



Alumnos

Morales López Leidy Jhulet

Materia:

Práctica clínica

Catedrático:

LIC. Ranulfo Martin

PASIÓN POR EDUCAR

9no Cuatrimestre, grupo "B", Licenciatura en Enfermería.

Comitán de Domínguez, Chiapas; a 4 de junio de 2020

El paro respiratorio se define como una situación clínica que cursa con interrupción, brusca, inesperada y potencialmente reversible, de la actividad mecánica del corazón y la respiración espontánea. Implica la detención de la circulación de la sangre y, por lo tanto, la interrupción del suministro de oxígeno al cerebro

Los signos y síntomas de un ataque cardíaco incluyen:

- Presión, opresión, dolor, o sensación de compresión o dolor en el pecho o en los brazos, que puede propagarse hacia el cuello, la mandíbula o la espalda
- Náuseas, indigestión, ardor de estómago o dolor abdominal
- Falta de aire
- Sudor frío
- Fatiga
- Aturdimiento o mareos repentinos

El diagnóstico del paro cardíaco se basa en los signos clínicos de apnea, falta de detección del pulso y falta de conciencia. La tensión arterial no puede medirse. Las pupilas están dilatadas y no reactivas a la luz luego de varios minutos.

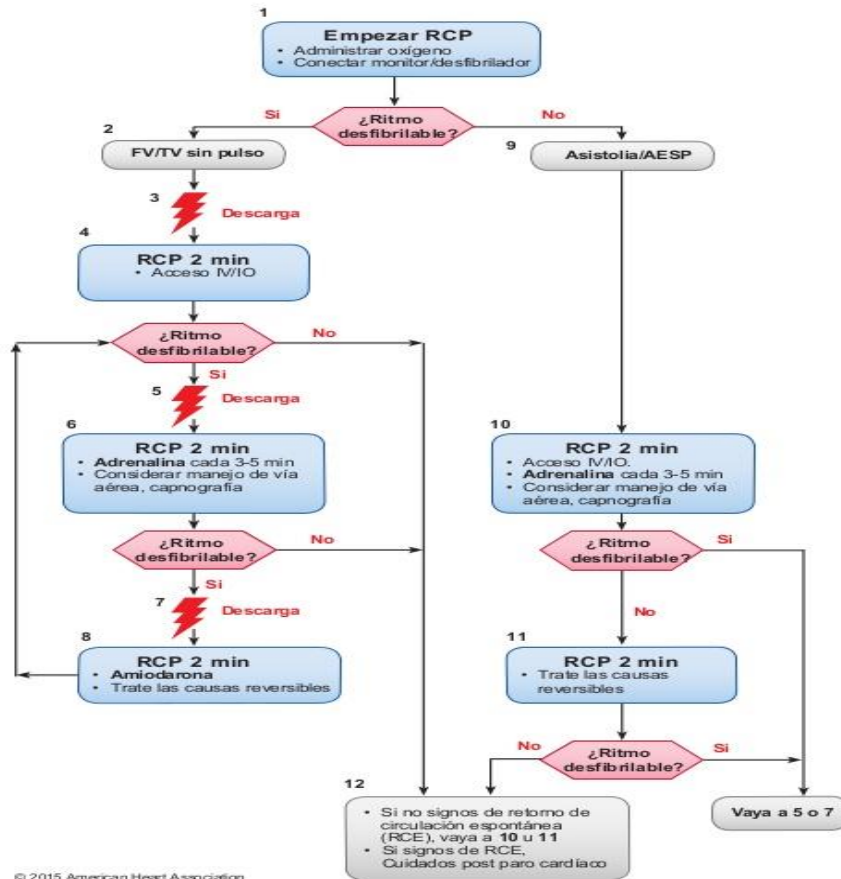
- Evaluación clínica
- Monitorización cardíaca y ECG
- En algunos casos, búsqueda de la causa (p. ej., ecocardiograma, radiografía de tórax o ecografía de tórax).

Debe colocarse un monitor cardíaco; éste puede indicar fibrilación ventricular, taquicardia ventricular o asistolia. En algunos casos, existe un ritmo de perfusión (bradicardia extrema); este ritmo puede representar una actividad eléctrica verdadera sin pulso (AESP o disociación electromecánica) o una hipotensión extrema con falta de detección del pulso.

