



GUIONES PARA LA
PRÁCTICA CLÍNICA



HABILIDADES Y
PROCEDIMIENTOS

I

4
número



GUIONES PARA LA
PRÁCTICA CLÍNICA

Director de la colección:

Jesús Millán Núñez-Cortés
Catedrático-Jefe de Servicio de Medicina Interna

Autores: Grupo impulsor del Aula de Habilidades y Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos

Díaz-Chirón Sánchez, Laura
Fernández Tormos, Esther
Fuentetaja Sanz, Fernando
García Martín, Luis Alberto
Gutierrez García, Aida
Martin Ventura, Sonia
Martínez de Bujo Ganzabal, Laura
Martínez López, Adrián
Padrón Romero, Maite
Requena Mora, Jose Maria
Sánchez da Silva, Marta
Troyano Prieto, Victor
Vila Zárate, Cristina

Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Facultad de Medicina de la Universidad Complutense

DEPÓSITO LEGAL: M-3500-2012
ISBN: 978-84-694-2399-8

HABILIDADES Y PROCEDIMIENTOS

I

INDICE

TOMA DE PRESIÓN ARTERIAL	7
Jose María Requena Mora	
AUSCULTACION CARDIOPULMONAR	10
Marta Sánchez da Silva	
MANEJO DE LA VÍA AÉREA	18
Sonia Martín Ventura	
REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR	23
BÁSICA (RCP BÁSICA) Marta Sánchez da Silva	

TOMA DE PRESIÓN ARTERIAL

Jose Maria Requena Mora

INTRODUCCIÓN

Debido a que el bombeo cardiaco es pulsátil, la presión arterial fluctúa. Esta variación tiene un máximo, la presión sistólica, de unos 120 mm Hg y un mínimo, la presión diastólica, de unos 80 mm Hg.

Dos factores principales afectan a las presiones sistólica y diastólica: 1) el volumen sistólico del corazón y 2) la capacitancia (distensibilidad total) del árbol arterial.

Con la edad se produce un aumento de las presiones sistólica y diastólica tanto por cambios en los mecanismos de control de la presión sanguínea como por el endurecimiento progresivo de las arterias (aumento de la presión sistólica).

MATERIAL NECESARIO

Estetoscopio y esfigmomanómetro.



TÉCNICA DE MEDIDA

El método que va a ser utilizado en esta práctica es indirecto, utilizando un manómetro aneroide. Para su realización el paciente debe estar relajado, en posición de decúbito supino en una camilla o sentado en una silla con el brazo descansando a la altura del corazón. El brazo estará desprovisto de ropa, con objeto de evitar que esta le comprima el brazo.

El brazal o manguito del esfigmomanómetro deberá tener un diámetro al menos un 20 % superior al del brazo, así como una anchura de 12-13 cm. Hay que tener en cuenta que en un adulto el uso de un brazal

más estrecho resultaría en la obtención de valores de presión arterial superiores.

El manguito se enrollará alrededor del brazo a unos 2 ó 3 cm por encima de la fosa antecubital (flexura del codo).

MÉTODO PALPATORIO

Una vez colocado el manguito se deberá tomar el pulso radial (o humeral) e insuflar hasta 20-25 mm Hg por encima del valor en el que desaparece el pulso radial.

A continuación se desinfla el manguito lentamente. En el momento en que aparece de nuevo el pulso, la presión que marca el manómetro se toma como el valor de la presión sistólica.

A medida que seguimos desinflando el manguito, hay un momento en el que la cualidad del pulso palpado es de las mismas características que antes de insuflar y suele corresponder con el valor de la presión diastólica.

MÉTODO AUSCULTATORIO

Este método se basa en la generación de ruidos de golpeteo (ruidos de Korotkoff) cuando se aplica suficiente presión sobre la pared de la arteria como para provocar su oclusión parcial. Estos ruidos parecen deberse al cambio del flujo sanguíneo laminar a un flujo turbulento

Una vez colocado el manguito el alumno deberá tomar el pulso radial (o humeral) e insuflar hasta 20-25 mm Hg por encima del valor en el que desaparece el pulso radial.

