

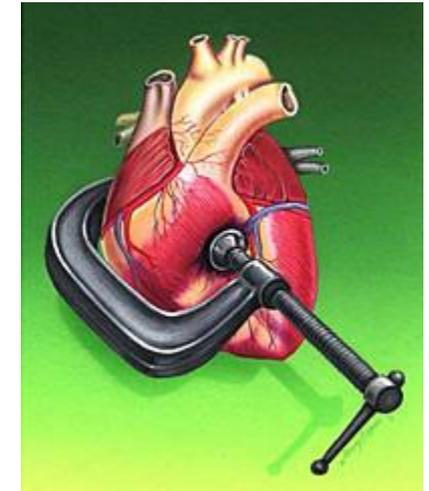


**Obesidad**

**Hipercolesterolemia**



**Sedentarismo**



**Hipertensión**

# Cadena de Supervivencia



A pesar de los avances recientes, menos del 40% de los adultos recibe RCP iniciada por personas sin experiencia médica, y en menos del 12% se utiliza un DEA antes de la llegada del SEM.

<https://www.youtube.com/watch?v=Z8yAQSjGNAE>

# Cadena de Sobrevivida 2020

Figura 3. Cadenas de supervivencia de la AHA para adultos con PCIH y PCEH.

## PCIH



## PCEH



# Cadena de Sobrevivida Pediátrico 2020

Figura 10. Cadenas de supervivencia de la AHA para pacientes pediátricos con PCIH y PCEH.

## PCIH



## PCEH





# Asociación Americana del Corazón

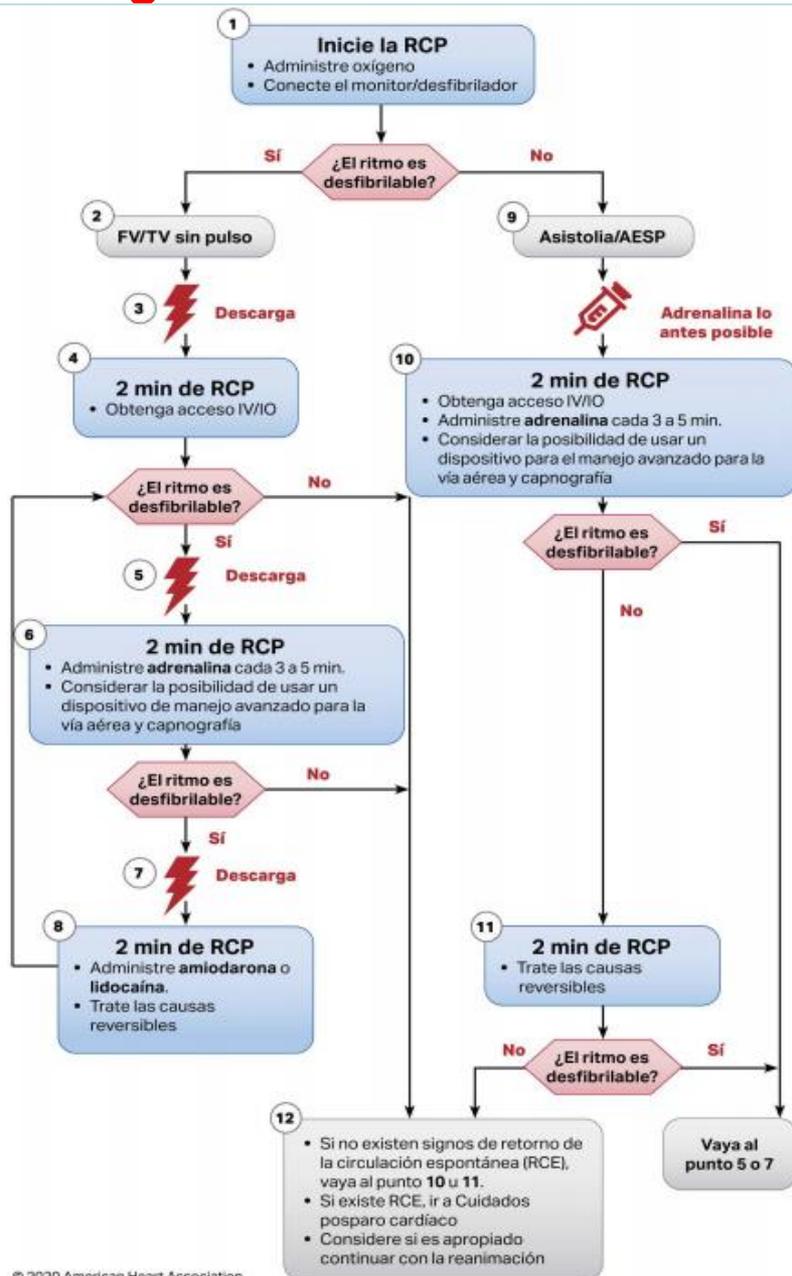
## Grupo Etáreos

**Infante : hasta 1 año**

**Niño : 1 a 8 años**

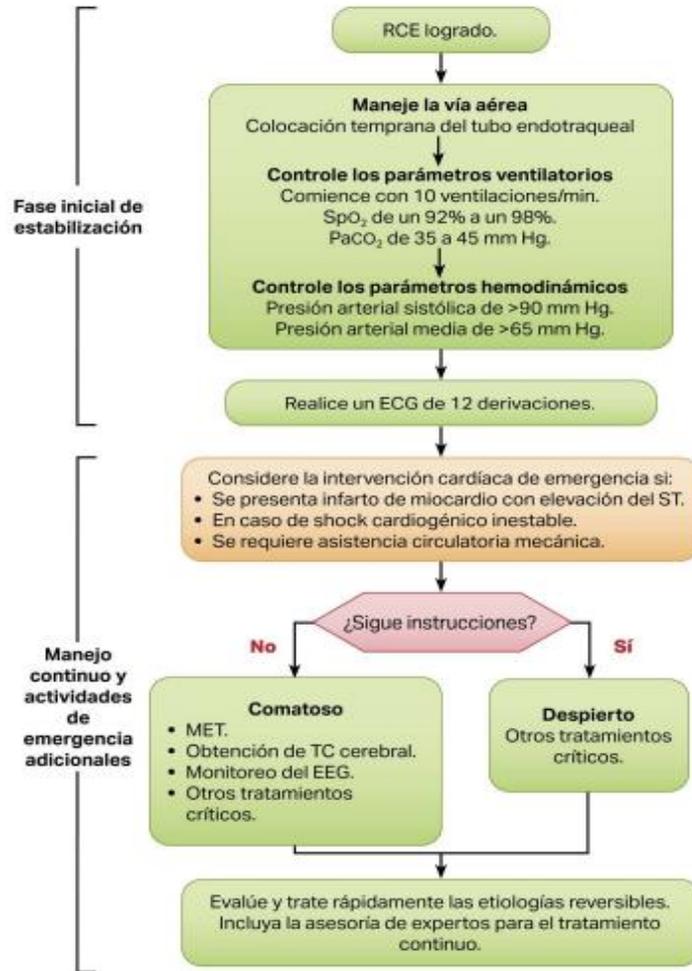
**Adulto : 8 a más**

# Algoritmo de Paro Cardíaco en adultos



Calidad de la RCP
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprima fuerte (al menos 5 cm [2 pulgadas]) y rápido (a entre 100 y 120 c. p. m.), y permita una expansión torácica completa.</li> <li>• Minimice las interrupciones entre compresiones.</li> <li>• Evite una ventilación excesiva.</li> <li>• Cambie de compresor cada 2 minutos, o antes si está cansado.</li> <li>• Si no hay un dispositivo de manejo avanzado de la vía aérea, considere una relación de compresión-ventilación debe ser de 30:2.</li> <li>• Capnografía cuantitativa               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Si la PETCO<sub>2</sub> es baja o está en disminución, vuelva a evaluar la calidad de la RCP.</li> </ul> </li> </ul>
Energía de descarga para desfibrilación
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Bifásica:</b> recomendación del fabricante (por ejemplo, dosis inicial de 120 a 200 J); si se desconoce, use el valor máximo disponible. La segunda descarga y las posteriores deben ser equivalentes, y puede considerarse la administración de valores superiores.</li> <li>• <b>Monofásica:</b> 360 J.</li> </ul>
Farmacoterapia
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dosis IV/IO de adrenalina:</b> 1 mg cada 3 a 5 minutos</li> <li>• <b>Dosis IV/IO de amiodarona:</b> Primera dosis: bolo de 300 mg. Segunda dosis: 150 mg.</li> <li>• <b>Dosis IV/IO de lidocaína:</b> Primera dosis: De 1 a 1,5 mg/kg. Segunda dosis: De 0,5 a 0,75 mg/kg.</li> </ul>
Manejo avanzado de la vía aérea
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intubación endotraqueal o dispositivo supraglótico para el manejo avanzado de la vía aérea.</li> <li>• Capnometría o capnografía para confirmar y monitorizar la colocación del tubo ET.</li> <li>• Una vez llevado a cabo el manejo avanzado de la vía aérea, realice 1 ventilación cada 6 segundos (10 ventilaciones por minuto) con compresiones torácicas continuas.</li> </ul>
Retorno de la circulación espontánea (RCE)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pulso y presión arterial</li> <li>• Aumento repentino y sostenido de la PETCO<sub>2</sub> (normalmente de <math>\geq 40</math> mm Hg).</li> <li>• Ondas espontáneas de presión arterial con monitoreo intraarterial</li> </ul>
Causas reversibles
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipovolemia</li> <li>• Hipoxia</li> <li>• Hidrogenión (acidosis)</li> <li>• Hipo-/hiperpotasemia</li> <li>• Hipotermia</li> <li>• Tensión, neumotórax</li> <li>• Taponamiento cardíaco</li> <li>• Toxinas</li> <li>• Trombosis pulmonar</li> <li>• Trombosis coronaria</li> </ul>

# Algoritmo de Post Paro Cardíaco en adultos



## Fase inicial de estabilización

La reanimación continúa durante la fase posterior al RCE, y muchas de estas actividades pueden ocurrir simultáneamente. Sin embargo, si se debe establecer una priorización, siga estos pasos:

- Manejo de la vía aérea: Capnometría o capnografía para confirmar y monitorizar la colocación del tubo endotraqueal
- Manejo de los parámetros ventilatorios: ajuste la FIO<sub>2</sub> para la SpO<sub>2</sub> en un 92% a un 98%; comience con 10 ventilaciones/min. Ajuste a una PaCO<sub>2</sub> de 35 a 45 mm Hg.
- Manejo de los parámetros hemodinámicos: administre cristaloides o vasopresores o inotrópicos para la presión arterial sistólica objetivo de >90 mm Hg o la presión arterial media de >65 mm Hg.

## Control continuo y prácticas de emergencia adicionales

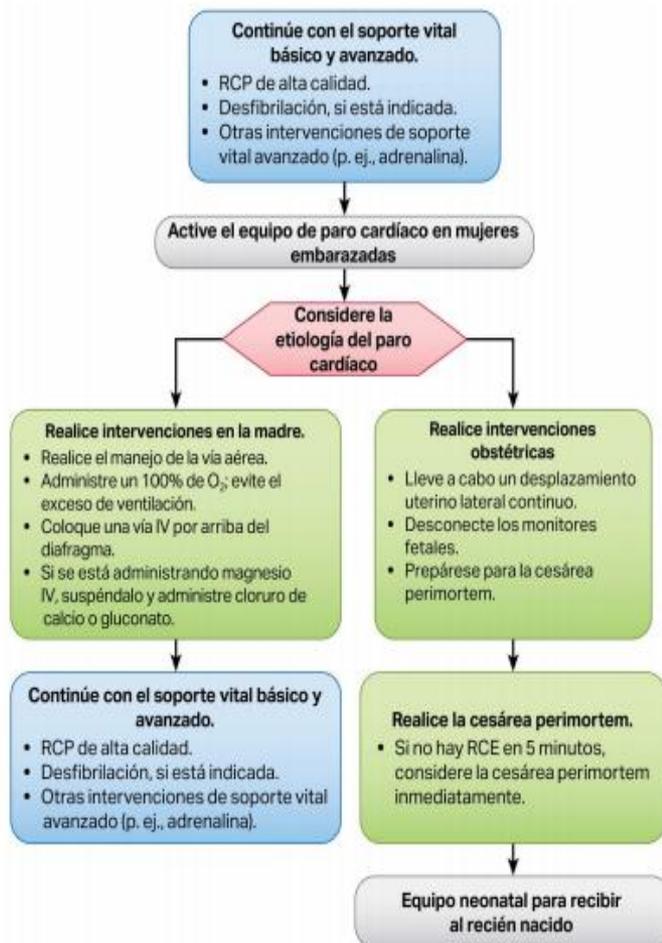
Estas evaluaciones deben realizarse simultáneamente para que las decisiones sobre manejo específico de la temperatura (MET) reciban una alta prioridad como intervenciones cardíacas.

- Intervención cardíaca de emergencia: Evaluación temprana de un electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones; considere la hemodinamia para la toma de decisiones sobre la intervención cardíaca.
- MET: si el paciente no está siguiendo órdenes, inicie el MET lo antes posible; comience a una temperatura de entre 32 °C y 36 °C durante 24 horas utilizando un dispositivo de refrigeración con un bucle de retroalimentación.
- Otros tratamientos críticos.
  - Monitoree continuamente la temperatura central (esofágica, rectal, de la vejiga).
  - Mantenga la normoxemia, la normocapnia y la euglucemia.
  - Monitoree el electroencefalograma (EEG) de forma continua o intermitente.
  - Proporcione ventilación de protección pulmonar.

## Las H y T

- Hipovolemia
- Hipoxia
- Hidrogenión (acidosis)
- Hipopotasemia/hiperpotasemia
- Hipotermia
- Tensión, neumotórax (a tensión)
- Taponamiento cardíaco
- Toxinas
- Trombosis pulmonar
- Trombosis coronaria

# Algoritmo Paro Cardíaco en el Embarazo



## Paro cardíaco en una mujer embarazada

- La planificación del equipo debe realizarse en colaboración con los servicios de obstetricia, neonatales, de emergencia, anestesiología, cuidados intensivos y paro cardíaco.
- Las prioridades para las mujeres embarazadas en paro cardíaco deben incluir el suministro de RCP de alta calidad y alivio de compresión aortocava con desplazamiento uterino lateral.
- El objetivo de la cesárea perimortem es mejorar los resultados maternos y fetales.
- Lo ideal es que realice una cesárea perimortem en 5 minutos, según los recursos de los profesionales y sus habilidades.

## Manejo avanzado de la vía aérea

- En el embarazo, es común tener una vía aérea dificultosa. Recorra al profesional con más experiencia.
- Haga intubación endotraqueal o use un dispositivo supraglótico para el manejo avanzado de la vía aérea.
- Utilice la capnometría o capnografía para confirmar y monitorizar la colocación del tubo ET.
- Una vez colocado el dispositivo de manejo avanzado de la vía aérea, realice 1 ventilación cada 6 segundos (10 ventilaciones por minuto) con compresiones torácicas continuas.

## Posible etiología del paro cardíaco en una mujer embarazada

- A:** complicaciones con la anestesia.
- B:** sangrado.
- C:** cardiovascular.
- D:** drogas.
- E:** embolia.
- F:** fiebre.
- G:** causas generales no obstétricas del paro cardíaco (las H y las T).
- H:** hipertensión.

# **Evaluacion de la escena indispensable en el ámbito pre hospitalario**

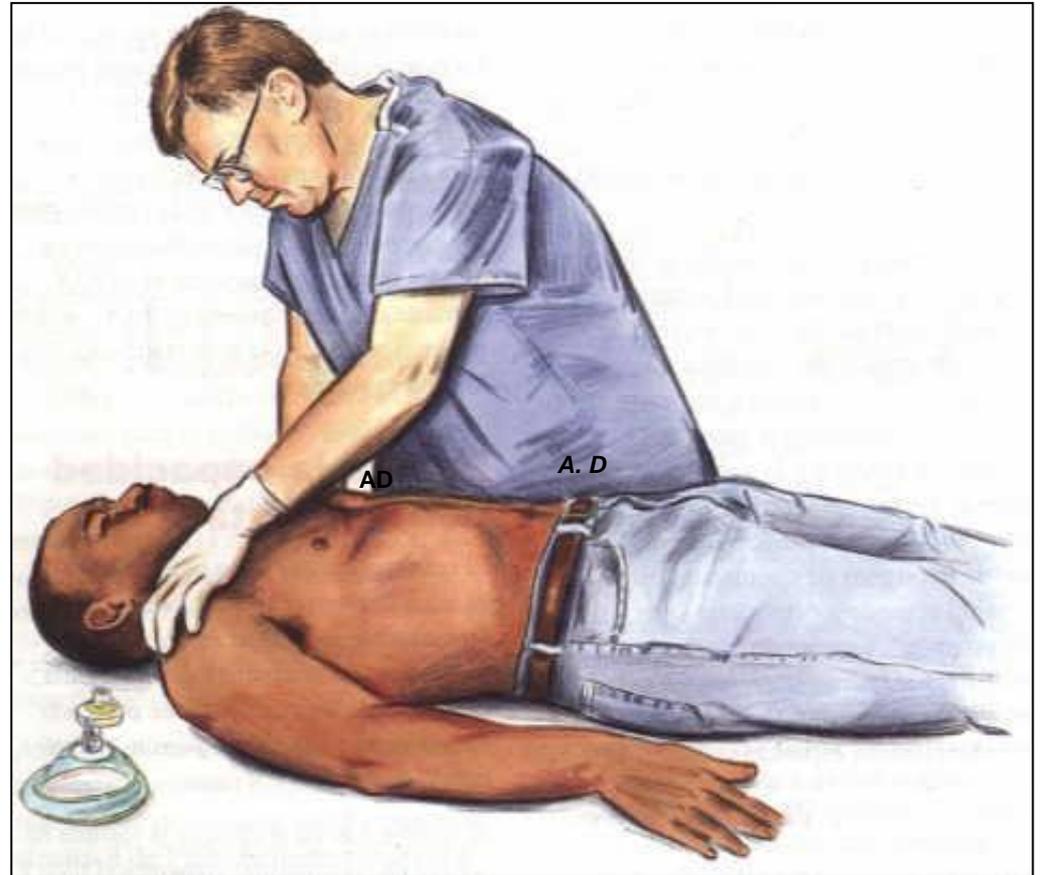
**Despejar peligros victima - rescatador  
ubicar lugar seguro para la victima**

# Valoración de la víctima

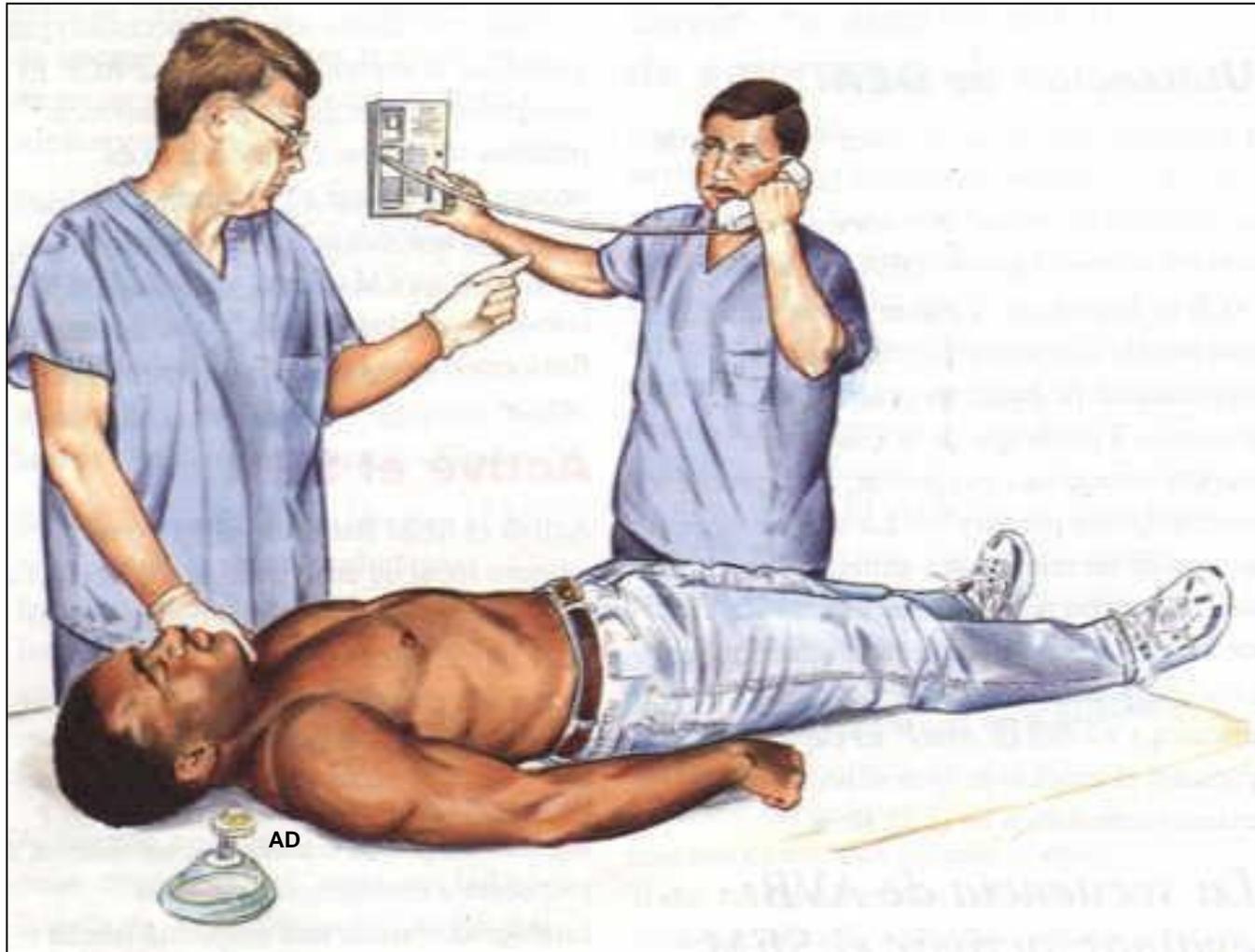
## Determinar estado de conciencia de la víctima

