



**NOMBRE DE ESTUDIANTE:**  
**Adly Candy Vázquez Hernández**

**DOCENTE:**  
**Dr. Samuel Esau Fonseca Fierro**

**MATERIA:**  
**Medicina Basada en Evidencias**

**TEMA:**  
**“RCP según AHA”**

**CARRERA:**  
**Medicina Humana**

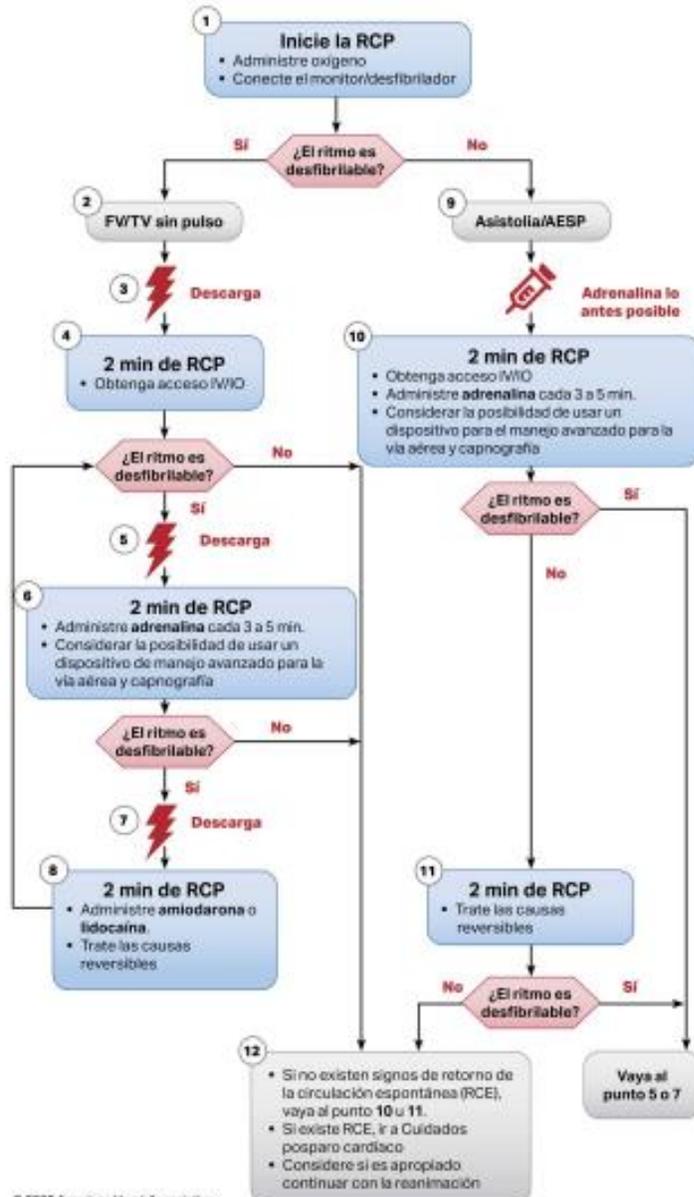
**SEMESTRE:**  
**8°**

**Tuxtla Gutiérrez, Chiapas**

# CADENAS DE SUPERVIVENCIA DE LA AHA PARA ADULTOS CON PCIH Y PCEH.



# RCP



© 2020 American Heart Association

## Calidad de la RCP

- Comprima fuerte (al menos 5 cm [2 pulgadas]) y rápido (a entre 100 y 120 c. p. m.), y permita una expansión torácica completa.
- Minimice las interrupciones entre compresiones.
- Evite una ventilación excesiva.
- Cambie de compresor cada 2 minutos, o antes si está cansado.
- Si no hay un dispositivo de manejo avanzado de la vía aérea, considere una relación de compresión-ventilación debe ser de 30:2.
- Capnografía cuantitativa
  - Si la PETCO<sub>2</sub> es baja o está en disminución, vuelva a evaluar la calidad de la RCP.