Colocar a continuación la membrana del estetoscopio en la flexura del codo, evitando que esté en contacto con el manguito o con los tubos del esfigmomanómetro. El eje de las olivas del estetoscopio debe alinearse con el eje del conducto auditivo externo.

Desinflar lentamente el manguito hasta que se oyen los primeros ruidos. En ese momento la presión que marca el manómetro se considera como el valor de la presión sistólica.

A medida que se sigue desinflando el manguito, los ruidos se van ha-

ciendo más fuertes, para a continuación ir disminuyendo de intensidad hasta desaparecer por completo, momento que marca el valor de la presión diastólica.

En niños y también en algunos adultos (mujeres embarazadas), los ruidos no desaparecen. En estos casos se toma la presión sistólica en el momento en que se modifica la tonalidad de los ruidos.

AUSCULTACION CARDIOPULMONAR

Marta Sánchez da Silva

AUSCULTACION CARDIACA

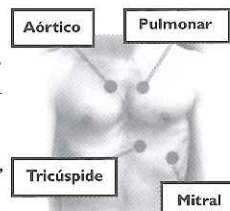
Objetivos

- determinar la frecuencia cardiaca y el ritmo
- valorar la normalidad/anormalidad de los tonos cardiacos (en los cuatro focos cardiacos)
- Material: fonendoscopio con membrana y campana
- campana: para sonidos graves
- membrana: para sonidos agudos

Técnica

Localización de focos auscultatorios

- foco mitral: 5º espacio intercostal, ligeramente medial respecto a la línea media clavicolar
- foco tricúspide: unión xifoesternal
- foco aórtico: segundo espacio intercostal, línea paraesternal derecha
- foco pulmonar: segundo espacio intercostal, línea paraesternal izquierda



Posición del paciente: inicialmente en decúbito supino, haciéndole girar luego hacia el decúbito lateral izquierdo y posteriormente sentados echándose lentamente otra vez decúbito supino.

Metodología

1. reconocer el ritmo y frecuencia cardiaca
2. reconocer el primer y segundo tono
 - a. otros tonos
 - i. tercer y cuarto tono
 - ii. de apertura valvular
 - iii. roce pericardico
3. reconocer ruidos cardiacos anormales
 - a. soplos

I.- Reconocer el ritmo y frecuencia cardiaca

- determinar si se trata de un ritmo regular e irregular
- estimar la frecuencia durante 15 segundos y multiplicar por 4 (contar durante 60 segundos si es un ritmo irregular)
- se considera normal entre 60 y 100 latidos por minuto
 - bradicardia: menor de 60 latidos por minuto
 - taquicardia: mayor de 100 latidos por minuto

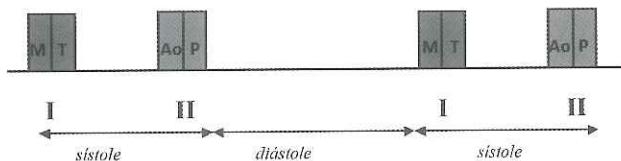
Reconocer el segundo y primer tono

- primer tono: corresponde al cierre de las válvulas mitral y tricúspide. Por lo tanto tiene dos componentes (mitral y tricúspide)
 - desdoblamiento el primer tono: cuando el cierre de la valvula mitral y tricúspide no se produce a la vez.
- segundo tono: corresponde al cierre de las válvulas aórtica y pulmonar. Tambien tiene dos componentes (aórtico y pulmonar)
 - desdoblamiento del segundo tono: no se produce a la vez el cierre de la válvula aórtica y pulmonar
 - Desdoblamiento fisiológico del segundo ruido: el cierre de la valvula pulmonar se retrasa en una inspiración profunda debido a un mayor retorno venoso