La resucitación cardiopulmonar avanzada, agrupa un conjunto de conocimiento y maniobras dirigidas a proporcionar el tratamiento definitivo a las situaciones de rcp, optimizando la situación de las funciones respiratorias y circulatorias hasta el momento en que están se recuperan es importante tener en cuenta los medicamentos que podemos administrar, mientras proporcionamos una reanimación cardiopulmonar de alta calidad, siempre que sea posible y minimizando al máximo las interrupciones, debemos canalizar una vía y empezar la administración de fármacos a dosis óptimas, lo que nos puede ayudar a una reanudación de la circulación espontánea lo más pronto posible. No son muchos los fármacos a tener en cuenta, pero de todos ellos, quizás debemos destacar la adrenalina, atropina y amiodarona.

Descripción del rcp: La reanimación cardiopulmonar (RCP) consta de una serie de pasos que es preciso realizar de forma ordenada. Se denomina RCP básica a aquellas maniobras que se realizan para sustituir las funciones circulatoria y respiratoria sin ningún material y que pueden ser realizadas por cualquier persona, no necesariamente sanitaria. La RCP avanzada son todas las medidas que se aplican para el tratamiento definitivo de la parada, agrupadas en tres apartados fundamentales que son: vía aérea y ventilación; accesos vasculares, fármacos y líquidos; diagnóstico y tratamiento de las arritmias.

Algoritmo de PCR en el adulto—Actualización 2015



© 2015 American Heart Association

RCP de calidad
<ul style="list-style-type: none"> • Presione fuerte (al menos 5 cm) y rápido (100-120/min) y permita descompresión torácica. • Minimice las interrupciones en las compresiones. • Evite ventilación excesiva. • Cambio de reanimador cada 2 minutos o si está fatigado. • Sin manejo avanzado de vía aérea (intubación): Relación 30:2 (compresiones/ventilaciones) • Onda de capnografía <ul style="list-style-type: none"> – Si EtCO₂ <10 mmHg, mejorar la calidad de la RCP. • Presión arterial invasiva <ul style="list-style-type: none"> – Si disminución de presión diastólica <20mmHg, intentar mejorar la calidad de la RCP
Energía para la desfibrilación
<ul style="list-style-type: none"> • Bifásico: Recomendaciones del fabricante (p.ej. dosis inicial de 120-200 J); si se desconoce, usar la máxima disponible. La segunda y siguientes dosis deben ser equivalentes y se podría considerar dosis mayores. • Monofásico: 360 J
Medicación
<ul style="list-style-type: none"> • Adrenalina IV/IO. 1 mg cada 3-5 min. • Amiodarona IV/IO. Primera dosis: bolo de 300 mg. Segunda dosis: 150 mg
Manejo avanzado de vía aérea
<ul style="list-style-type: none"> • Intubación endotraqueal o dispositivo supraglótico. • Onda de capnografía o capnometría para confirmar correcta colocación de TET. • Con dispositivo avanzado para vía aérea ventilar una vez cada 6 s (10 veces/min) con compresiones continuas.
Retorno de la circulación espontánea (RCE)
<ul style="list-style-type: none"> • Pulso y presión arterial. • Aumento brusco del EtCO₂ (normalmente ≥40 mm Hg) • Ondas de presión intra-arterial espontáneas.
Causas reversibles
<ul style="list-style-type: none"> • Hipovolemia • Hipoxia • Acidosis (acidosis) • Hipo-/hiperpotasemia • Hipotermia • Neumotórax a Tensión • Taponamiento cardíaco • Tóxicos • Trombosis pulmonar • Trombosis coronaria

Es de todos conocido que el tiempo de PCR (paro cardiorespiratorio) influye de manera importante en la supervivencia de los pacientes, las estrategias de actuación se basan en la realización temprana de un grupo de acciones para dar respuesta a los llamados eslabones de la cadena de supervivencia e incluyen: la detección y tratamiento precoz de las situaciones susceptibles de desencadenar un PCR; el reconocimiento precoz del PCR (por el personal de enfermería, paramédicos o personas entrenadas); la aplicación precoz y adecuada de las técnicas de apoyo vital socorrista o básico; la desfibrilación temprana, semiautomática o automática externa fuera de las áreas de críticos; el inicio rápido y adecuado de las técnicas de soporte vital avanzado; la instauración de unos cuidados post-resucitación de calidad.