¿Está usted bien ?

Si no responde  
víctima  
inconsciente

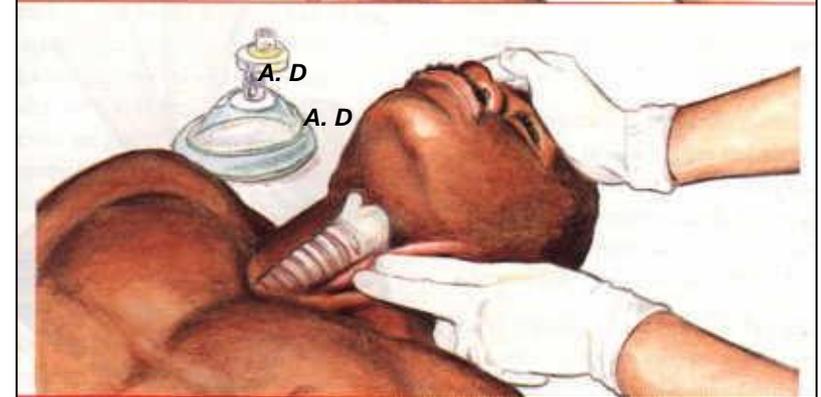
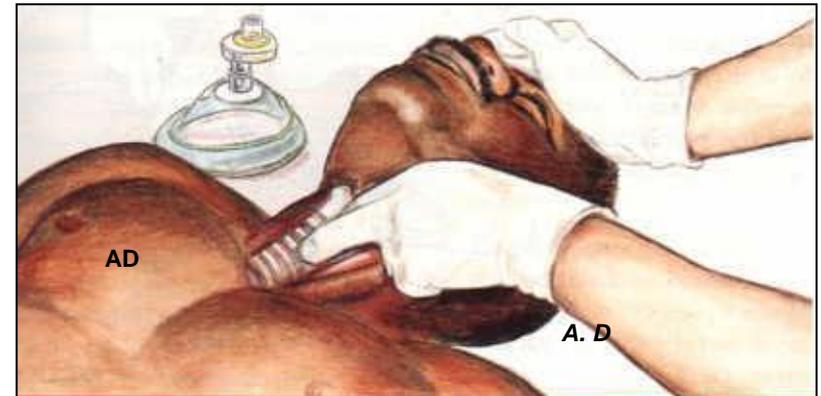
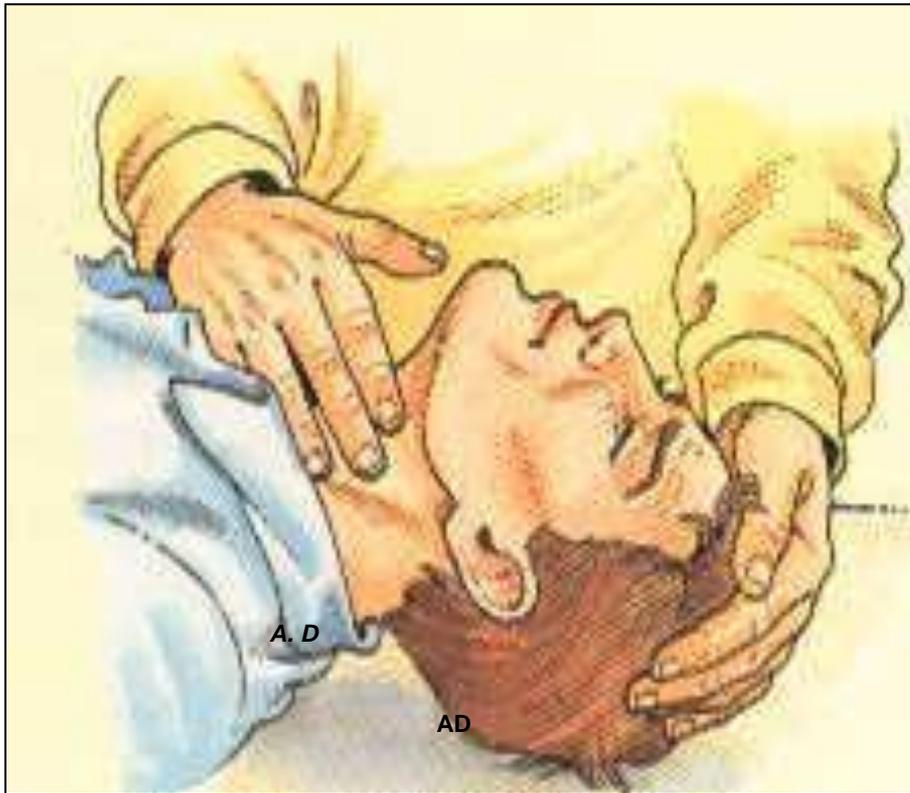


# Colocar a la víctima en posición de reanimación



# Determine el pulso

## Busque pulso carotideo



AD

A. D

# Solicite ayuda active el SEM



**Llegada de unidad especializada**

**Llegada de DAE**

# Respuesta a Emergencias Cardiorespiratorias

- *Llame primero, llame rápido*

**¡NO OLVIDE ESTE NÚMERO!**

**116**

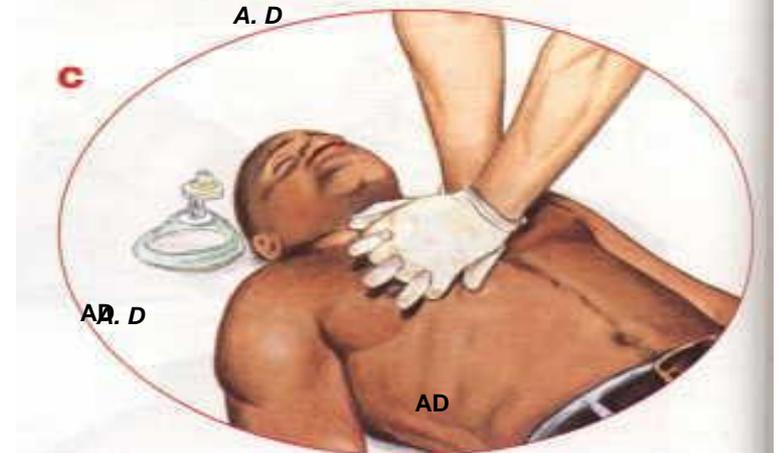
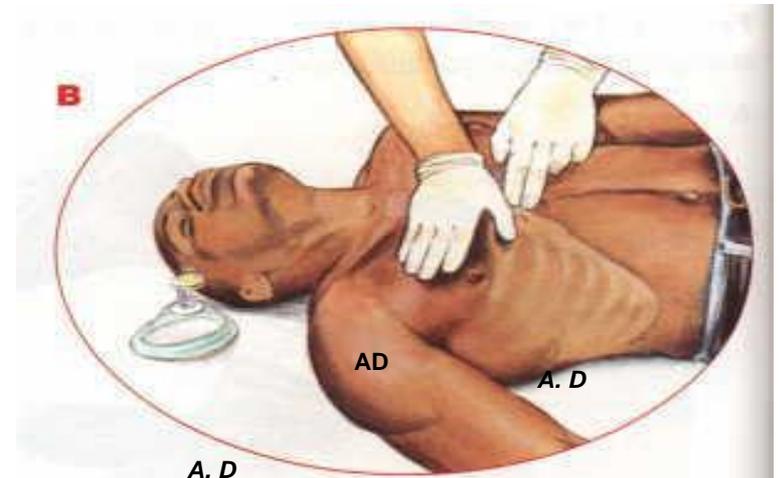
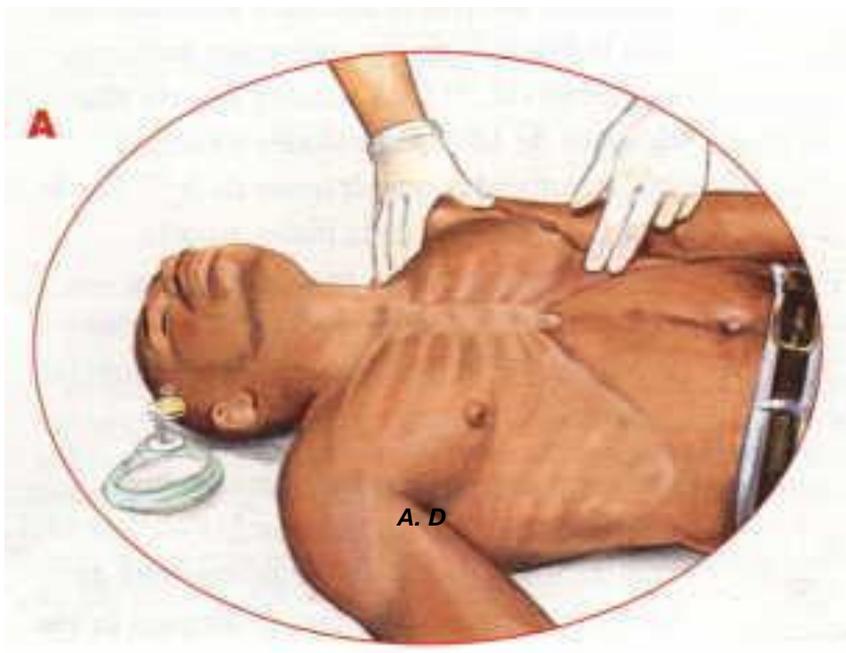
**Central de Emergencias del Cuerpo  
de Bomberos del Perú**

