



UNIVERSIDAD DEL SURESTE  
LICENCIATURA EN MEDICINA  
HUMANA

MATERIA:  
CLINICA QUIRURGICA

SOPORTE VITAL BÁSICO Y PARO  
CARDIORRESPIRATORIO

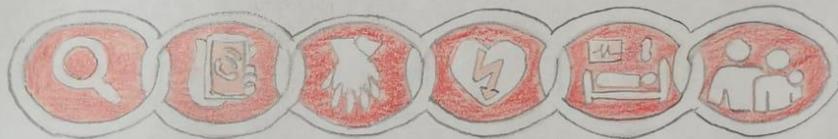
DOCENTE:  
DR. EDUARDO ZEVADUA.

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

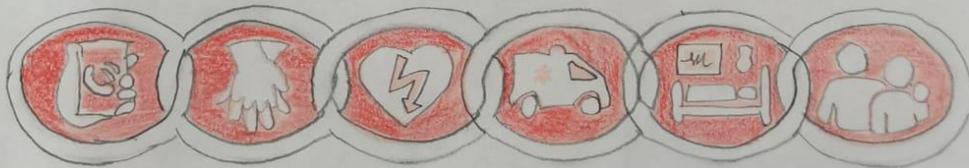
RCP  
de  
alta  
calidad

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 para cardiaca en adultos

## RCE grado

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 cardiogénico 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 inotrópicos 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 bucle de retroalimentación.

- Otros tratamientos críticos:
  - monitoree la temperatura central (esofágica, rectal, de la vejiga)
  - Mantenga la normoxemia, la normocapnia y la euglucemia
  - monitoree el electroencefalograma

## (Sigue 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 (rearteria) a tensión
- Temperatura corporal
- Tormas
- Trombosis pulmonar
- Trombosis coronaria.

Evalue 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 supraglotico 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