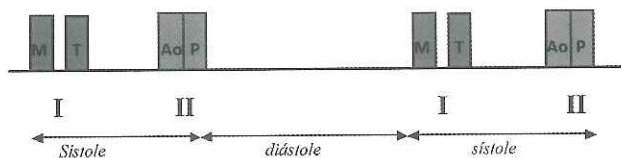
- Otros tonos

- Tercer tono: al comienzo de la diástole, después del segundo ruido. Se debe al choque de la sangre contra las válvulas AV. Puede escucharse en insuficiencia cardiaca, pero también fisiológicamente en algunos niños y adultos jóvenes
- Cuarto tono: inmediatamente antes del primer ruido, en el momento de contracción de las aurículas. Se puede escuchar en hipertensión arterial o insuficiencia cardiaca. Ocasionalmente en atletas y personas mayores.
- Chasquido de apertura: se escucha en estenosis mitral. Primero se escucha el segundo ruido (cierre de sigmoideas) y después el chasquido de apertura.
- Clic de apertura aórtico: se escucha después del primer tono. Se debe a la apertura de la valvula aortica estenosada y con velos gruesos.
- Roce pericardico: debido a la inflamación de las hojas pericardicas puede escucharse un ruido similar al frote entre dos hojas de papel. Puede escucharse en sístole, diástole o ambas fases.

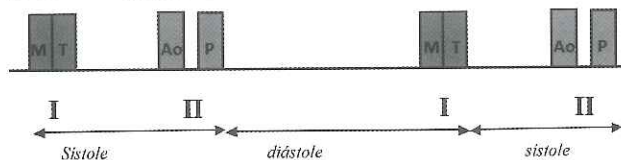
Primer y segundo tono



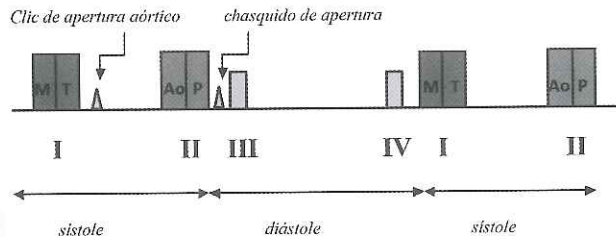
Desdoblamiento del primer tono



Desdoblamiento fisiológico del segundo tono



Tercer y cuarto tono. Chasquido de apertura. Clic de apertura aórtico.



Reconocer ruidos cardiacos anormales

Soplos

- Sistólicos: se escuchan entre el 1º y 2º ruido

- Protosistólico: ocupa el principio de la sístole
- Mesosistólico: ocupa la parte media de la sístole
- Telesistólico: ocupa el final de la sístole
- Pansistólico: ocupa toda la sístole

- Diastólicos: después del 2º ruido

- Protodiastólico: ocupa el principio de la diástole
- Mesodiastólico: ocupa la parte media de la diástole
- Telediastólico: ocupa el final de la diástole
- Pandiastólico: ocupa toda la diástole

Intensidad

Habitualmente se utiliza:

- Grado I: Es difícil escuchar en una sala silenciosa
- Grado II: es un soplo débil, pero generalmente todos los examinadores lo escuchan.
- Grado III: es claramente audible
- Grado IV: soplo fuerte, puede llegar a palparse sobre la zona donde se ausculta una vibración que se conoce como frémito
- Grado V: es muy fuerte y se palpa frémito
- Grado VI: es muy fuerte, se escucha sin apoyar la membrana de estetoscopio en la superficie del tórax y se palpa frémito.

Soplos sistólicos

- Insuficiencia mitral (pansistólico)
- Insuficiencia tricúspide (pansistólico)
- Estenosis aortica (mesosistólico)
- Estenosis pulmonar (pansistólico)

Soplos diastólicos

- insuficiencia aortica (debido a la regurgitación aórtica también se puede encontrar un soplo diastólico de estenosis mitral por dificultad de apertura de dicha válvula; y un soplo sistólico de estenosis aórtica funcional por el hiperflujo ventricular”)
- insuficiencia pulmonar (pandistolico)
- estenosis mitral (después del segundo tono se escucha el chasquido de apertura y luego un soplo diastólico)
- estenosis tricúspide

Otros soplos y anomalías

- Ductus arterial persistente: comunicación entre la aorta y la arteria pulmonar. Se escucha un soplo en maquinaria (soplo continuo que abarcar toda la sístole y gran parte de la diástole)
- Comunicación interauricular: hay una comunicación entre las aurículas. Habitualmente se asocia a un cortocircuito izquierda-derecha (en etapas avanzadas se revierte por el desarrollo de hipertensión pulmonar) Se aprecian los siguientes soplos
 - Soplo sistólico en el foco pulmonar
 - Soplo diastólico en el foco tricúspide
 - Hay un desdoblamiento fijo del segundo ruido (no varía con la respiración)
- Comunicación interventricular: las manifestaciones depende del tamaño de la comunicación. Con una comunicación izquierda-derecha se puede auscultar:
 - Soplo holosistólico en 3°,4° y 5° espacio intercostal en el reborde esternal.
 - En diástole se puede escuchar un tercer ruido o soplo diastólico de poca intensidad.

