



Nombre del alumno: ANA CRISTEL
CAMAS ALVAREZ

Nombre del profesor: Lic. Javier Gómez
Galera.

Nombre del trabajo: "Súper nota".

Materia: Patología del niño y adolescente.

5° Cuatrimestre de Enfermería.

Pichucalco Chiapas a 02 de abril 2022.

MANEJO DE PARO CARDIO RESPIRATORIO

¿Qué es?

El paro cardiorrespiratorio, consistente en el cese de la actividad mecánica cardíaca, se diagnostica ante la falta de conciencia, pulso y respiración, el conjunto de medidas aplicadas a revertirlo se denomina resucitación cardiopulmonar, se distinguen dos niveles: soporte vital básico y soporte vital cardíaco avanzado, en el soporte vital básico se emplean métodos que no requieren tecnología especial: apertura de vías aéreas, ventilación boca a boca, masaje cardíaco y últimamente se tiende a incluir el desfibrilador, el soporte vital cardíaco avanzado debe ser la continuación del soporte vital básico, se emplean desfibrilador, anulación venosa, intubación oro traqueal, ventilación mecánica con gas enriquecido y fármacos, antes de iniciar las maniobras de resucitación cardiopulmonar conviene asegurarse de que se trata realmente de un paro cardiorrespiratorio, que han transcurrido menos de 10 min, que la víctima no tiene un pronóstico inmediato fatal y que no existe negativa previa por parte de la víctima o sus familiares a que se practiquen dichas maniobras.

SECUELAS

Lo grave de que las neuronas dejen de recibir el oxígeno correspondiente, responde a las secuelas que podría tener una persona al sobrevivir a un paro cardiorrespiratorio, las que van desde un déficit neurológico simple hasta lesiones muy severas en el cerebro como un estado vegetativo o el coma, es de suma importancia poder actuar lo más rápido posible frente a este tipo de situaciones con la finalidad de poder atender al paciente justo a tiempo y evitar provocarle peores consecuencias o la misma muerte, por ende, al identificar que síntomas de este tipo de paro, se debe llamar a emergencias inmediatamente, atenderlo de manera casi automática, confirmar el diagnóstico y derivarlo al centro de asistencia más cercano.



Fig. 2. Posición correcta de la cabeza y el mentón para mantener la vía aérea permeable. Se coloca la mano sobre la frente, presionando para que la cabeza esté lo más extendida posible. Los dedos índice y pulgar comprimen las alas de la nariz cuando es necesario ventilar con aire espirado. Con dos dedos de la otra mano se levanta el mentón procurando que la boca quede estropeada.

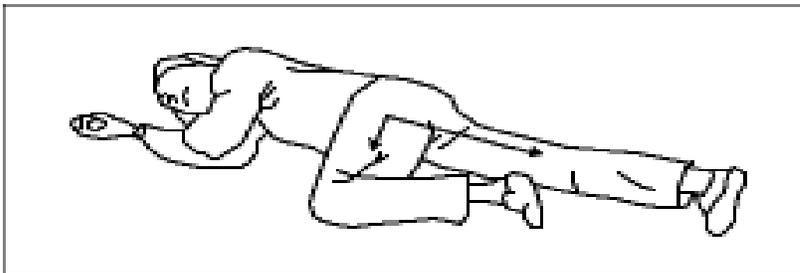


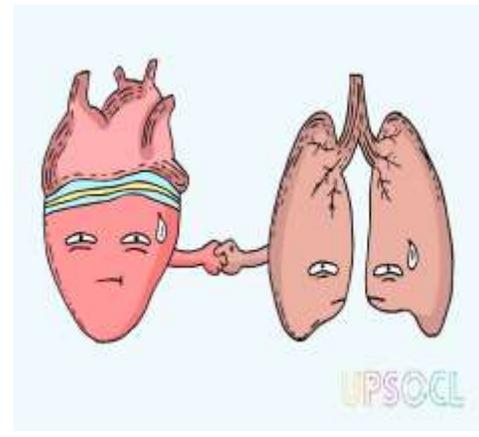
Fig. 3. Posición lateral de seguridad que permite la salida de sustancias por la boca. La cabeza, cuello y tronco deben mantenerse en línea recta. La posición debe ser estable y, si es necesario, se coloca la mano debajo de la mejilla para mantener la extensión de la cabeza. Hay que ajustar la pierna que queda encima para que forme ángulo recto, tanto con la cadera como con la rodilla.



Fig. 4. Posición correcta para la compresión torácica, tanto de los brazos como del cuerpo sobre la víctima.

ENFERMEDADES CARDIACAS

Las miocardiopatías constituyen la segunda entidad responsable, la miocardiopatía hipertrófica presenta una prevalencia de muerte súbita del 2 al 4% anual en adultos y del 4 al 6% en niños y adolescentes 13, esto se debe a arritmias, deterioro hemodinámico súbito o isquemia, la miocardiopatía dilatada ocasiona el 10% de las muertes súbitas en adultos, la displasia arritmogénica ventricular derecha constituye una miocardiopatía de origen genético causante de arritmias ventriculares graves, la miocarditis es una causa de muerte súbita relativamente frecuente en niños, adolescentes y adultos jóvenes; es habitual en este caso la concurrencia del ejercicio intenso como concausa



