

PRESENTA: KARLA ROCÍO DE LOS ÁNGELES GARCÍA
HERNÁNDEZ

CUATRIMESTRE: 9°



MATERIA: PRACTICAS PROFESIONALES

NOMBRE DEL TRABAJO: RESUMEN DEL MANUAL DE
REANIMACIÓN (RCP) ANTES OTORGADO, (MANUAL AHA).

DOCENTE: ELVI GUADALUPE PILICASTRO

02 / 06 / 2021

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)

Identificar y observar paciente sin pulso y con apnea o respiración agónica

Inicie 200 Compresiones Interrumpidas. Abra la Vía aérea e inserte un dispositivo oro faríngeo / nasofaríngeo o supraglótico. Aplique oxígeno a altos flujos

Analice el ritmo y dé una carga en caso de FV/TV. Continúe con ciclos de 200 Compresiones Interrumpidas.

Inicie una vía intravascular/intravenosa.

Administre 1 ventilación cada 10 compresiones, asincrónicamente.

Si hay retorno a la circulación espontánea inicie cuidados y transfiera al hospital

Prioridades

- Minimice las interrupciones de las compresiones torácicas para una fracción de compresión torácica $> 80\%$
- Comprima con una frecuencia de 110 por minuto y una profundidad de 5 cm.
- Asegure la re-expansión completa del pecho después de cada compresión torácica.
- Evite la hiperventilación.

Varios reanimadores ejecutan la tarea en forma simultánea. En un paro cardíaco presenciado, analice y desfibrile en forma inmediata (brindando compresiones mientras se alista el dispositivo).

- Activación de metrónomo a 110
- Aplique oxígeno fásico a 15 litros/minuto
- El monitor cardíaco manual se debe cargar con la energía máxima antes de analizar el ritmo cada 200 compresiones. Continúe las compresiones mientras el DAE se carga.
- Administre 1 mg de adrenalina lo antes posible. Administre 300 mg de Amiodarona o 100 mg de Lidocaína para TV/TV refractaria.
- Monitoree la capnometría y mantenga > 20 mm Hg
- Mantenga la saturación de oxígeno $\geq 90\%$, la tensión arterial sistólica > 90 mm Hg; transfiera a un hospital que cuente con laboratorio para cateterismo cardíaco y donde se debe iniciar hipotermia terapéutica. Siempre considere las causas reversibles del paro cardíaco.

Protocolo de Reanimación en paro Cardíaco: Adulto

Indicación: Adulto sin pulso y con apnea (o con respiración agónica/boqueo).

Contraindicación: Decapitación, descomposición, rigor mortis o muerte obviamente irreversible. Orden médico-legal que impida la reanimación.

- Capnometría > 20 mm Hg. (Prehospitalario e Intrahospitalario)
- Presión arterial diastólica (PAD) > 25 mm Hg. (Intrahospitalario).
- Presión de perfusión coronaria (PPC) > 20 mm Hg. (Intrahospitalario).

El reanimador que no está dando compresiones se encarga de activar el metrónomo a una frecuencia de 110 por minuto. Insertar un dispositivo orofaríngeo/nasofaríngeo o supraglótico, aplicar oxígeno a 15 litros por minuto, aplicar el DAE o monitor cardíaco manual.

Iniciar el acceso intraóseo/intravascular y administrar medicamentos, administrar una ventilación cada 10 compresiones. Cuidar que este paso no se demore más allá del cuarto ciclo de 200 compresiones.

Desfibrilación.

Cada 200 compresiones se opera el DAE o el monitor cardíaco manual y se desfibrila la FV/TV. Continuar las compresiones mientras el DAE se carga.

Compresiones y Circulación

Asegure que la frecuencia de las compresiones sea 110/min con profundidad de al menos 5 cm.

Asegure la re-expansión completa del pecho al final de cada compresión torácica.

Las compresiones solo se interrumpen cada 200 para analizar el ritmo cardíaco y desfibrilar en caso de FV/TV.

Las compresiones se re-inician inmediatamente después de cada desfibrilación con cambio de reanimador.

Vía aérea y Ventilación

Inserte un dispositivo orofaríngeo/nasofaríngeo o supraglótico después de iniciar las compresiones. También aplique oxígeno a 15 litros/minuto.

Administre una ventilación cada 10 compresiones, sin interrupción.

Consideraciones especiales en paro Cardíaco

En paciente embarazada desplace el útero manualmente hacia la izquierda mientras se dan las compresiones.

En el paciente de trauma, considere las causas reversibles más comunes como: hipoxia, hipovolemia, neumotorax a tensión, taponamiento cardíaco e hipotermia.

Abra la vía aérea con desplazamiento de la mandíbula, mantenga la restricción del movimiento cervical y controle hemorragias.

En el paciente con hipotermia severa (temperatura $\leq 30^\circ\text{C}$) Inicie calentamiento, compresiones torácicas y en caso de FV/TV administre sólo una descarga eléctrica.

La terapia eléctrica y farmacológica se continuará hasta que el paciente alcance la temperatura mayor a 30°C .

En el paciente abegado utilice la secuencia A-B-C con manejo de vía aérea y ventilaciones. Dé 5 ventilaciones iniciales. Después continúe con ciclos de 30 compresiones por cada 2 ventilaciones.

Plan de Acción.

El trabajo en equipo es el aspecto más importante de la RCP y se debe practicar regularmente por medio de simulación.

El reanimador #1 y el reanimado #2 se acomodan en lugares opuestos del pecho del paciente y dan compresiones torácicas continuas, en forma alternada cada 100 compresiones.

Utilice checklists y dispositivos para monitoreo de la calidad de RCP que incluyan frecuencia, profundidad y re-expansión completa del pecho.

Considere y trate las causas reversibles durante el paro cardíaco.

Monitoree y mantenga los siguientes parámetros fisiológicos: