



ALUMNA

Leidy Jhulet Morales Lopez

MATERIA:

PRÁCTICA CLÍNICA

CATEDRÁTICO:

LIC. RANULFO MARTIN BERMUDES

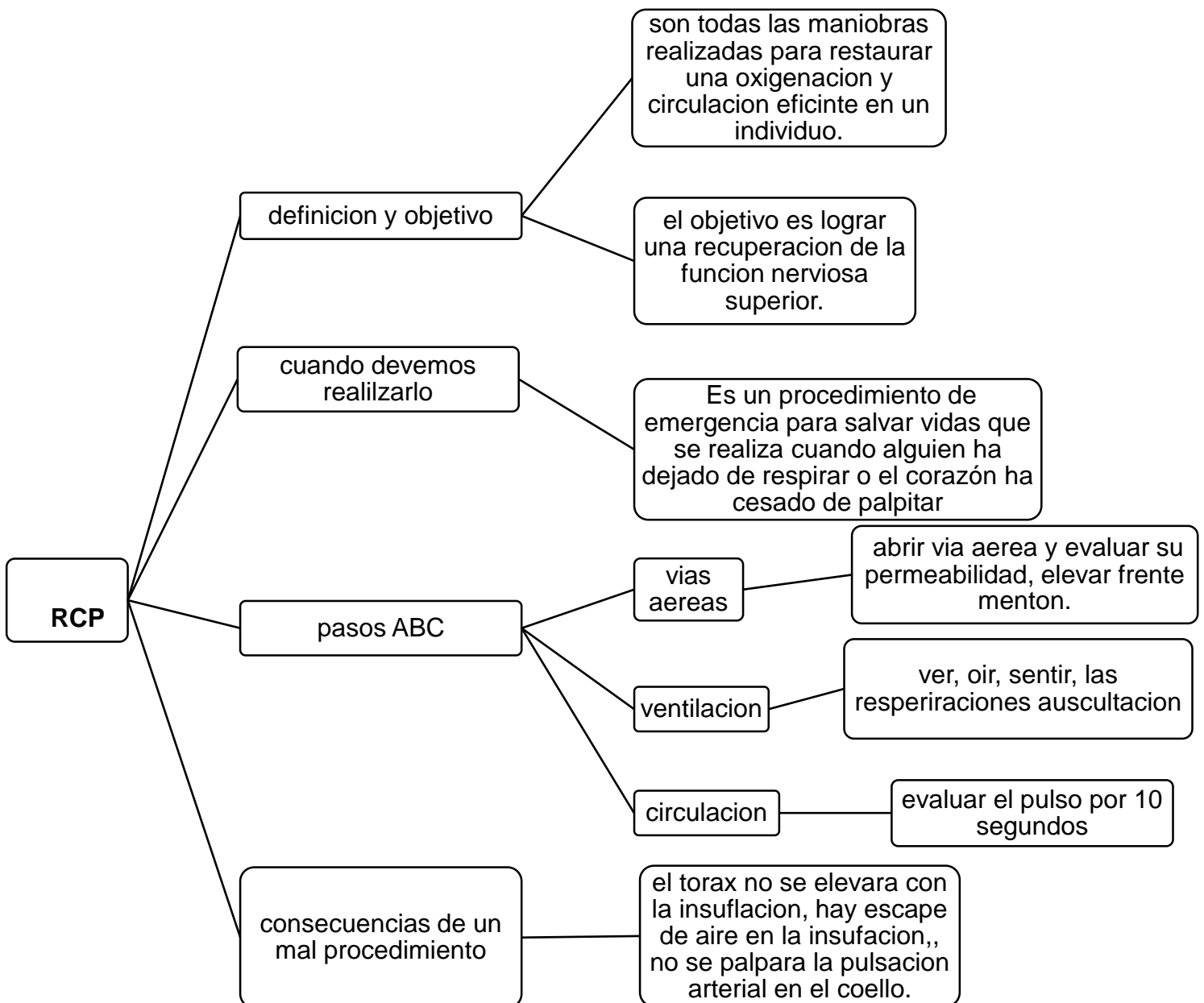
PASIÓN POR EDUCAR

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

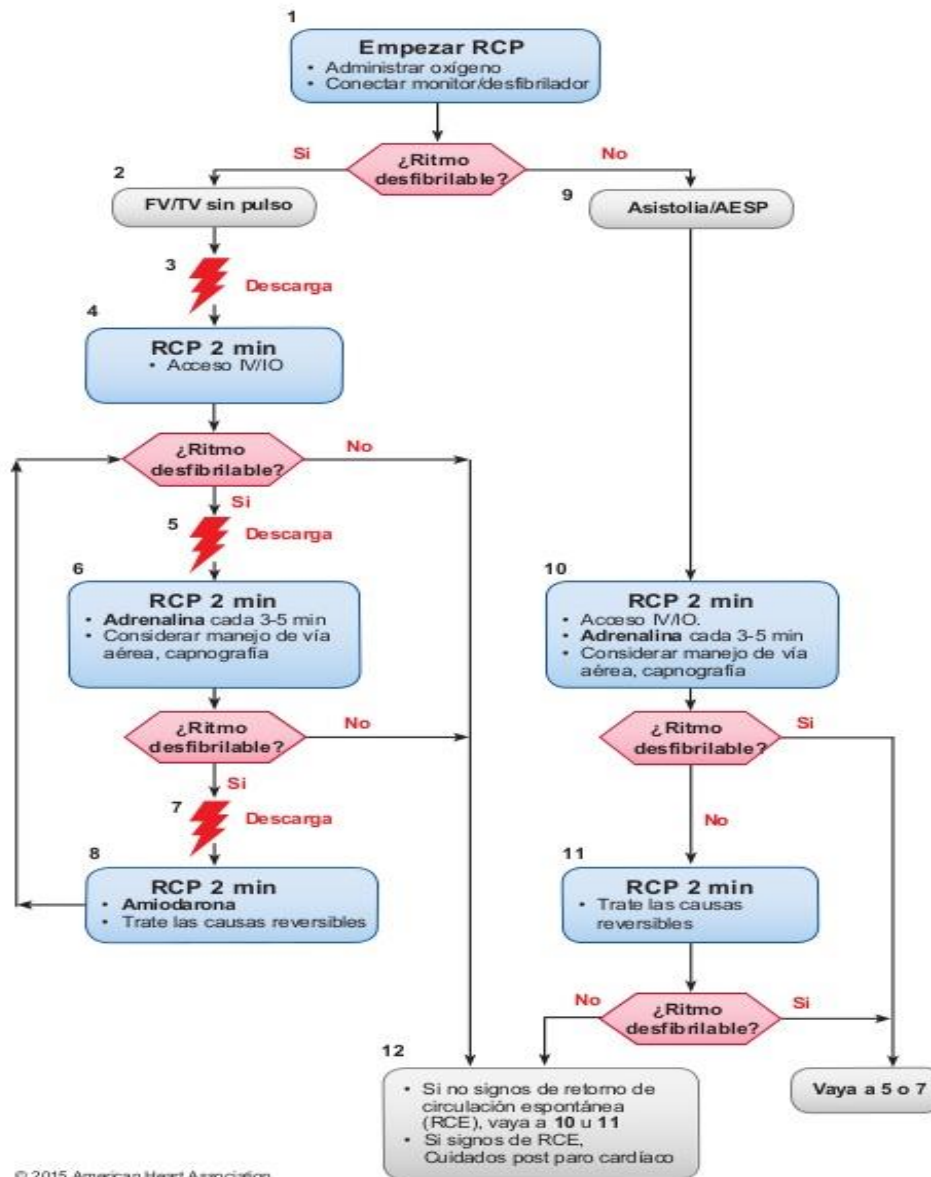
Comitán de Domínguez, Chiapas; a 1 de JUNIO de2020

El paro cardiorrespiratorio es desde hace años uno de los principales problemas de salud compatibles con un gran desarrollo social.

Es la mayor emergencia médica y es reversible si el paciente es reanimado correctamente y en el menor tiempo posible. Conceptualmente el paro cardiorrespiratorio es cese global de la circulación, en un individuo en el cual no se debía esperar el cual no se debe esperar en ese momento su muerte y se diagnostica por la ausencia de respuesta neurológica (no responde al llamado, no se mueve) no respira y no tiene pulso.



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. • Cambie 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 • Hidrogeniones (acidosis) • Hipo-/hiperpotasemia • Hipotermia • Neumotórax a Tensión • Taponamiento cardíaco • Tóxicos • Trombosis pulmonar • Trombosis coronaria

Por tanto las posibilidades de sobrevivir a una PCR van a depender no sólo de la enfermedad subyacente, sino también de la combinación de los tiempos de respuestas con la calidad de las maniobras aplicadas. Por ello los conocimientos sobre RCP deben estar ampliamente difundidos, a nivel básico entre la población, a nivel intermedio entre los miembros de los cuerpos de seguridad, salvamento y rescate y a nivel avanzado entre el personal sanitario titulado. Las maniobras de reanimación cardiopulmonar han demostrado su eficacia a lo largo de los últimos

años y son responsables del descenso de fallecimientos por paradas respiratorias. Gracias a los aparatos desfibriladores semiautomáticos podemos actuar antes de cinco minutos, algo esencial no solo para salvar la vida del paciente sino también para acelerar la recuperación y prevenir las secuelas que pueden dejar estos ataques, sobre todo las neurológicas.