

PARADA CARDIACA, MUERTE SUBITA Y RCP BÁSICO

LIC. EN ENFERMERÍA

ALUMNA: DANIELA ALEJANDRA ROVELO MOLINA

ENFERMERÍA CLÍNICA II

DOCENTE: LIC. EDGAR LIEVANO MONTOYA

PARADA CARDÍACA. MUERTE SÚBITA.

La muerte súbita cardíaca está caracterizada por un colapso o paro cardíaco súbito secundario a arritmias cardíacas, en personas con o sin enfermedad cardíaca; la sangre deja de fluir al cerebro y todo el organismo y causa la muerte si no es tratada dentro de minutos. Algunos de estos pacientes llegan a tener síntomas poco antes del evento, pero para establecer el diagnóstico definitivo de un episodio de muerte súbita se requiere que los síntomas tengan menos de una hora de duración. La mayoría de los casos son secundarios a cardiopatía isquémica y ocurren a nivel extra hospitalario, en menor porcentaje pueden ser debidos a enfermedad vascular cerebral, rotura de aneurismas aórticos o tromboembolia pulmonar masiva. El paro cardiorrespiratorio (PCR) es la desaparición súbita de la actividad contráctil del corazón y de la ventilación espontánea. La causa más común es la fibrilación ventricular/taquicardia ventricular sin pulso presente hasta en 90% de los casos en los primeros 10 minutos de evolución; más tarde es común que degenera en asistolia. Otra causa es la actividad eléctrica sin pulso, la cual después de unos minutos puede degenerar en asistolia. El tratamiento del PCR constituye la mayor urgencia cardiovascular y su éxito depende del tiempo que se tarde en iniciar las maniobras de reanimación básica y avanzada. Una vez identificado, es de suma importancia ubicar el lugar en donde se presenta el mismo, para de esta manera efectuar el tratamiento más adecuado.

Causas:

- En las víctimas mayores de 35 años de edad, la enfermedad arterial coronaria con o sin infarto de miocardio es la responsable de la mayoría de los casos, según diversos estudios. Se considera que el 30-40% de los casos son portadores de algún otro tipo de cardiopatía como: miocardiopatía dilatada (adquirida o congénita), miocardiopatía hipertrófica (adquirida o congénita), miocardiopatía infiltrativa, valvular o insuficiencia cardíaca. En las víctimas menores de 35 años las principales causas reportadas son: miocardiopatía hipertrófica, anomalías congénitas de las arterias coronarias, displasia arritmogénica del ventrículo derecho o enfermedades arrítmicas primarias como síndrome de QT largo, síndrome de QT corto, síndrome de Brugada, síndrome de repolarización precoz,

Wolff-Parkinson-White, taquicardia ventricular (TV) catecolaminérgica o fibrilación ventricular (FV) idiopática. En la población entre 35 y 45 años de edad se ha detectado una mayor incidencia de miocardiopatía dilatada secundaria a obesidad así como al uso de drogas ilícitas.

Factores de riesgo:

- Existen diferentes factores de riesgo asociados a la muerte súbita cardíaca. El primero es la edad, con dos franjas etarias: entre el nacimiento y los seis meses de edad –a lo que se denomina muerte súbita del lactante– y entre los 45 y 74 años. En este último se baraja la cardiopatía isquémica como factor de riesgo, si bien su importancia disminuye según aumenta la edad. Otro factor de riesgo viene determinado por el sexo, ya que la muerte súbita es más frecuente en los varones que en las mujeres. Y a éste hay que sumar la existencia de factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia, obesidad o tabaquismo). En lo que respecta a la actividad física, mientras que si se practica de forma moderada es un factor protector frente a la cardiopatía isquémica una actividad intensa puede desencadenar la muerte súbita, aunque la incidencia por esta causa es muy baja. También algunos fármacos y drogas pueden inducir un cambio de la actividad eléctrica cardíaca y provocar una arritmia ventricular que desencadene la muerte súbita.

Tratamiento:

Hay un tratamiento muy eficaz para evitar el fallecimiento del paciente, aunque debe ser aplicado de forma inmediata: la desfibrilación cardíaca mediante la aplicación de una descarga eléctrica con un desfibrilador, un dispositivo que cada vez es más frecuente encontrar en lugares públicos de gran afluencia. También se pueden realizar maniobras de reanimación cardiorrespiratoria, aunque siempre hay que tener en cuenta que el pronóstico y la posibilidad de reanimar al paciente dependerán del tiempo transcurrido

entre el momento en que se produce la parada cardiaca y la aplicación del desfibrilador o la realización de las maniobras de reanimación.

RCP Básico

Frente a una persona con un probable PCR importa actuar de forma rápida y ordenada para establecer el diagnóstico del mismo y luego proceder con una cadena de acciones críticas como son:

1. Activación del sistema médico de urgencia: hacer contacto con una central de atención de urgencias para que envíen a la brevedad posible una unidad de atención médica móvil que cuente con un desfibrilador.

2. Reanimación cardiopulmonar precoz: se inician de inmediato las maniobras de RCP básica, que se pueden recordar con la siguiente nemotecnia, que se conoce como ABCD primario:

- **A Permeabilizar la vía aérea.** Por medio de la maniobra de extensión del cuello y elevación del mentón, lo cual libera la base de la lengua y evita que ocluya la vía aérea; en caso de que no se reanude la ventilación espontánea se continúa con B.
- **B Ventilación con presión positiva.** Se suministran dos ventilaciones de rescate con técnica boca a boca o con cualquier aditamento disponible. El paso siguiente consiste en revalorar si el paciente recupera la ventilación espontánea, y si aún ello no se logra se valoran los signos circulatorios que incluyen palpación del pulso carotídeo y la presencia de movimientos en extremidades. En ausencia de circulación se continúa con C.
- **Circulación.** Se practican compresiones torácicas sobre el esternón, a una altura de 4 cm arriba del apéndice xifoides o en el sitio en el que éste se cruce con una línea horizontal que pase por ambos pezones. La fuerza a aplicar debe ser la suficiente para deprimir 4 a 5 cm el tórax de un adulto y la frecuencia ha de ser de

100 compresiones por minuto. Esta maniobra se alterna con la de ventilación en una proporción de 15 compresiones por dos ventilaciones, lo cual constituye un ciclo. Luego de completar cuatro ciclos se vuelven a evaluar los datos de ventilación y circulación espontánea. En caso de reanimación exitosa se coloca al paciente en posición de recuperación, que favorece el drenaje de la vía aérea y la ventilación espontánea. Si no se consigue reanimar al paciente se continúan las maniobras citadas hasta que llegue el equipo de ayuda médica con el desfibrilador.

- **Desfibrilación temprana.** Una vez que se cuente con un desfibrilador, se suspenden de inmediato las maniobras que se estén realizando y se evalúa el ritmo del paciente. En caso de que se encuentre en fibrilación ventricular se aplica desfibrilación a la brevedad posible. Desde este momento se inician las maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada.

3. Traslado inmediato a un medio hospitalario: se lleva a cabo en una ambulancia con personal capacitado para ello.

4. Ingreso al medio hospitalario: es ideal establecer contacto con el hospital para comunicar el diagnóstico y estado del paciente, así como para confirmar la aceptación de éste.