**USTED PUEDE SALVAR UNA VIDA**

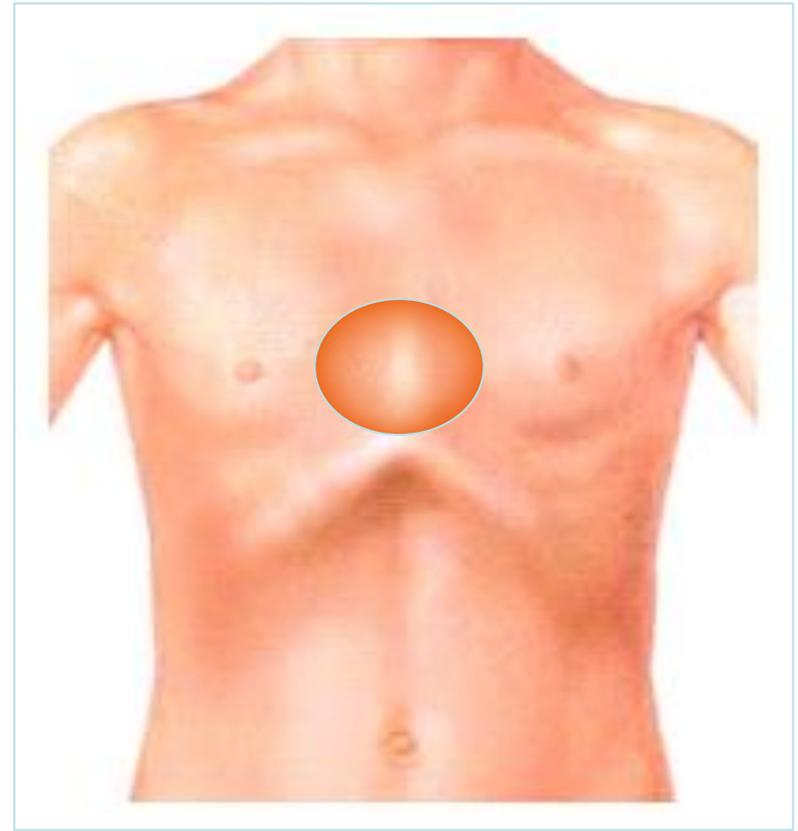
# Inicie compresiones torácicas

Linea media Inter mamilar

Linea media esternal



# Lugar de Compresiones Torácicas

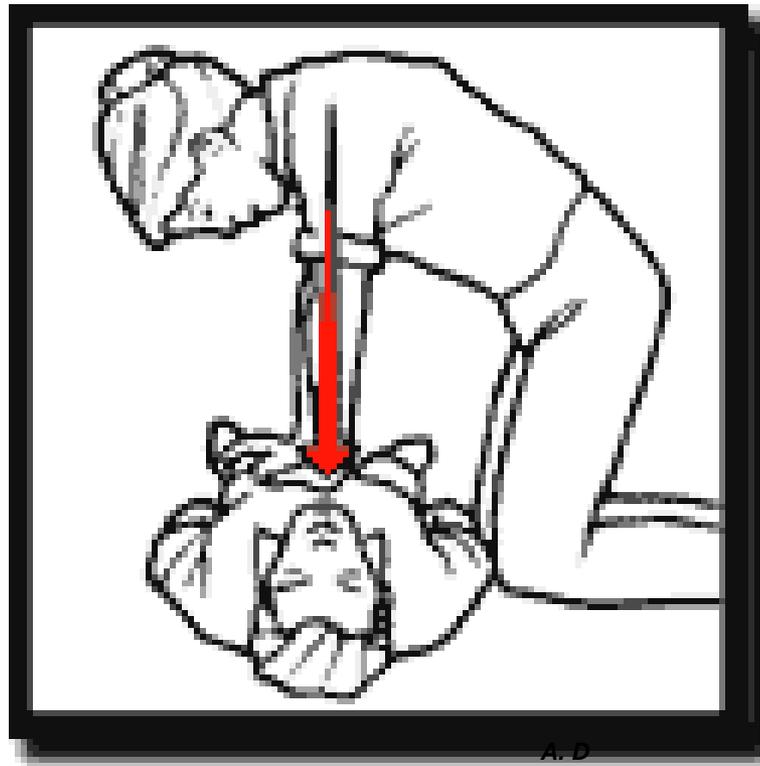


**Hombros perpendiculares al tórax**

**Brazos rectos**

**Comprimir de 5 a 6 centímetros**

**Comprimir con el talón de la mano**

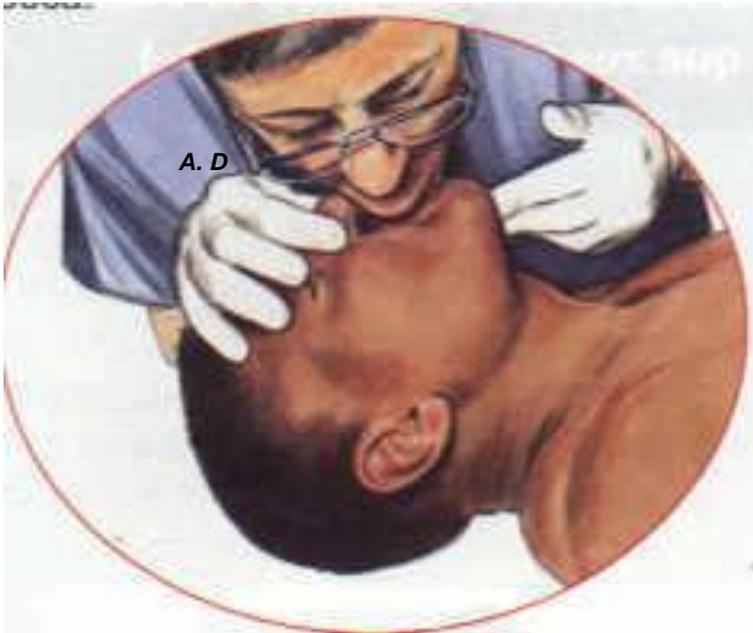


# Compresiones rítmicas a razón de 100 120 por minuto

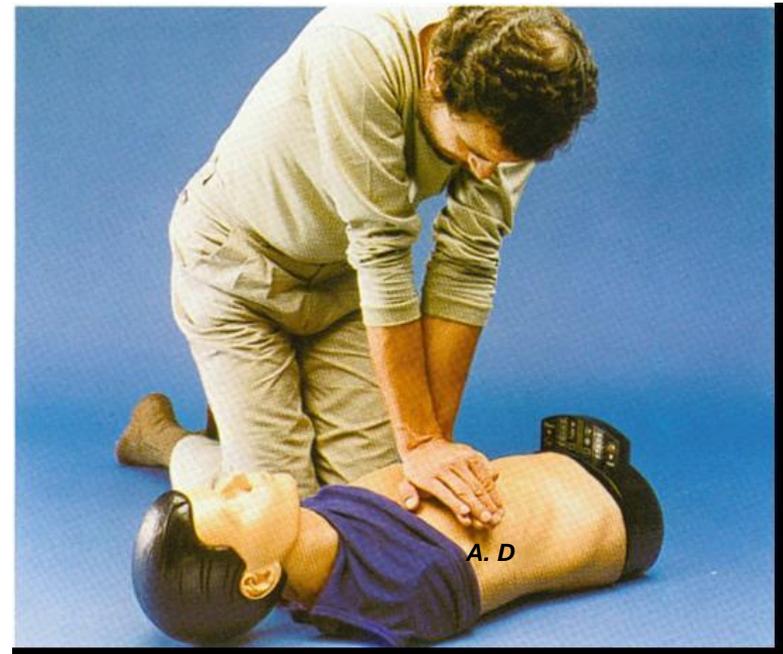
Con 1 o 2 reanimadores :