AUSCULTACIÓN PULMONAR

Objetivos:

- Análisis de sonidos respiratorios normales (murmullo vesicular)
- análisis de la transmisión de la voz: resonancia vocal
- Detección de sonidos anormales

Material: fonendoscopio con membrana y campana.

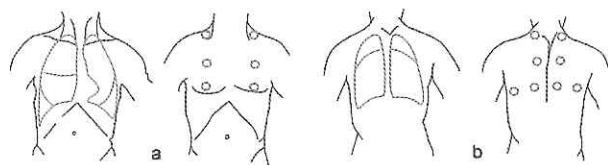
- campana: para sonidos graves
- membrana: para sonidos agudos

Técnica

- Solicitar al paciente que respire profundamente
- Se debe auscultar el tórax en su cara anterior, posterior y lateral incluyendo el hueco axilar. La auscultación debe ser bilateral, comparando zonas similares en los dos pulmones.
 - Vértice superior izquierdo y derecho
 - Lóbulo medio izquierdo y derecho
 - Bases izquierda y derecha

¿Cuántos focos?

- Mínimo 4 focos posteriores
- Mínimo 2 focos anteriores + fosas supraclaviculares
- Axilas



I.- Ruidos respiratorios normales

- A nivel de la tráquea: el sonido normal es llamado ruido traqueal
- A nivel periférico, el ruido normal se conoce como murmullo vesicular.
- Duración: la inspiración es mayor que la espiración

2.- Análisis de la transmisión de la voz

Se pide al sujeto que repita sucesivamente "treinta y tres". En condiciones normales la transmisión no es muy buena, por lo que el ruido se ausculta débilmente o no se escucha.

3.- Alteraciones de los ruidos respiratorios

Hay que definirlos en

- Intensidad
- Duración
- Situación dentro del ciclo respiratorio (inspiración/espiración)
- Localización topográfica.

Posibles hallazgos patológicos

a) Transmisión del sonido

- Disminución de la generación: disminución del murmullo vesicular cuando existe una disminución del flujo aéreo
- Disminución de la transmisión: en derrame pleural y neumotórax hay una disminución de los ruidos y de la voz que puede llegar a abolición.
- Aumento de la transmisión: si el tejido pulmonar se encuentra condensado por relleno de los alveolos, manteniendo los bronquios permeables (consolidación)
La transmisión de la voz también está facilitada por lo que es posible distinguir con claridad las palabras emitidas, ya sea con voz normal (broncofonía) o con voz cuchicheada (pectoriloquia áfona). En los bordes superiores de los derrames es posible la auscultación de una voz en tono caprino (egofonía)

b) Ruidos anormales

- Ruidos discontinuos: crepitantes húmedos. Normalmente en inspiración.

Se producen por el estallido de las burbujas que el aire de la respiración produce al atravesar los bronquios y alveolos con sustancias líquidas o semilíquidas.

- **Crepitantes finos:** tono alto de corta duración. En bronquiolos finos y alveolos. Sonido similar a "comprimir nieve".

se presentan en:

- Bronquitis
- Neumonía

- Edema
- Congestión...

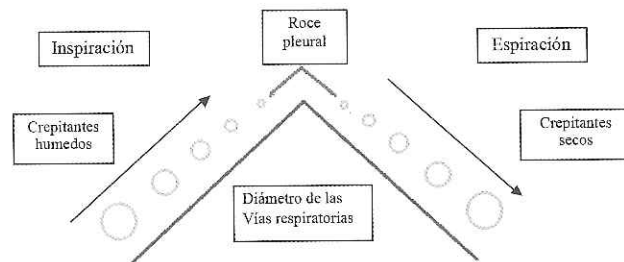
- **Crepitantes gruesos:** tono bajo, larga duración. Se observa en pacientes con secreciones bronquiales, por ejemplo las bronquiectasias.