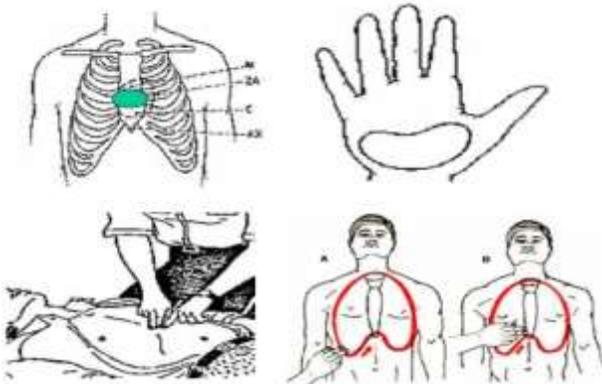
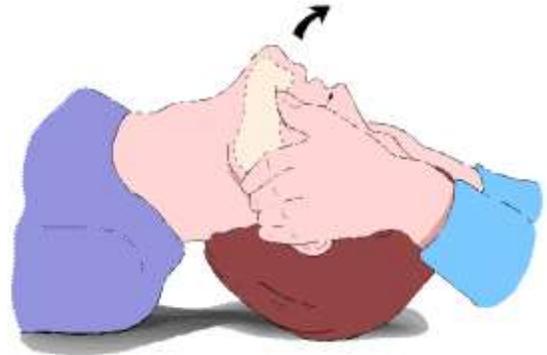
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Tanto las infecciones como las obstrucciones de la vía aérea pueden producir muerte súbita, en el asma bronquial la muerte súbita se ha relacionado con la sobreutilización de betamiméticos y con hipotensión bradicardia de origen vasovagal, se ha descrito una forma de asma bronquial hiperaguda que puede conducir a la muerte por obstrucción de la vía aérea en pocos minutos



ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

El desbalance simpático y vagal puede predisponer al desarrollo de arritmias, sobre todo si concurren alteraciones electrolíticas, hay datos experimentales que adjudican al sistema nervioso parasimpático una acción profibrilatoria auricular y una disminución del riesgo de arritmias ventriculares, algunas formas del síndrome del intervalo QT largo se relacionan con desbalances del tono simpático.



TRAUMATISMO

A consecuencia del traumatismo puede producirse liberación excesiva de catecolaminas, hipoxia y alteraciones electrolíticas inductoras de arritmias, los traumas craneal, torácico y abdominal pueden ser directamente responsables de una muerte súbita, así como el trauma de extremidades cuando da lugar a tromboembolismo pulmonar, un traumatismo torácico puede causar PCR tanto por el trauma miocárdico como por la inducción de arritmias (commotio cordis).

MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE

Es una causa relativamente frecuente de PCR, cuyo mecanismo sigue siendo mal conocido, se ha relacionado con tabaquismo materno, decúbito prono, reflujo gastroesofágico, deficiencia de deshidrogenasa de la coenzima A y disfunción pineal, entre el 10 y 20% son debidas a causas no naturales.



Aperturas de las vías aéreas**Ventilación boca a boca****Mensaje cardíaco****Desfiltración**

TÉCNICAS DE SOPORTE VITAL CARDÍACO AVANZADO	RECOMENDACIONES EN CASO DE FIBRILACIÓN VENTRICULAR TAQUICARDIA VENTRICULAR	EVALUACION DEL PRONOSTICO NEUROLOGICO	SITUACIONES EN LAS QUE SE DEBEN SUSPENDER LAS MANIOBRAS DE RESUCITACIÓN	ASPECTOS ÉTICOS DE LA RESUCITACION CARDIOPULMONAR
Intubación oro traqueal	Desfibrilación	Encefalopatía postanóxica	Cuando se comprueba la indicación errónea de RCP, por falso diagnóstico de PCR.	Indicaciones para iniciar la resucitación cardiopulmonar
Accesos venosos	Adrenalina	Evaluación clínica inmediata	Cuando se comprueba la presencia de actividad cardíaca eléctrica intrínseca acompañada de presencia de pulso	Resucitación cardiopulmonar en gestantes
Monitorización	Bicarbonato	Evaluación clínica diferida	Cuando transcurren más de 15 min de RCP y persiste la ausencia de actividad eléctrica cardíaca (asistolia)	
Evaluación de las causas de la parada cardiorrespiratoria	Antiarrítmicos	Otros medios diagnósticos	Cuando se produce fatiga extrema del reanimador, sin esperanza de ayuda o colaboración inmediata	
	El tosilato de bretilio			

MANIOBRAS DE SOPORTE VITAL BÁSICO

Indicación Clase

- Apertura de las vías aéreas para que
- se mantengan permeables
- Respiración boca-boca o boca-nariz
- Circulación o masaje cardíaco
- sin utensilios especiales I
- Desfibrilación si hay FV/TV I
- Golpe precordial IIb

SECUENCIA DEL SOPORTE VITAL BÁSICO

El SVB incluye una serie de maniobras que se han descrito bajo la regla nemotécnica del «ABC» de la reanimación, a la que últimamente se le ha añadido la letra «D».

- «A»: apertura de las vías aéreas para que se mantengan permeables.
- «B»: boca-boca, para proporcionar un soporte a la respiración.
- «C»: circulación o masaje cardíaco sin el empleo de ningún utensilio especial.
- «D»: desfibrilar, siempre que se compruebe que haya FV o TV

>BIBLIOGRAFIA<

<https://www.revespcardiol.org/es-guias-actuacion-clinica-sociedad-espanola-articulo-X0300893299001528>