

# UDS

Universidad del sureste

**MELISSA JIMENEZ HERNANDEZ**

**NOVENO CUTRIMESTRE**

**LIC. EN ENFERMERIA**

**MATERIA:**

**PRACTICAS PROFECIONALES**

**DOCENTE:**

**E.E.Q.X: PEDRO ALEJANDRO BRAVO HERNANDEZ**

**INVESTIGACION: RCP BASICO Y RCP AVANZADO**

**FECHA DE ENRTEGA: 13-06-2020**

## RCP BASICO

**RCP** corresponde a las siglas de reanimación cardiopulmonar. Es un procedimiento de salvamento que se realiza cuando la respiración o los latidos cardíacos de alguien han cesado.

### REANIMACIÓN CARDIO PULMONAR BÁSICA EN ADULTOS

Secuencia de actuación para personal no profesional (población en general).

1.- **ASEGURAR** el lugar de los hechos. Elimine los peligros que amenacen su seguridad, la del paciente o la de las personas que estén en ese lugar.

2.- **COMPROBAR** el estado de **CONSCIENCIA** de la víctima. • Arrodílese a la altura de los hombros, sacudiéndolos con suavidad. • Acercarse a la cara y en voz alta preguntar: “¿Se encuentra bien?”. • Si responde, deje a la víctima en la posición en que la ha encontrado, pase a realizar una valoración secundaria y ponga solución a los problemas que vaya detectando. • Si no responde....

3.- Sin abandonar a la víctima **GRITAR PIDIENDO AYUDA** y colocarla en **POSICIÓN DE REANIMACIÓN** (boca arriba con brazos y piernas alineados sobre una superficie rígida, y con el tórax descubierto).

4.- **ABRIR LA VÍA AEREA** realizando la maniobra frentementón. Con esta maniobra evitamos que la base de la lengua impida el paso del aire a los pulmones.

5.- Manteniendo la vía aérea abierta, **COMPROBAR** si la víctima **RESPIRA** normalmente (ver, oír, sentir, durante no más de 10 seg.) Si la víctima respira normalmente: • Colocarlo en posición lateral de seguridad (PLS). • Llamar al 112 o buscar ayuda. • Comprobar periódicamente que sigue respirando.

6.- Si la víctima no respira normalmente, pedir ayuda (llamar al 112 o pedir a alguien que lo haga), e **INICIAR 30 COMPRESIONES** torácicas en el centro del pecho.

7.- Con la vía aérea abierta (frente-mentón) **REALIZAR 2 INSUFLACIONES**. Si el aire no pasa en la primera insuflación, nos aseguraremos de que estamos haciendo bien la maniobra frente-mentón y realizamos la segunda insuflación entre o no entre aire.

8.- Alternamos compresiones – ventilaciones en una **SECUENCIA 30:2** (30 compresiones y 2 ventilaciones), a un ritmo de 100 compresiones por minuto.

9.- **NO INTERRUMPIR** salvo que la víctima inicie respiración espontánea, el socorrista se agote o llegue ayuda especializada

## RCP AVANZADA

Son aquellas medidas que se deben aplicar para el tratamiento definitivo de una PCR.

La RCP avanzada, a diferencia de la básica, requiere medios técnicos adecuados y personal cualificado y entrenado. El pronóstico de la RCP avanzada mejora cuando la RCP básica previa ha sido eficaz.

La RCP avanzada consta de varios apartados que se deben ir realizando de forma simultánea:

1. Optimización de la vía aérea y ventilación.
2. Accesos vasculares, fármacos y líquidos.
3. Diagnóstico y tratamiento de arritmias.

**VÍA AÉREA Y VENTILACIÓN** Es fundamental mantener una vía aérea permeable y una ventilación eficaz. Para ello, el mejor método es la intubación orotraqueal, la cual requiere un tiempo y un material.

### **Control de la vía aérea Los pasos y las técnicas a realizar son 5:**

1. Apertura de la vía aérea: la misma maniobra (frente mentón) que en RCP básica.
2. Introducción de cánula orofaríngea (Guedel): permite desplazar la parte posterior de la lengua pudiendo abandonar la tracción mandibular
3. Aspiración de secreciones.
4. Ventilación con bolsa autoinflable (Ambú®) conectada a una fuente de oxígeno y mascarilla laríngea.
5. Intubación orotraqueal.

**Ventilación** Durante la RCP básica, la ventilación que se ofrece es con aire espirado cuya concentración máxima de oxígeno es alrededor del 17%, lo que unido a que el masaje cardiaco en las mejores condiciones consigue un 20% del gasto cardiaco medio conlleva a que la oxigenación de los tejidos sea muy pobre. Por ello en RCP avanzada se necesitan altas concentraciones de oxígeno.

