



Nombre del alumno: José Ediberto López Jiménez

Nombre del profesor: Arnulfo Martin Bermúdez Estrada

Nombre del trabajo: ensayo

Materia: prácticas profesionales.

Grado: 9no Grupo: A

Comitán de Domínguez, Chiapas; a 07 de junio de 2020.

PARO CARDIO-RESPIRATORIO

El paro cardiorrespiratorio se define como una situación clínica que cursa con interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible, de la actividad mecánica del corazón y de la respiración espontánea sin duda la urgencia médica más grave y más dramática que enfrenta tanto el médico y su personal auxiliar como los familiares del paciente se entiende toda situación clínica que comprende un cese inesperado, brusco y potencialmente reversible de las funciones respiratorias o cardiocirculatoria espontáneas, no siendo resultado de la evolución natural de una enfermedad crónica avanzada o incurable, o del envejecimiento biológico. Si no se contrarresta con medidas de reanimación, el paro cardiorrespiratorio produce una disminución brusca del transporte de oxígeno que da lugar a una disfunción del cerebro inicialmente y, posteriormente, conduce a lesiones celulares irreversibles en el organismo por la anoxia tisular y a la muerte biológica.

Significa un colapso en la perfusión tisular cuyas consecuencias son determinadas por el daño producido a los órganos más temprana y severamente afectados. La magnitud del daño producido dependerá de la condición previa del paciente y del tiempo que tome el retornar a la circulación normal. Los órganos más tempranamente afectados por el colapso circulatorio son el cerebro y corazón. El daño producido a estos órganos, especialmente al cerebro, determinan el pronóstico del paciente que ha sufrido un paro cardiorrespiratorio. Dicho de otro modo, a mayor tiempo de isquemia cerebral, mayor daño por el paro cardiorrespiratorio.

La detención de la circulación significa un abrupto corte en el aporte de Oxígeno y glucosa a las células de los diferentes tejidos el aporte de Oxígeno depende de la mantención de un adecuado flujo tisular, cuya suma total conocemos como gasto cardíaco, y de un nivel de Hb que actúe como transportador del Oxígeno en el caso del paro cardiorrespiratorio el problema surge mayoritariamente de la inexistencia de gasto cardíaco más que de un déficit en la saturación con Oxígeno de la Hb pese a que la consecuencia final es la misma, ya que una detención de la circulación lleva a una detención de la ventilación y viceversa.

El hecho de que el fenómeno circulatorio sea mucho más frecuente nos lleva a priorizar este aspecto en las medidas de reanimación. Si la causa del paro cardiorrespiratorio es de tipo circulatoria, en general el nivel de saturación de la Hb previo al evento será normal, por lo que la real necesidad tisular será que se genere un flujo sanguíneo adecuado que lleve el O₂ a las células. El tiempo que el flujo sanguíneo esté detenido o muy disminuido determina en gran parte el pronóstico que tendrá el evento para el paciente. Visto de esta manera, resulta evidente que el gran objetivo de las medidas de reanimación será el restablecimiento lo más pronto posible de un gasto cardíaco normal, acorde con las necesidades de perfusión tisular.

La actitud terapéutica a seguir ante la Paro cardiorrespiratorio debe realizarse de modo protocolizado, según las técnicas de RCP establecidas por la American Heart Association y el European Resuscitation Council.

Incluye un conjunto de actuaciones con las que se persigue el mantenimiento de una vía aérea permeable y adecuada una respiración efectiva y que conduzca a un intercambio gaseoso adecuado el restablecimiento de la circulación sanguínea.

Este conjunto de actuaciones se concretaran en cuatro posibles planes de actuación. Cualquier persona, con o sin conocimientos sanitarios, puede iniciar estas actuaciones, que comenzarán con la identificación de una situación de paro cardiorrespiratorio y la activación del sistema de emergencias.

Al analizar o valorar la situación comprende varias actuaciones la primera es confirmar la supuesta pérdida de conciencia, comprobando si el paciente responde o no a estímulos, moviéndolo suavemente por los hombros e interrogándolo verbalmente.

La segunda es comprobar la ventilación espontánea, para lo cual el reanimador aproximará su mejilla a la boca-nariz de la víctima y observará durante 5 segundos los movimientos del tórax y los sonidos espiratorios del paciente.

La tercera es comprobar la existencia de circulación espontánea, tomando el pulso, preferentemente sobre la carótida, durante otros 5 segundos.

Dos son los fármacos vas opresores que se incluyen en la terapia del paro cardiorrespiratorio la epinefrina y vasopresina, con niveles de recomendación o evidencia bajos la justificación de su uso estaría en que al producir un efecto vas opresor sistémico, permitiría una redistribución del escaso flujo generado por el MCE hacia el corazón y cerebro. Recordemos que estos órganos son los que mejor establecidos tienen los mecanismos de protección ante la hipoxia, con un claro predominio del efecto de los mediadores tisulares de la hipoxia, de efecto vasodilatador, frente al efecto vas opresor sistémico. Sin embargo, no es claro que lo anterior realmente ocurra durante el paro cardiorrespiratorio o que su importancia sea determinante. Por eso el bajo grado de la recomendación del uso de vas opresores frente al MCE o desfibrilación. Si bien el manejo tanto de la vía aérea como de la ventilación del paciente es muy importante durante el paro cardiorrespiratorio, no son la primera prioridad en la mayoría de los casos de pacientes adultos.

Concluyo que el paro cardiorrespiratorio es la principal muerte en muchas personas adultas pero con un buen manejo del RCP se puede salvar vidas de muchas personal dentro de un hospital.

BIBLIOGRAFIA.

American Heart Association (AHA). Guidelines for cardiopulmonary resuscitation (CPR) and emergency cardiac care (ECC). JAMA 1992; 268: 2.171-2.295.

American Heart Association. Manual de reanimación cardiopulmonar avanzada (edesp), 2.ª ed. Barcelona, 1990.

European Resuscitation Council. Guidelines for basic and advanced life support. Resuscitation 1992; 24: 99-244.