- Ruidos continuos: crepitantes secos. Normalmente en espiración:

- **Sibilancias:** tonos altos (en bronquios finos) se producen por obstrucción de las vías aéreas.
- **Roncus:** tonos bajos (en bronquios gruesos)

- Roce pleural:

- Ruidos discontinuos, debidos al roce de las superficies pleurales inflamadas y cubiertas de exudado. Normalmente al final de la inspiración y comienzo de la espiración.



MANEJO DE LA VÍA AÉREA

Sonia Martín Ventura

Definición. Objetivo fundamental:

La intubación consiste en introducir un tubo o sonda en la tráquea del paciente a través de las vías respiratorias altas. Dependiendo de la vía de acceso que escojamos, tenemos dos tipos de intubación:

- nasotraqueal: a través de las fosas nasales.
- orotraqueal: a través de la boca.

El objetivo de este procedimiento es mantener la vía aérea permeable, estableciendo una vía segura de comunicación y entrada de aire externo hasta la tráquea.

Material necesario:

- Bata, estetoscopio, guantes.
- Tubos de diferentes medidas
- Pinza de Magill
- Jeringa de 20 cc
- Tela adhesiva
- Bolsa válvula mascarilla para adulto/pediátrico
- Laringoscopio para adulto/pediátrico
- Hojas curvas y rectas para adulto/pediátrico
- Aspirador

MASCARILLA FACIAL

Indicaciones:

- Proporcionar anestesia por inhalación para procedimientos quirúrgicos breves en pacientes sin riesgo de regurgitación de contenido gástrico.
- Inducir anestesia, especialmente en niños para usar posteriormente mascarilla laríngea o intubar.
- Preoxigenar (desnitrogenar) a un paciente como paso previo a la intubación endotraqueal.
- Asistir o controlar la ventilación como parte de la reanimación inicial.

Técnica: se relaciona con la colocación de una mascarilla facial y el mantenimiento de unas vías aéreas permeables.

1. Se selecciona una mascarilla que proporcione un cierre ajustado alrededor del puente de la nariz, las mejillas y la boca. Las mascarillas de plástico transparente permiten la observación de los labios (color) y de la boca (secreciones y vómitos)

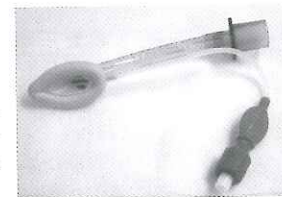
2. Colocación de la mascarilla: la mascarilla se sostiene con la mano izquierda de modo que el dedo meñique se encuentre en el ángulo con la mandíbula, los dedos anular y corazón se sitúan a lo largo de la mandíbula y el índice y el pulgar sobre la mascarilla. La mano derecha está disponible para controlar la bolsa reservorio.

3. Se valora la ventilación, que puede ser asistida o controlada.

4. La obstrucción de las vías aéreas puede reconocerse por un estridor, un sonido de gallo de tono alto y un movimiento de "oscilación" del tórax y el abdomen. Además, en la bolsa reservorio no existirán excursiones respiratorias.

5. Maniobras para mantener la vía aérea permeable:

- Extensión de cuello.
- Traccionar la mandíbula colocando los dedos bajo los ángulos mandibulares y llevándola hacia delante.



MASCARILLA LARÍNGEA

Nos permite comunicar la vía aérea con el exterior para ventilar al paciente de una forma bastante exitosa, poco traumática y segura.

Indicaciones:

- Anestesia general.
- Fracaso en la intubación
- Traumatismo cervical o facial
- Quemaduras en la cara
- Malformaciones anatómicas

Contraindicaciones:

- Inflamaciones agudas de la vía aérea (epiglotitis, laringitis...)
- Estómago lleno (por aumento del riesgo de aspiración)
- Tumores de faringe o supraglóticos

Elección del tamaño: hay distintos tamaños en función del peso y la edad del paciente. Tamaños 1 (<6.5 kg) y 2 (6.25-25 kg) para pacientes pediátricos; 3, 4 y 5 para adultos.

Procedimiento:

1. Con una jeringa se infla el manguito de la mascarilla laríngea y así se comprueba que funciona. Se desinfla por completo (para ello se apoya la mascarilla sobre una superficie dura y plana y se presiona hasta que salga todo el aire).