Bolsas autoinflables ("Ambú"); las hay de diferentes tamaños: a)

Lactante (250 ml).

Infantil (450 ml).

Adulto (1.600-2.000 ml).

Para RCP se precisan el modelo “infantil” y “adulto”, dejando el modelo de 250 ml para RN prematuros.

2. Mascarillas faciales, de diferentes tipos y tamaños según la edad, proporcionando un sellado hermético de la cara y abarcando desde el puente de la nariz hasta la hendidura de la boca.

### **Técnica**

Posición de la cabeza adecuada. Tamaño correcto.

Sujetar la mascarilla con los dedos pulgar e índice en la zona cercana a la unión con la mascarilla. El tercer dedo elevando el mentón y los dedos 4.º y 5.º en la mandíbula. Comprimimos el “ambú” hasta conseguir un volumen que consiga adecuada movilización del tórax con la frecuencia que corresponda a su edad, RN 30-40 respiraciones por minuto, lactantes 20-25, niños 15-20.

## **2. Accesos vasculares, fármacos y líquidos**

El siguiente apartado en la RCP avanzada es el establecimiento de un acceso vascular, imprescindible para la infusión de fármacos y líquidos

### VÍAS DE INFUSIÓN

Canalización de venas periféricas

La vía endotraqueal:

La vía intraósea

Canalización de venas centrales.

### **FARMACOS Y LIQUIDOS**

Adrenalina: es el principal medicamento de la RCP, indicada con cualquier tipo de ritmo en el ECG.

**ADRENALINA** : dosis elevadas la adrenalina aumenta las resistencias vasculares sistémicas y la presión arterial. Al aumentar la presión diastólica aórtica, se incrementa el flujo al miocardio a través de las arterias coronarias.

- La dosis inicial por vías intravenosa e intraósea es 0,01 mg/kg (0,1 ml/kg de la dilución al 1/10.000). La dosis para vía endotraqueal es 10 veces superior; es decir, 0,1 mg/kg (0,1 ml/kg de la dilución al 1/1.000).

- La segunda dosis y las sucesivas (cada 3 minutos, en caso necesario) serán de 0,1 ml/kg de la dilución al 1/1.000, independientemente de la vía por donde se administren.
- En los neonatos sólo se recomienda triplicar la 2.<sup>a</sup> y sucesivas dosis si fracasa la inicial. 2.

**Bicarbonato sódico:** durante la PCR se produce una acidosis respiratoria y metabólica. La dosis es 1 mEq/kg diluido al medio con suero fisiológico, por vía intravenosa o intraósea.

- El mejor método de corregir esta acidosis es conseguir una ventilación y circulación eficaces.
- El bicarbonato puede tener efectos secundarios (aumenta la acidosis intracelular, desvía a la izquierda la curva de disociación de la hemoglobina, produce hipernatremia e hiperosmolaridad, cambios rápidos del potasio intracelular y descensos de la calcemia).

### **Cloruro cálcico**

Sólo cuando existe hipocalcemia documentada, hiperpotasemia, hipermagnesemia o bloqueo de los canales del calcio. La dosis es 20 mg/kg (0,2 ml de la solución de cloruro cálcico al 10%) diluido al medio en suero fisiológico e inyectado lentamente.

### **Atropina**

- Las indicaciones de la atropina en la RCP pediátrica

Tratamiento de la bradicardia sintomática.

2) Prevención y tratamiento de bradicardia vagal durante la intubación endotraqueal. 3) Bloqueo aurículo-ventricular completo.

- En la infancia la causa más frecuente de bradicardia es la hipoxia; por ello, lo primero es optimizar la ventilación y oxigenación, y si a pesar de ello persiste la bradicardia, debe utilizarse adrenalina por su efecto cronotrópico e inotrópico.

La dosis es 0,02 mg/kg (vía intravenosa, intraósea o endotraqueal). La dosis mínima, independientemente del peso del paciente, es de 0,1 mg (para evitar la bradicardia paradójica que producen las dosis bajas) y la máxima de 1 mg en niños y 2 mg en adolescentes). Puede repetirse cada 5 minutos.

Líquidos: el shock hipovolémico es más frecuente en niños que en adultos.

Las soluciones cristaloides, como el suero salino fisiológico

Las soluciones coloides (dextrans, gelatinas y albúmina al 5%)

### DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

El tercer apartado de la RCP avanzada es el diagnóstico y el tratamiento de las arritmias. El diagnóstico del ritmo cardiaco se puede realizar mediante la monitorización del ECG con las palas del desfibrilador o con electrodos conectados a un monitor o a un desfibrilador. La monitorización con las palas del desfibrilador es más rápida pero impide realizar simultáneamente el masaje cardiaco, por lo que sólo se utilizará para el diagnóstico inicial.