

Licenciatura en Medicina Humana

Materia:

Clínica Quirúrgica.

Trabajo:

Paro Cardiorespiratorio

Docente:

Dr. Zebadua Guillen Eduardo.

Alumno:

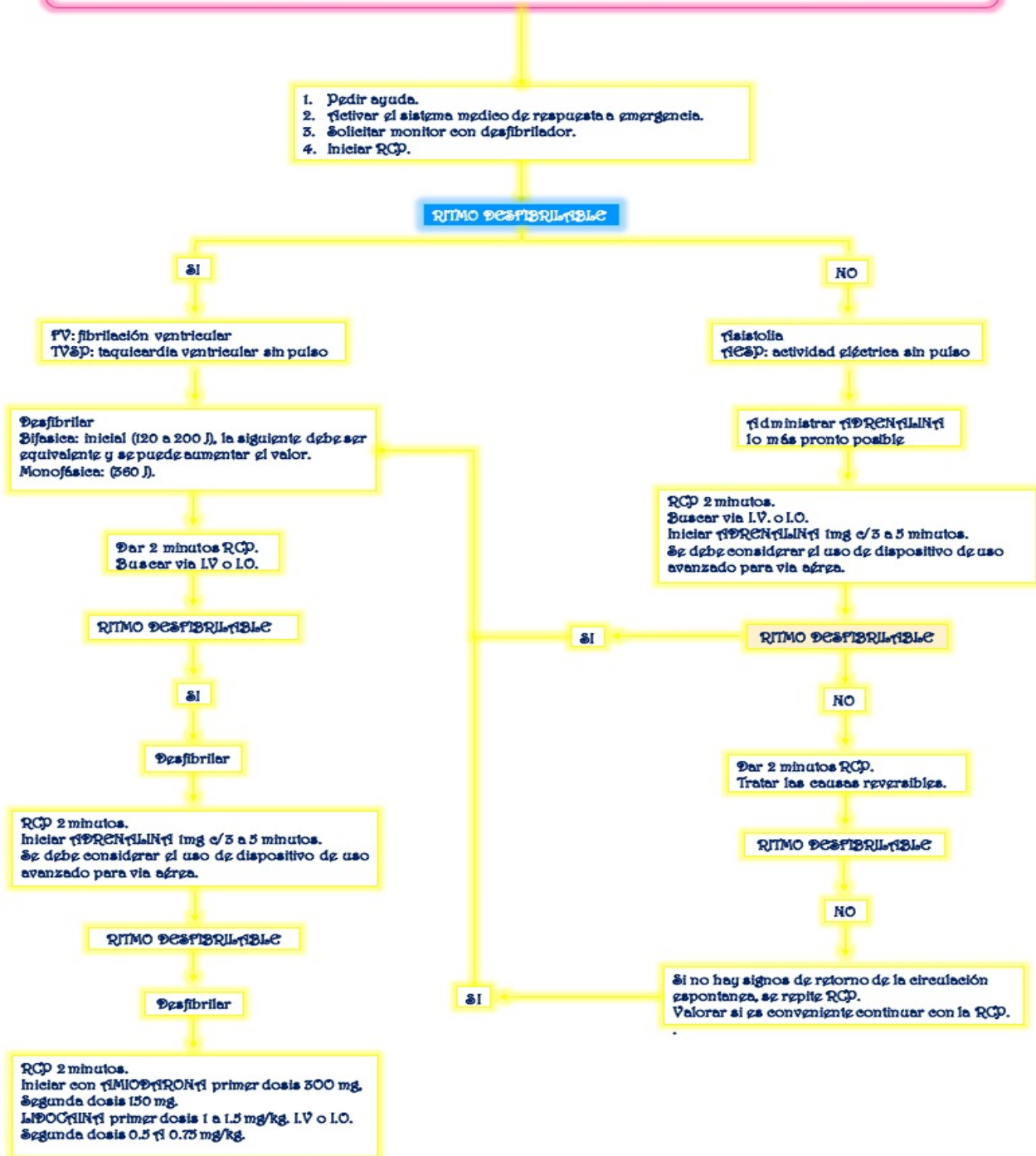
Carlos Alfredo Solano Díaz.

Semestre y Grupo:

5° "A"

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a; 24 de Abril del 2021.

ALGORITMO DE PACIENTE EN PARO CARDIORESPIRATORIO



Un paciente con diagnóstico clínico de paro cardíaco puede tener solo uno de cuatro diagnósticos eléctricos:

- Asistolia
- Actividad eléctrica sin pulso
- Taquicardia ventricular sin pulso
- Fibrilación ventricular

Determinar cual es el ritmo presente es fundamental porque la conducta varía significativamente según el ritmo.

Solo la taquicardia ventricular sin pulso y la fibrilación ventricular son susceptibles de tratamiento definitivo con la desfibrilación. La asistolia y actividad eléctrica sin pulso no son ritmos desfibrilables.

En la asistolia y la actividad eléctrica sin pulso la desfibrilación no esta indicada por lo que debe dejarse de lado el desfibrilador e iniciarse las maniobras avanzadas de ese momento en adelante.

La reanimación cardiaca avanzada tiene su inicio cuando las maniobras básicas no han logrado revertir el paro cardíaco o cuando el paro cardíaco es revertido pero el paciente presenta inestabilidad que requiere intervención. La inestabilidad puede ser neurológica (coma), hemodinámica (hipotensión, shock, arritmias), respiratoria (paro respiratorio, insuficiencia respiratoria).

El inicio de una reanimación avanzada no implica el término de la reanimación básica. Simplemente significa la mantención de la reanimación básica y la adición de otras intervenciones.

Las maniobras avanzadas practicadas en el paro cardiaco de cualquier causa son las siguientes:

1 MANTENCION DE REANIMACION CARDIACA BASICA

- Protección de la vía aérea (típicamente intubación traqueal)
- Provisión de O₂ a la máxima concentración disponible
- Instalación de vía venosa periférica, conexión de monitor ECG mediante electrodos y administración de drogas por vía IV según el ritmo presente.
- Búsqueda de la causa

Las drogas utilizadas durante estos dos ritmos son la adrenalina y un antiarrítmico (amiodarona o lidocaina). La dosis de adrenalina es de 1 mg IV cada 3 minutos sin dosis máxima.

La amiodarona se administra en bolo IV de 300 mg que puede repetirse una vez después de 3-5 minutos.

La lidocaina se administra en dosis de 1 mg/kg en bolo IV y también puede repetirse una vez después de 3-5 minutos. Lamentablemente, a pesar de que el uso de estas drogas puede incrementar la probabilidad de recuperación de la circulación ninguna de ellas ha demostrado influir positivamente en la sobrevida al alta hospitalaria y su beneficio teórico se basa en fundamentos fisiopatológicos. Nunca debe interrumpirse la reanimación cardiaca básica buscando instalar una vía venosa o administrar drogas.

Las causas principales de paro cardiaco, que son reversibles y se pueden agrupar bajo el nemotécnico de 6H y 5T.

6 H	5 T
Hipoxia	Trombosis Coronaria
Hipovolemia	Taponamiento Cardiaco
Hipercalemia	Trombosis Pulmonar
Hidrogeniones (acidosis)	Tórax a tensión (neumotórax)
Hipotermia	Tóxicos/Tabletas
Hipoglicemia	

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AHA.(2012).Libro del proveedor de SVCA/ACLS material complementario. American Heart Association.