Ventilación - Compresión 30 : 2

## Ventilación

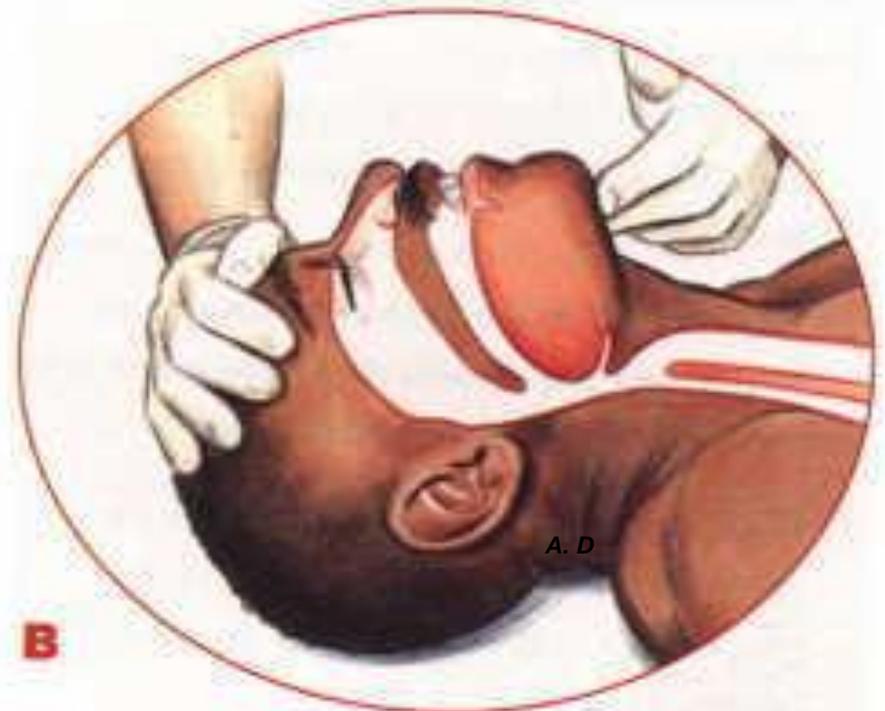


## Compresión Torácica



# Aperturar Vía Aérea

# Maniobra Frente mentón

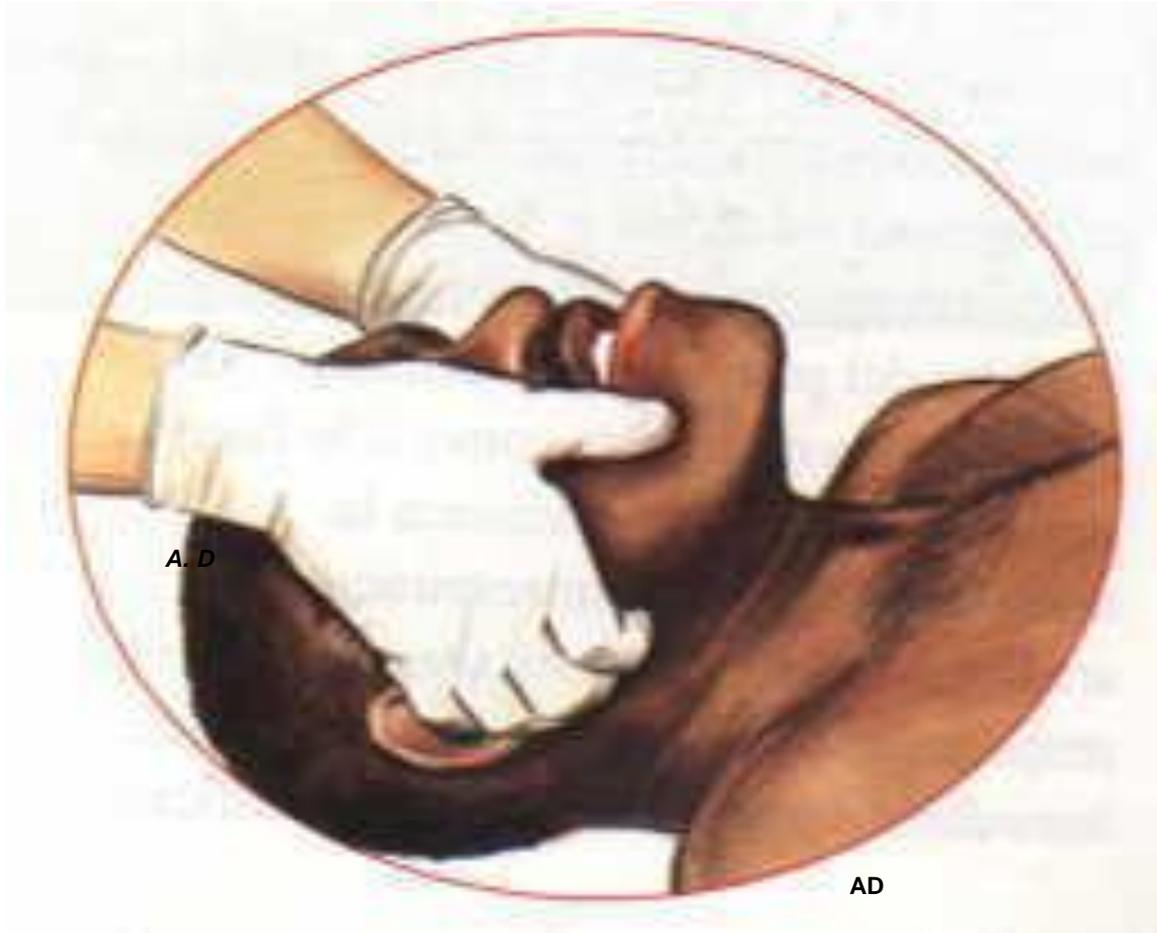


**A**

**B**

# Sospecha de Trauma Cervical

## Tracción mandibular



# Sospecha de Trauma Cervical



# Aplique dos ventilaciones de rescate

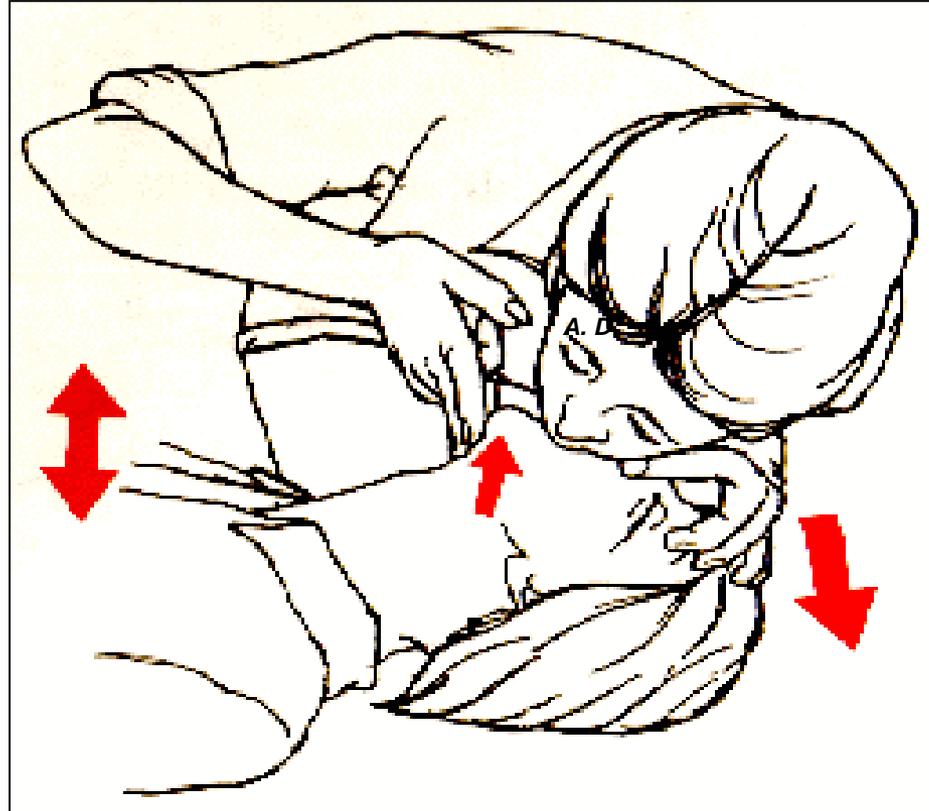
## Ocluya las fosas nasales



A. D

AD

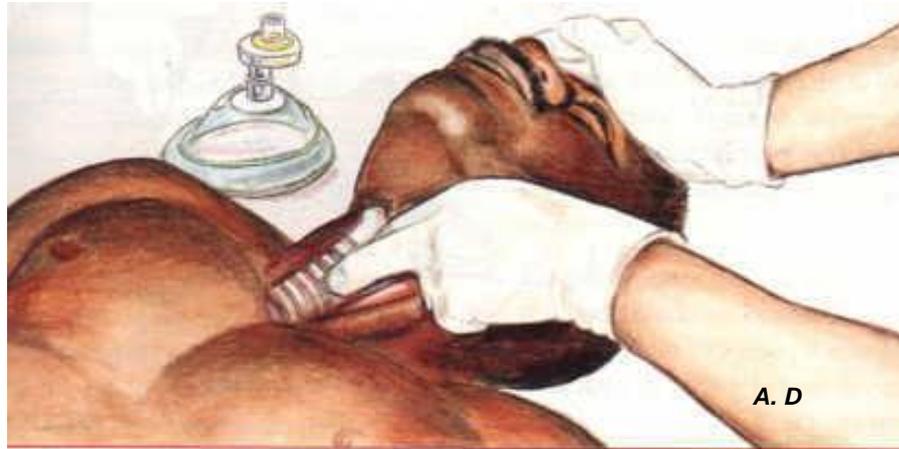
# Selle su boca con la boca de la victima



**Aplique 2 ventilaciones de 1 seg cada uno  
observe elevación del tórax**

# Reevaluar a los 2 minutos

## Pulso o signos de circulación



# Si tiene pulso y no respira

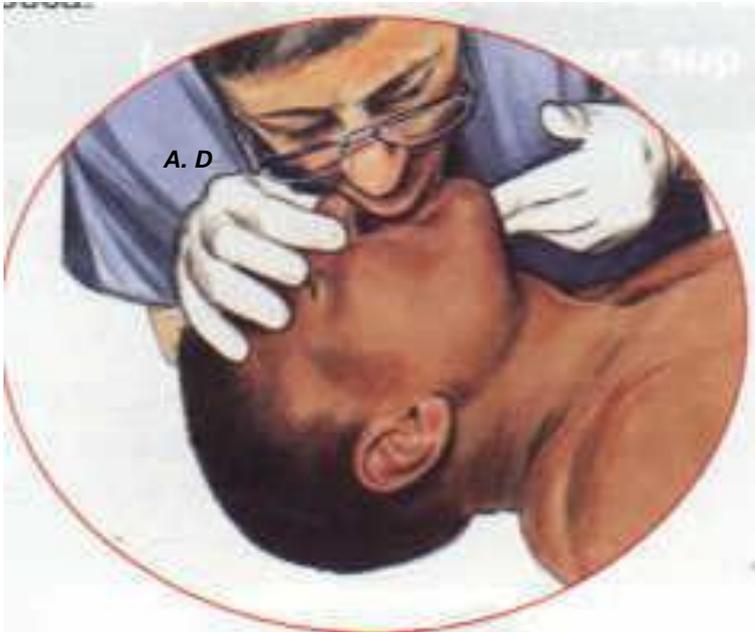
**Aplicar 1  
ventilación  
cada  
5 a 6  
segundos**