2. Ventilar al paciente con mascarilla y bolsa autoinflable con oxígeno al 100%.

3. Se coloca al paciente en posición de olfateo y abrirle mucho la boca.

4. Lubricar la parte posterior del manguito de la mascarilla laríngea.

5. Colocar el dedo índice en la unión del tubo con la mascarilla e introducir la mascarilla en la boca, deslizando la punta sobre el paladar duro.

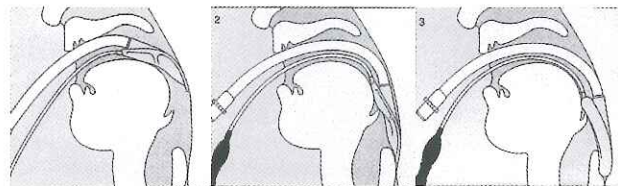
6. Con el mismo dedo índice la progresaremos hasta el paladar blando, hasta la parte posterior de la faringe hasta notar un tope o resistencia (es el esfínter esofágico superior).

7. Empujar con la palma de la mano el tubo conector externo.

8. Inflar el manguito (tiende a salir hacia el exterior un poco) y comprobar que la línea media del tubo coincide con la zona media del paladar.

9. Conectar a la bolsa autohinchable y ventilar al paciente.

10. Fijar la mascarilla laríngea con esparadrapo o venda.



Un ligero, pero inconfundible abultamiento de los tejidos suprayacentes a la laringe sirve para indicar que la mascarilla se encuentra en posición.

La mascarilla laríngea no protege frente a la regurgitación y a la aspiración pulmonar.

INTUBACION OROTRAQUEAL

Indicaciones:

- Mantenimiento de vía aérea permeable cuando los pacientes presentan riesgo de aspiración.
- Mantenimiento de vía aérea cuando el mantenimiento de la vía aérea mediante mascarilla resulta difícil.
- Ventilación controlada prolongada.
- Procedimientos quirúrgicos específicos (cirugía de cabeza y cuello, intratorácica, intraabdominal)

Procedimiento:

1. Lavado de manos y colocación de guantes estériles.

2. Aspirar secreciones del paciente a través de nariz y boca.

3. Debe colocarse al paciente con la cabeza elevada aproximadamente 10 cm, con almohadillas debajo del occipucio, y la mandíbula desplazada hacia delante. Esta posición alinea el eje oral, faríngeo y laríngeo, de modo que la vía, desde los labios hasta la glotis, prácticamente se encuentra en línea recta.

4. Con la mano izquierda se sostiene el laringoscopio cerca de la unión entre el mango y la pala. Después de abrir la boca con un movimiento de tijera de la mano derecha, se inserta el laringoscopio en el lado derecho

de la boca del paciente para evitar los dientes incisivos mientras se desplaza la lengua hacia la izquierda. No deben comprimirse los labios entre la pala y los dientes.

5. Se debe avanzar la pala hasta que se observa la epiglotis. A continuación se elevan la lengua y los tejidos blandos faríngeos para exponer la abertura glótica. El laringoscopio debe utilizarse como elevador más que como palanca para prevenir las lesiones de los incisivos maxilares o de las encías.

6. El tamaño del tubo endotraqueal depende de la edad, constitución del paciente y del tipo de cirugía. (Generalmente en las mujeres se usa un tubo de 7 mm y en los hombres uno de 8 mm).

7. El tubo se sostiene con la mano derecha y se hace avanzar a través de la cavidad oral desde el lado derecho de la boca y después a través de las cuerdas vocales.

8. El extremo proximal del manguito se coloca justo por debajo de las cuerdas vocales y se anotan las marcas sobre el catéter en relación con los incisivos (o labios) del paciente.

9. El manguito se hincha hasta el punto de obtener una estanqueidad en presencia de una ventilación con presión positiva de 20-30 cm de H₂O.

10. Comprobación de la intubación orotraqueal adecuada mediante la detección de dióxido de carbono telespiratorio y la auscultación sobre ambos campos pulmonares y el estómago. Deben escucharse ruidos respiratorios bilaterales.

