



UNIVERSIDAD DEL SURESTE  
LICENCIATURA EN MEDICINA  
HUMANA

MATERIA:  
CLINICA QUIRURGICA

SOPORTE VITAL BÁSICO Y PARO  
CARDIORRESPIRATORIO

DOCENTE:  
DR. EDUARDO ZEVADUA.

ALUMNO:  
DIEGO LISANDRO GÓMEZ TOVAR.

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS  
CHIAPAS A; 22 DE SEPTIEMBRE DE 2021

# Cadenas de Supervivencia de la AHA.

## PICH



Reconoci-  
miento y  
prevención  
tempranos

Activación  
de la res-  
puesta de  
emergencias

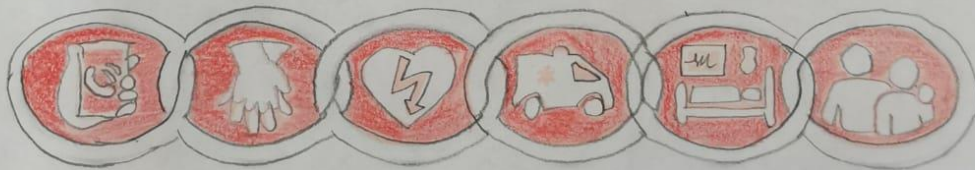
RCP  
de  
alta  
calidad

Desfi-  
brilación

Cuidados  
posparo  
cardíaco

Recuperación

## PCEH



Activación  
de la res-  
puesta de  
emergencias

RCP de  
Alta  
Calidad

Desfibrila-  
ción

Soporte  
vital  
avanzado

Cuidados  
posparo  
cardíaco

Recupera-  
ción



# Algoritmo de atención Pos paro cardiaco en adultos

## RCE logrado

Maneje la vía aérea.

Colocación temprana del tubo endotraqueal.

Controle los parámetros ventilatorios.

- 10 ventilaciones/min.
- SpO<sub>2</sub> de 92% a un 98%
- PaCO<sub>2</sub> de 35 a 45 mmHg

Realice ECG de 12 derivaciones

Considere la intervención cardiaca de emergencia si:

- Se presenta infarto de Miocardio con elevación del segmento ST.
- En caso de shock cardiogenico inestable
- Se requiere asistencia circulatoria mecánica

## Fase Inicial de estabilización

La reanimación continúa durante la fase posterior al RCE y muchas de estas actividades pueden ocurrir simultáneamente.

Priorización Pasos:

• Manejo de la vía aérea: Suplemento O para continuar reperfusión y monitorizar colocación de tubo endotraqueal.

• Manejo de los parámetros ventilatorios: ajuste la FiO<sub>2</sub> para la SpO<sub>2</sub> en un 92% a un 98%, comenzar 10 l/min.

Ajuste una PaCO<sub>2</sub> de 35 a 45 mmHg.

• Manejo de los parámetros hemodinámicos: Administre cristaloideos o vasopresores o inotropicos para la presión arterial sistólica objetivo de >90 mmHg o la presión arterial media de >65 mmHg.

Control continuo y Prácticas de emergencia adicionales.

Estas evaluaciones deben realizarse

simultáneamente para que las decisiones sobre manejo específico de la Temp.

(MET) reciban una alta prioridad como intervenciones cardiacas.

• Met si al paciente no está siguiendo órdenes, inicie MET lo antes posible. Comience a una temperatura de entre 32°C y 36°C durante 24 hrs utilizando un dispositivo de refrigeración con un baffle de reposición.

• Otros tratamientos críticos

- monitorea la temperatura central (esofágica, rectal, de la vejiga)

- Mantenga la normoxemia, la normocapnia y la euglucemia

- monitorea el electroencefalograma

## (Sigue las instrucciones)

### Comatoso

- MET
- Obtención de TC cerebral
- Monitoreo de EEG
- Otros tratamientos críticos.

### Despierto

- otros tratamientos críticos.

### Las H y T

- Hipotensión
- Hipoxia
- Acidosis (acidosis)
- Hipotensión
- Hipertermia
- Tensión (rearterial) a tensión
- Temperatura corporal
- Tórax
- Trombosis pulmonar
- Trombosis coronaria.

Evalúe y trate rápidamente las etiologías reversibles, Induya la asistencia de expertos para tratamiento continuo

## Algoritmo de Soporte Vital avanzado intrahospitalario para el paro cardíaco

Continúe con el Soporte vital básico y avanzado.

- RCP de alta calidad
- Desfibrilación si está indicado.
- Otras intervenciones de Soporte (adrenalina).

Active equipo de paro cardíaco en mujeres embarazadas

Considere la etiología del paro cardíaco.

Realice intervenciones en la madre.

- Realice el manejo en la vía aérea.
- Administre un 100% de  $O_2$ , evite el exceso de ventilación.
- Coloque vía IV por arriba del diafragma.
- Si administra magnesio IV, suspendalo y administre cloruro de calcio o gluconato.

- Realice intervenciones obstétricas.
- Lleve a cabo un desplazamiento uterino lateral continuo.
- Desconecte los monitores fetales.
- Preparar cesárea perimortem.

- Realice cesárea perimortem.
- Si no hay RCE e 5 minutos considere cesárea perimortem inmediatamente.

- Continúe SUBVA.
- RCP de Alta calidad
- Desfibrilación
- Adrenalina.

Equipo neonatal para recibir recién nacido.

### Paro cardíaco en mujer embarazada

- La planificación del equipo debe en colaboración con los servicios de obstetricia, neonatales, de emergencia, anestesiología, cuidados intensivos y paro cardíaco
- las prioridades para las mujeres embarazadas en paro cardíaco deben incluir suministros de RCP de alta calidad y alivio de compresión aortocava con desplazamiento uterino lateral.
- El objetivo de la resaca perimortem es mejorar los resultados maternos y fetales.

### Manejo avanzado de vía aérea.

- En el embarazo, es común tener una vía aérea dificultosa. Recupera al profesional con más experiencia.
- Haga intubación endotraqueal o use un dispositivo supraglótico para el manejo avanzado de la vía aérea
- utilice la capnometría o capnografía para confirmar y monitorizar la colocación de tubo ET.

### Posible etiología del paro cardíaco en una mujer embarazada.

- A: complicaciones de anestesia
- B: Sangrado
- C: Cardíaco
- D: Drogas
- E: Embolia
- F: Fiebre
- G: Causas generales no obstétricas de PC(HyT)
- H: Hipertensión.

**Bibliografía:**

**La American Heart Association agradece a las siguientes personas por su colaboración en la elaboración de esta publicación:** Eric J. Lavonas, MD, MS; David J. Magid, MD, MPH; Khalid Aziz, MBBS, BA, MA, MEd(IT); Katherine M. Berg, MD; Adam Cheng, MD; Amber V. Hoover, RN, MSN; Melissa Mahgoub, PhD; Ashish R. Panchal, MD, PhD; Amber J. Rodriguez, PhD; Alexis A. Topjian, MD, MSCE; Comilla Sasson, MD, PhD; y el equipo del proyecto Aspectos destacados de las Guías de la AHA. Edición en español: Fabián Gelpi, MD; Hector Aranibar, MD; Sandra Patricia Swieszkowski, MD; Juan Fraga, MD