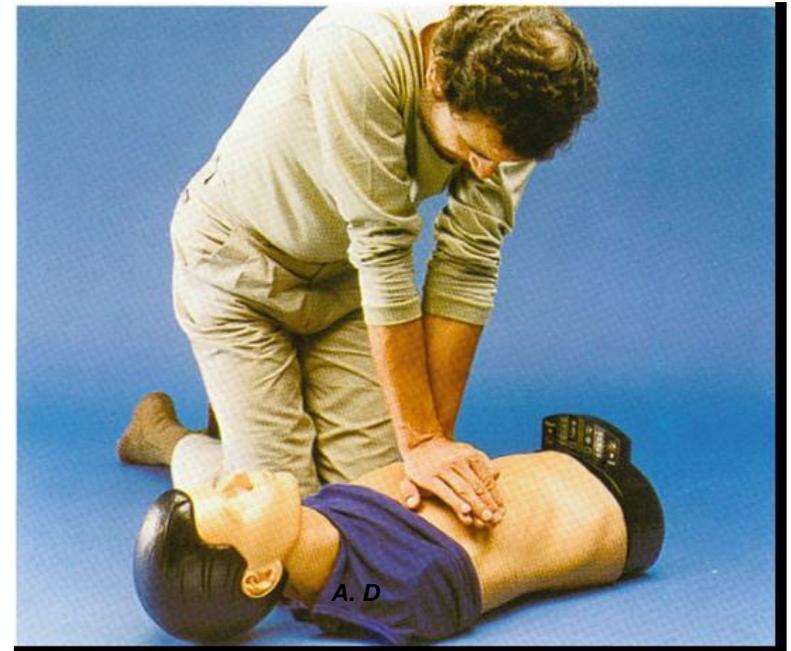
# Si no tiene pulso y no respira

## Continuar con la reanimación

### Ventilación



### Compresiones



**Si presenta pulso y respira**

**Colocar en posición de seguridad**



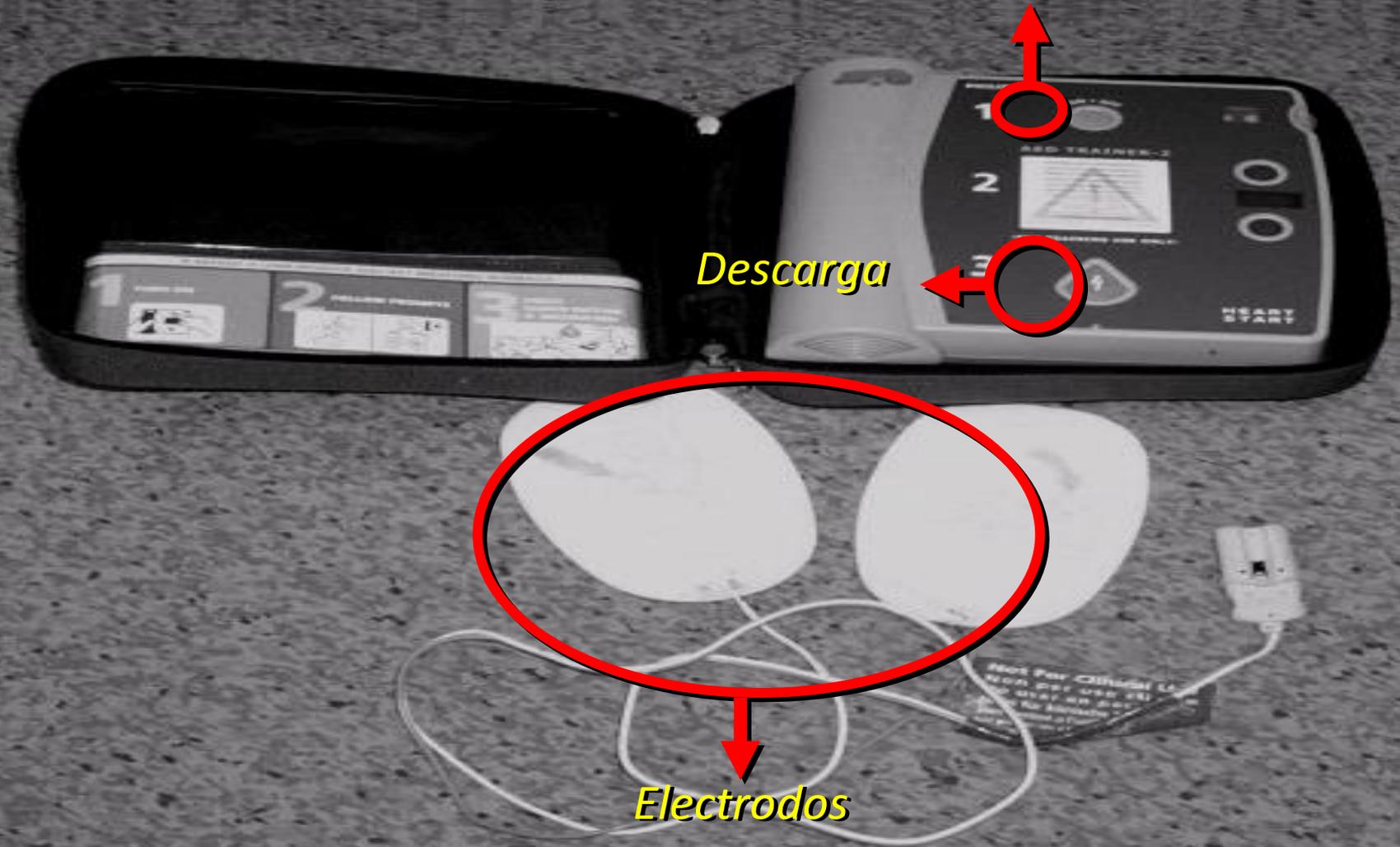
# ***Desfibrilación Precoz***

# Desfibrilador

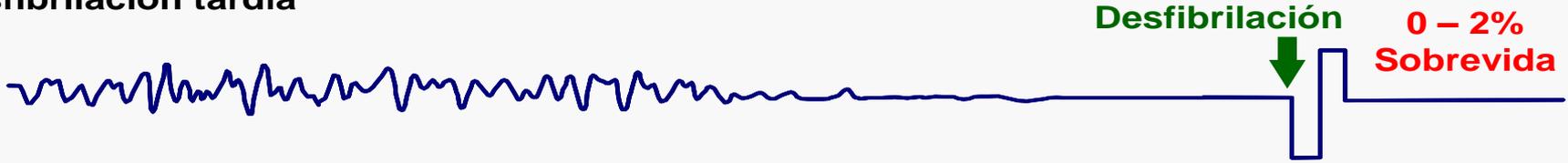
Encendido

Descarga

Electrodos



- Sin RCP
- Desfibrilación tardía



minutos

2

4

6

8

10

- RCP precoz
- Desfibrilación muy tardía



minutos

2

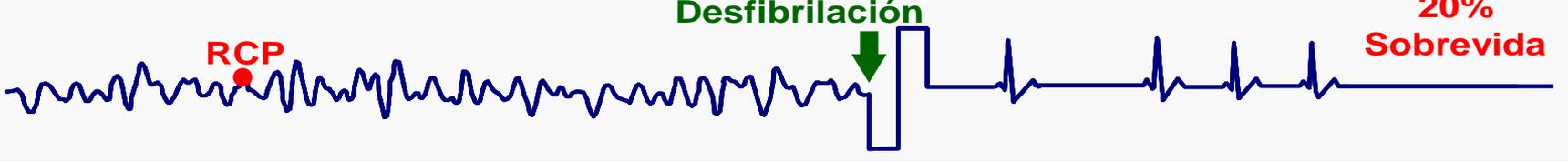
4

6

8

10

- RCP precoz
- Desfibrilación tardía



minutos

2

4

6

8

10

- RCP precoz
- Desfibrilación muy precoz



minutos

2

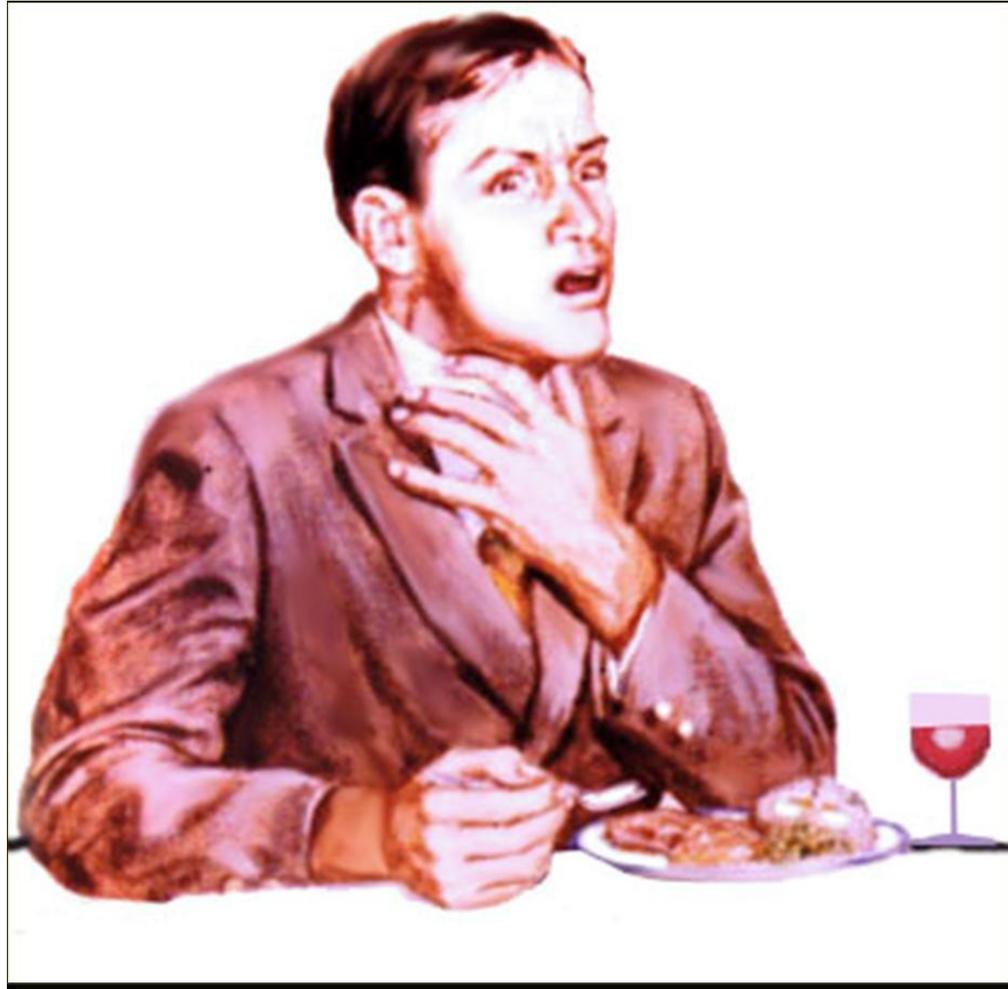
4

6

8

10

# Obstrucción de vía aérea



# Causas de obstruccion de vía aérea

- **Mal habito al alimentarse**
- **Comer y estar conversando o riendo**
- **Deglutir trozos grandes**
- **Comer en forma apurada**

# Maniobra de Heimlich

## Tipos de obstrucción de vía aérea

### *Obstrucción parcial con buen intercambio gaseoso*

- Puede toser fuertemente
- Hablar
- Respira con dificultad

## NUESTRA PARTICIPACION

Asistir a que continúe tosiendo

no intervenir

# Obstrucción de vía aérea con poco intercambio gaseoso

- **Tose con dificultad**
- **Mucha dificultad para respirar**
- **No puede hablar**
- **Hay cianosis**

# Obstruccion de vía aérea

## Sin intercambio gaseoso

- **No puede toser**
- **No puede hablar**
- **No puede respirar**
- **Hay cianosis marcada**
- **Ansiedad**

# Maniobra de Heimlich



## **TECNICA**

- **Identifíquese**
- **Indíquele que lo ayudara**
- **Indíquele que separe las piernas**
- **Posesiónese detrás de la victima**
- **Ubique cicatriz umbilical y apéndice xifoides**
- **Forme un puño y ubíquelo en el medio**
- **Abrase a la victima**
- **Comprima tantas veces**
- **Hasta que salga el cuerpo extraño**
- **Pierda la conciencia**



# Obstrucción de vía aérea en obesos y gestantes del tercer trimestre

***SE REALIZAN EN EL TORAX***



# Obstrucción de vía aérea en paciente inconsciente

- **Active el SEMEL**
- **Colóquese en a la altura de los hombros de la víctima**
- **Ubique la línea media Inter mamilar y línea media esternal**
- **Realice 30 compresiones torácicas**
- **Revise la cavidad oral**
- **Retire si hay cuerpo extraño**
- **Aperture vía aérea**
- **Aplique el VES intente ventilar**
- **Si no pasa reacomode la cabeza**
- **Intente ventilar nuevamente**
- **Si no pasa vuelva a 30 compresiones**
- **Si pasa revise pulso**



# ***Paciente obeso y gestante del tercer trimestre inconsciente***

- **Active el SEMEL**
- **Colóquese a la altura de los hombros**
- **Ubique la palma de su mano en parte media de la línea m**
- **Realice 5 compresiones torácicas**
- **Revise la cavidad oral**
- **Retire si hay cuerpo extraño**
- **Apertures vía aérea**
- **Aplique el VES e intente ventilar**
- **Si no pasa reacomode la cabeza**
- **Intente ventilar nuevamente**
- **Si no pasa vuelva a repetir todo el procedimiento**
- **Si pasa evalúe pulso**



## ***RCP en el Trauma***

- La parada cardiaca traumática constituye un proceso diferente al de la parada cardiaca originada por causa médica. Así fue reconocido en 2015 por las guías internacionales (ILCOR). De forma resumida, esas diferencias marcadas por las guías se concretan en los objetivos a conseguir prioritariamente en cada proceso.

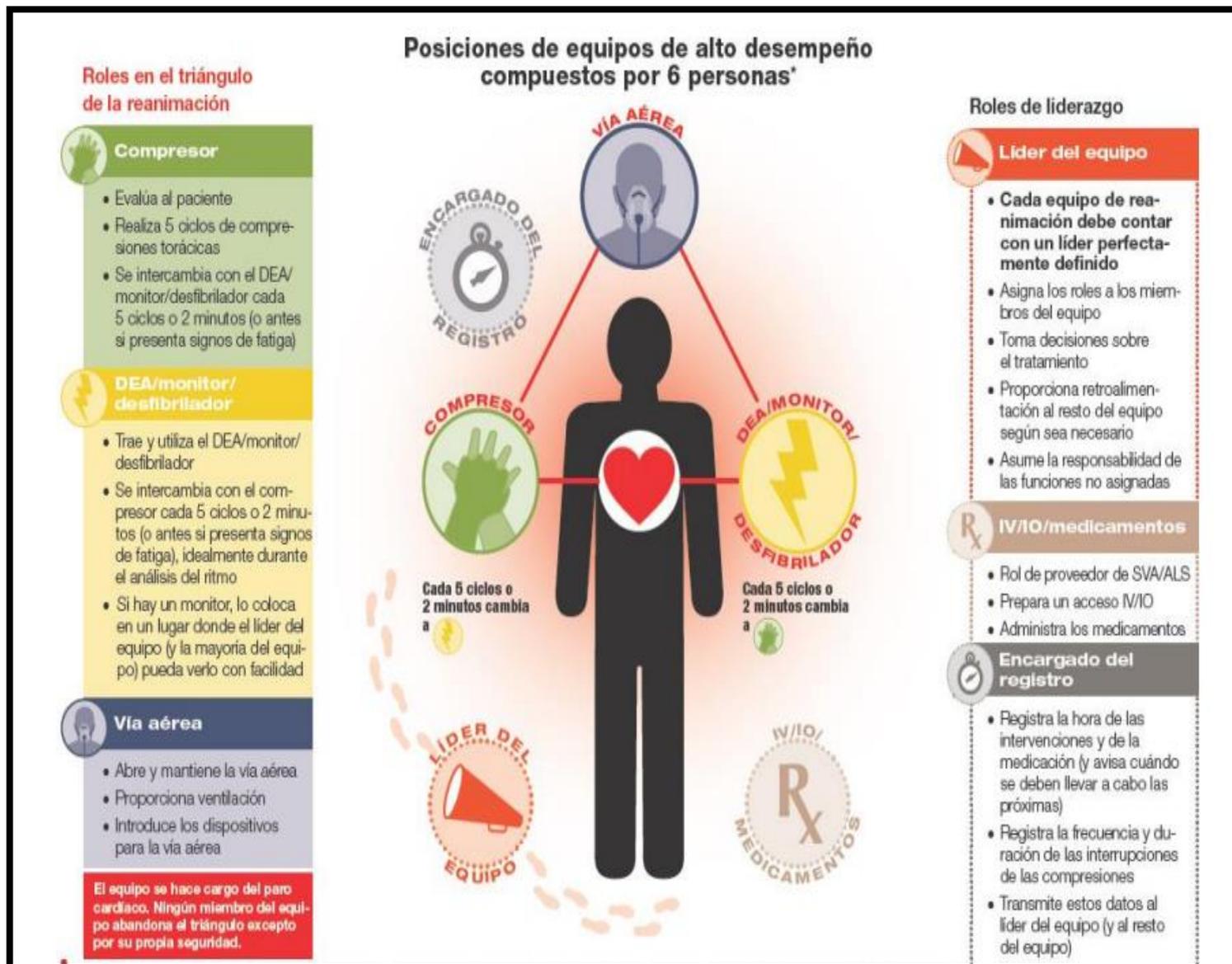
# Pit Crew Reanimation

Pit Crew Reanimation se basa en las técnicas de Soporte Vital Básico (BLS) y es un enlace excelente para el curso de soporte vital cardiovascular avanzado (ACLS) en el que se presenta una metodología de trabajo para equipos de reanimación de alto desempeño (dentro y fuera de hospitales).

ha demostrado mejorar las tasas de retorno de circulación espontánea (hasta más del 50%), logrando no solamente eso, sino también una mayor tasa de pacientes vivos un año después del evento y con menor daño cerebral.

Pit Crew Reanimation también se conoce como equipos de RCP de alto desempeño, de alto funcionamiento, de alta eficiencia, o de alta calidad. Busca hacer equipos de reanimación similares a los equipos de pits (Fórmula 1): que sean ordenados, organizados, sincronizados y altamente eficaces.

# Pit Crew Reanimation



# Pit Crew Reanimation

**La meta es incrementar la sobrevida del paro cardiaco a través de 5 puntos clave:**

- Garantizar compresiones torácicas de muy alta calidad.
- Eliminar y/o minimizar interrupciones en las compresiones.
- Desfibrilación oportuna.
- Ventilación controlada.
- Obtener retroalimentación para optimizar el desempeño:
  - Del equipo de reanimación (listas de cotejo, metrónomos, dinámica de equipo alta eficiencia)
  - Del paciente y lo que la RCP genera (mediciones fisiológicas de parámetros).

# Pit Crew Reanimation

- Reforzamiento de compresiones de alta calidad y dinámica Pit Crew para compresiones
- Paciente adulto y lactante
- Uso de equipos para el rescate o manejo de la vía aérea, que minimizan interrupciones en la RCP
- Uso de dispositivos para acceso vascular intraóseo, que minimizan interrupciones en la RCP
- Listas de cotejo para uso en situaciones de reanimación Pit Crew
- Revisión de las causas reversibles de muerte súbita (H's y T's)
- Práctica integral de secuencias y dinámicas de equipo Pit Crew en paciente adulto