11. Fijar el tubo con esparadrapo a las mejillas.

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA (RCP BÁSICA)

Marta Sánchez da Silva

Objetivo: sustituir la circulación efectiva mediante compresiones torácicas externas y la ventilación mediante la respiración boca a boca, para mantener una oxigenación mínima de los órganos vitales (corazón y cerebro)

Pasos a seguir en la RCP en la PCR:

A. Comprobar la seguridad:

Asegurarse de que tanto la víctima como el reanimador; y también los testigos están seguros y no corren ningún peligro.

B. Comprobar si la víctima responde:

Para ello se le agita un poco, moviéndole los hombros, y se pregunta si se encuentra bien.

Si responde, debemos dejarlo como le hemos encontrado, tratar de averiguar lo que ha ocurrido y comprobar de vez en cuando que la víctima está bien.

Pero si la víctima no responde, habrá que continuar con el resto de pasos.

C. solicitar ayuda/ llamar al 112

D. Abrir la vía aérea:

- Mediante las maniobras de frente-mentón (colocamos una mano en la frente del paciente y la otra en el mentón. Empujamos hacia arriba el mentón consiguiendo una hiperextensión del cuello)



- Si sospechamos traumatismos y la lesión cervical utilizaremos la técnica de retracción mandibular (traccionar la mandíbula introduciendo el dedo pulgar en forma de gancho, mientras que con la otra mano sujetamos con fuerza la frente)

E. Comprobar que respira: Mirar, oír y sentir durante 5- 10 segundos

Si respira poner al paciente en posición lateral de seguridad y vigilarlo. (con esta posición conseguimos que la vía aérea no se obstruya por la caída de la lengua hacia la faringe y evitaremos la aspiración de contenido gástrico hacia los pulmones en caso de que haya vómitos)



- nos arrodillamos junto a la víctima
- el brazo mas próximo a nosotros lo ponemos en ángulo recto con respecto al cuerpo, doblamos el codo y ponemos la mano hacia arriba.
- traccionamos el brazo mas alejado de nosotros, cruzándolo sobre el tórax y colocamos la palma sobre el hombro contrario
- levantamos la pierna mas alejada de nosotros, dejándola con la rodilla levantada y el pie apollado en el suelo.
- con una mano en la rodilla elevada y la otra en el hombro del mismo lado, giramos a la víctima sobre su costado



Si no respira iniciar maniobras de RCP básicas: 30 compresiones / 2 respiraciones

Primero se realiza el masaje cardiaco y posteriormente las ventilaciones

1.- masaje cardiaco

Las compresiones deben hacerse colocando el borde inferior de la palma de la mano en el centro del pecho y luego colocar la otra mano encima. Entrelazar los dedos y hacer las compresiones del pecho .



ritmo de 100 compresiones/min profundizando 4-5 cm con cada compresión.

2.- Abrimos la boca mediante la maniobra frente- mentón y comprobamos que no hay ningún cuerpo extraño

3.- taponamos los orificios nasales con los dedos pulgar e índice y sellamos con nuestra boca la boca de la víctima

4.- hacemos una inspiración normal e insuflamos el aire durante 1 segundo, comprobando que el tórax se eleva. Al retirarnos para que el sujeto pueda expirar comprobaremos que la caja torácica baja. (deben hacerse 2 ventilaciones).



Numero de reanimadores

La sincronización compresión- ventilación es 30:2. Independientemente del número de reanimadores.

Si hay más de un reanimador deberá cambiarse el reanimador cada 2 minutos.

¿Cómo valoramos la eficacia?

- Masaje cardiaco: comprobando el pulso cada 2-3 minutos.
 - Ventilación: comprobando que se eleva el tórax al insuflar aire
- Siempre que sea posible debe cambiarse al reanimador cada 2 minutos.

Debido al rechazo que tiene la gente de hacer el boca a boca, se podrían solo hacer las compresiones sin hacer las ventilaciones, porque esto es menos importante en la atención precoz a las víctimas (no estrictamente necesaria la ventilación). Pero deberá hacerse por el servicio de emergencia.

Las maniobras de RCP deben continuar hasta que

- El enfermo se recupere
- Llegue ayuda con equipo especializado
- Se produzca el agotamiento de los reanimadores