## Energía de descarga para desfibrilación

- **Bifásica:** recomendación del fabricante (por ejemplo, dosis inicial de 120 a 200 J); si se desconoce, use el valor máximo disponible. La segunda descarga y las posteriores deben ser equivalentes, y puede considerarse la administración de valores superiores.
- **Monofásica:** 360 J.

## Farmacoterapia

- **Dosis IV/IO de adrenalina:** 1 mg cada 3 a 5 minutos
- **Dosis IV/IO de amiodarona:** Primera dosis: bolo de 300 mg. Segunda dosis: 150 mg.
- o
- **Dosis IV/IO de lidocaína:** Primera dosis: De 1 a 1,5 mg/kg. Segunda dosis: De 0,5 a 0,75 mg/kg.

## Manejo avanzado de la vía aérea

- Intubación endotraqueal o dispositivo supraglótico para el manejo avanzado de la vía aérea.
- Capnometría o capnografía para confirmar y monitorizar la colocación del tubo ET.
- Una vez llevado a cabo el manejo avanzado de la vía aérea, realice 1 ventilación cada 6 segundos (10 ventilaciones por minuto) con compresiones torácicas continuas.

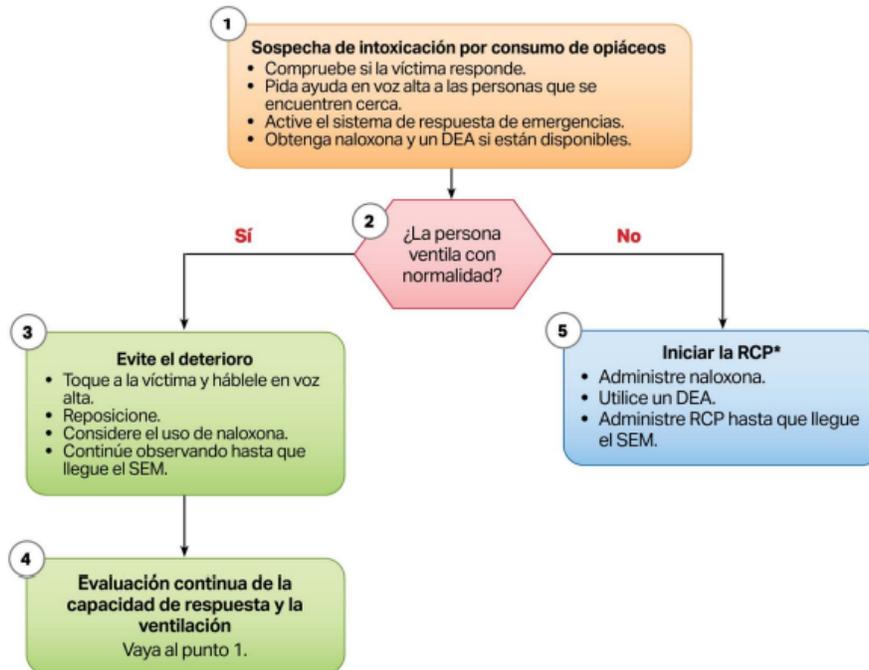
## Retorno de la circulación espontánea (RCE)

- Pulso y presión arterial
- Aumento repentino y sostenido de la PETCO<sub>2</sub> (normalmente de  $\geq 40$  mm Hg).
- Ondas espontáneas de presión arterial con monitoreo intraarterial