# Pit Crew Reanimation

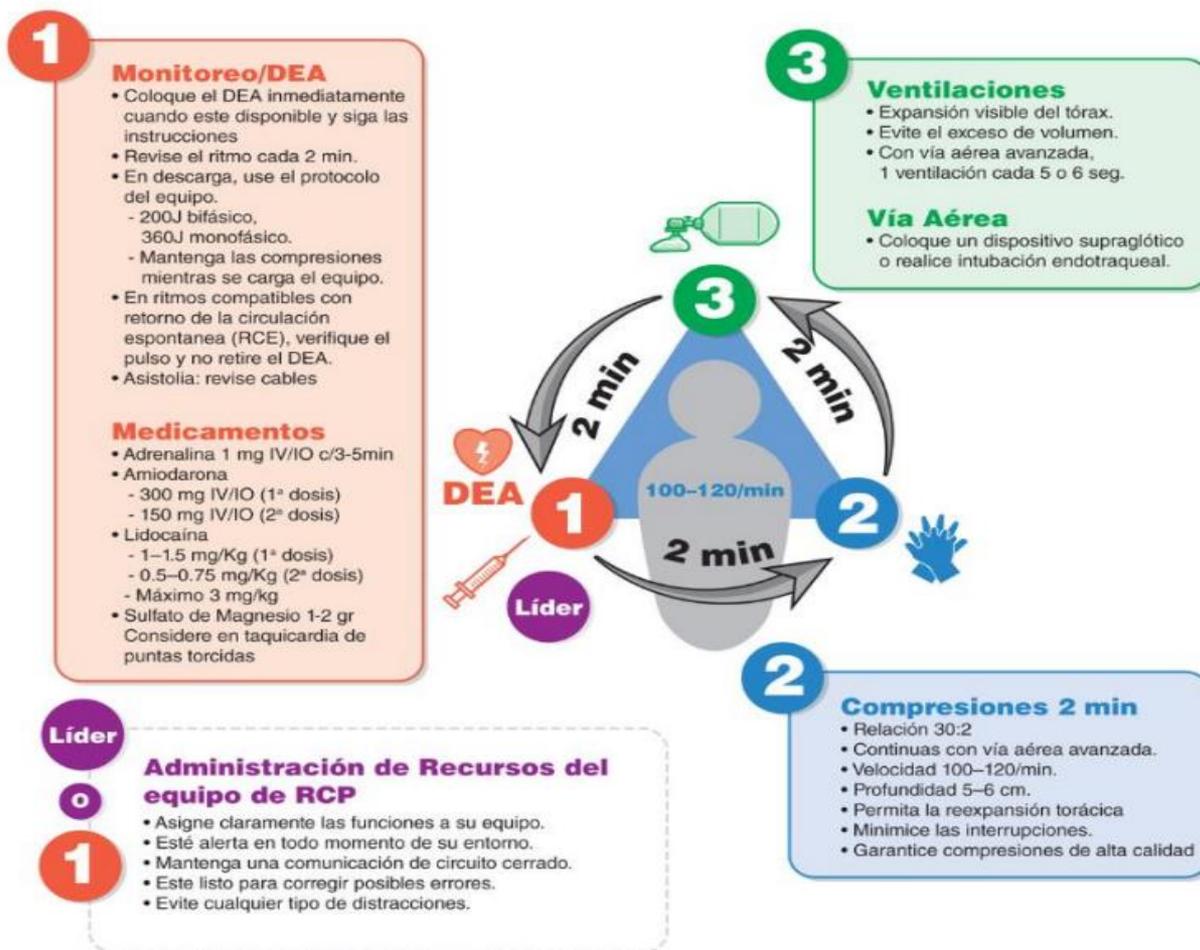


FIGURA 2-25 Modelo de organización del equipo RAD.

# Pit Crew Reanimation

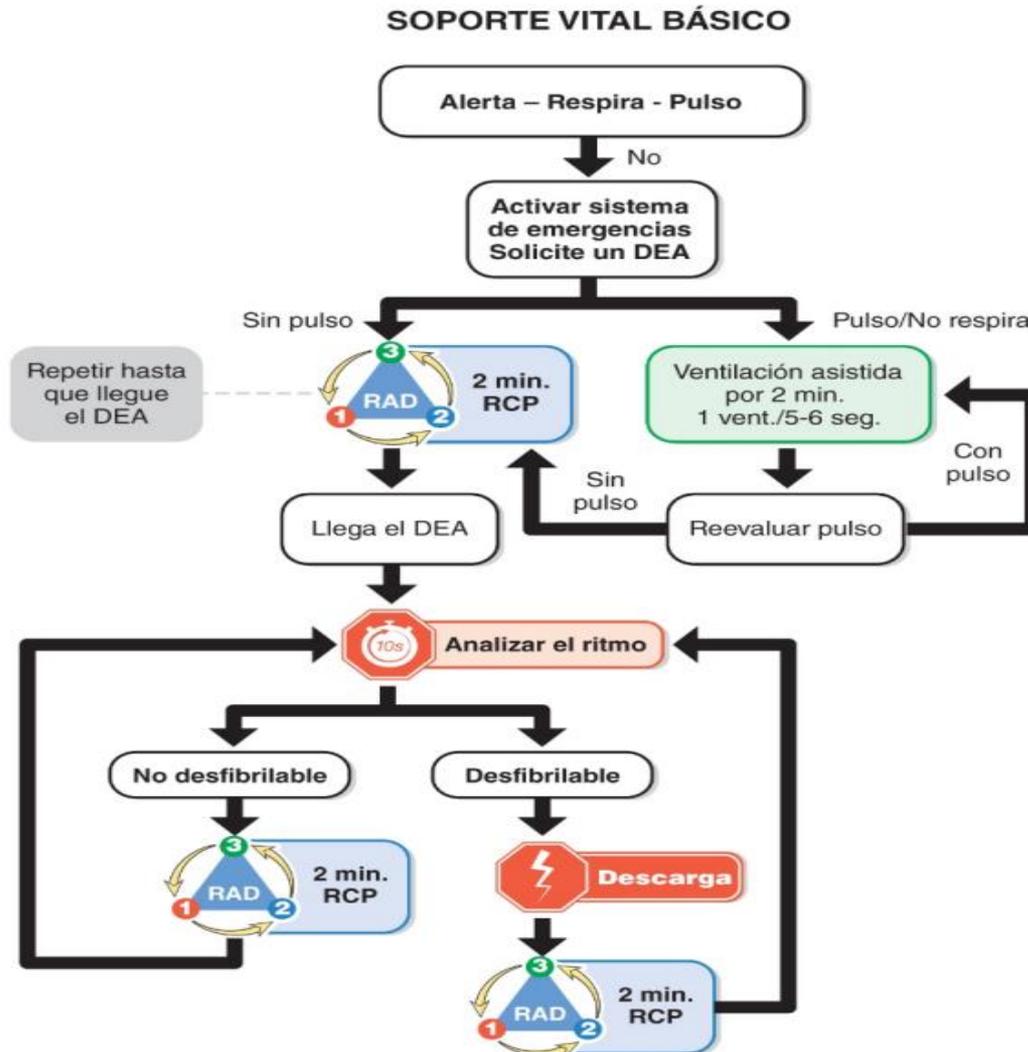
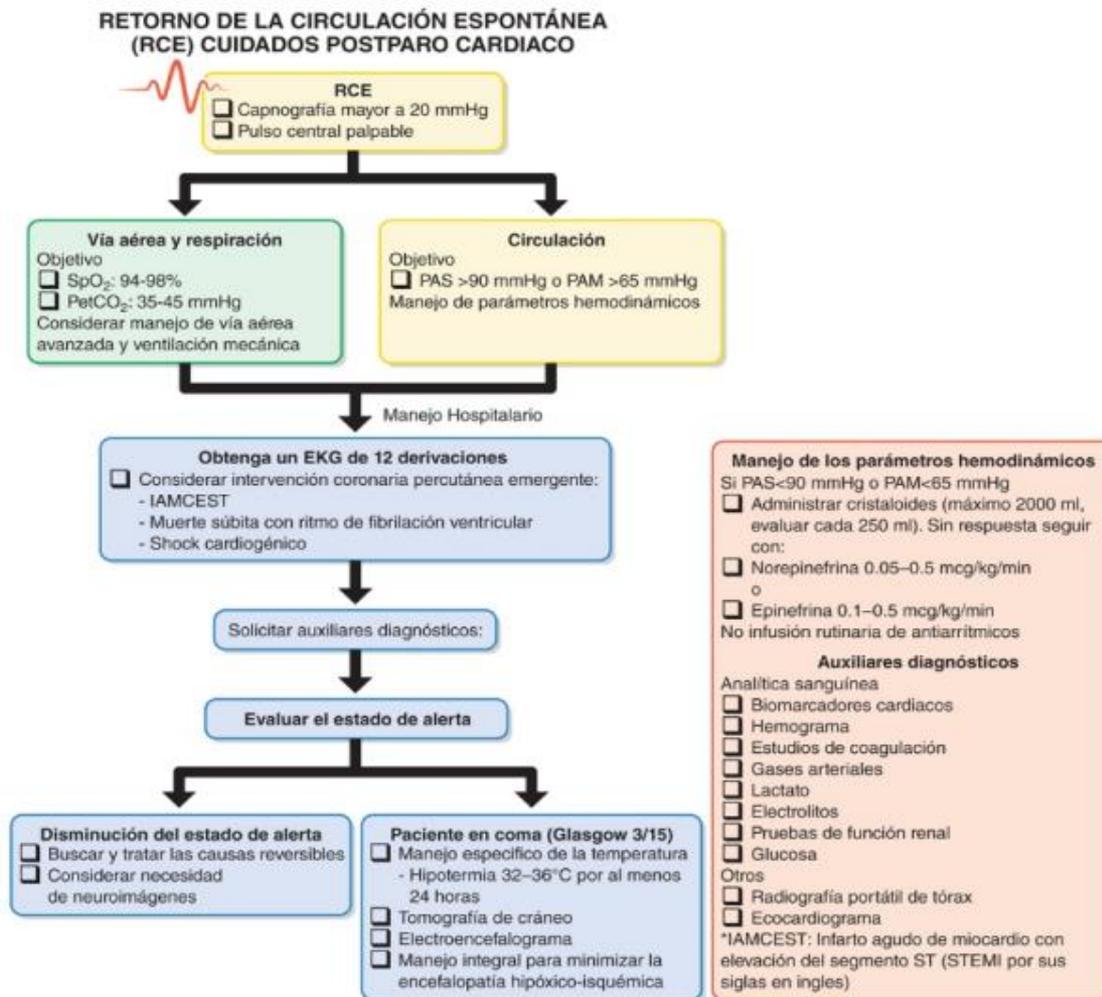


FIGURA 4-106 Algoritmo de SVB para personal de salud  
© Jones & Bartlett Learning.

# Pit Crea Reanimation



Busque y trate las causas reversibles para evitar la recurrencia, los pacientes deben ser trasladados a una unidad de cuidados adecuados acorde a la causa

**FIGURA 4-108** Algoritmo para Retorno de la Circulación Espontánea

# Código Mega

Es un sistema de alarma, para la atención del paciente en paro cardiorrespiratorio, realizada por un grupo de personas entrenadas, con funciones previamente establecidas.

Código Azul :

1. Iniciar el **código azul** siguiendo las normas del centro.
2. Iniciar la RCP (rescate con una y dos personas)
3. Instalar el dispositivo de bolsa y mascarilla y conectarlo al oxígeno.
4. Colocar el tablero.
5. Llevar el carro de emergencias a la habitación.