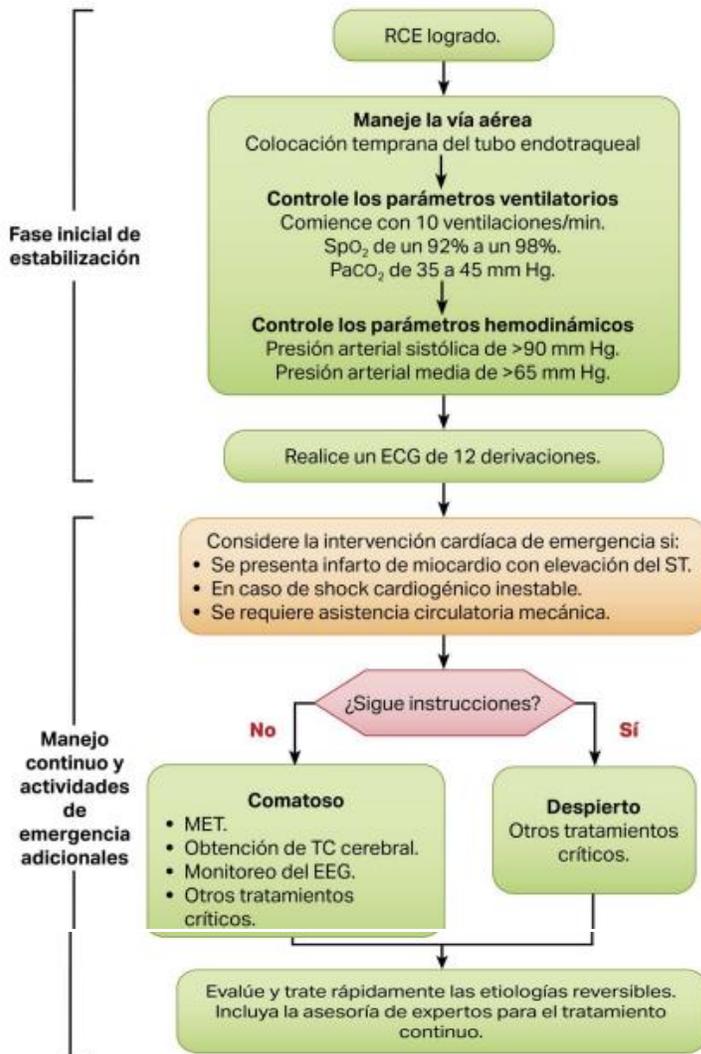
## Causas reversibles

- Hipovolemia
- Hipoxia
- Hidrogenión (acidosis)
- Hipo-/hiperpotasemia
- Hipotermia
- Tensión, neumotórax
- Taponamiento cardíaco
- Toxinas
- Trombosis pulmonar
- Trombosis coronaria

# ALGORITMO DE EMERGENCIA ASOCIADA AL CONSUMO DE OPIÁCEOS PARA REANIMADORES LEGOS.



# ALGORITMO DE ATENCIÓN POSPARO CARDÍACO EN ADULTOS.



## Fase inicial de estabilización

La reanimación continúa durante la fase posterior al RCE, y muchas de estas actividades pueden ocurrir simultáneamente. Sin embargo, si se debe establecer una priorización, siga estos pasos:

- Manejo de la vía aérea: Capnometría o capnografía para confirmar y monitorizar la colocación del tubo endotraqueal
- Manejo de los parámetros ventilatorios: ajuste la  $FiO_2$  para la  $SpO_2$  en un 92% a un 98%; comience con 10 ventilaciones/min. Ajuste a una  $PaCO_2$  de 35 a 45 mm Hg.
- Manejo de los parámetros hemodinámicos: administre cristaloides o vasopresores o inotrópicos para la presión arterial sistólica objetivo de >90 mm Hg o la presión arterial media de >65 mm Hg.

## Control continuo y prácticas de emergencia adicionales

Estas evaluaciones deben realizarse simultáneamente para que las decisiones sobre manejo específico de la temperatura (MET) reciban una alta prioridad como intervenciones cardíacas.

- Intervención cardíaca de emergencia: Evaluación temprana de un electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones; considere la hemodinamia para la toma de decisiones sobre la intervención cardíaca.
- MET: si el paciente no está siguiendo órdenes, inicie el MET lo antes posible; comience a una temperatura de entre 32 °C y 36 °C durante 24 horas utilizando un dispositivo de refrigeración con un bucle de retroalimentación.
- Otros tratamientos críticos.
  - Monitoree continuamente la temperatura central (esofágica, rectal, de la vejiga).
  - Mantenga la normoxemia, la normocapnia y la euglucemia.
  - Monitoree el electroencefalograma (EEG) de forma continua o intermitente.
  - Proporcione ventilación de protección pulmonar.

## Las H y T

Hipovolemia  
 Hipoxia  
 Hidrogenión (acidosis)  
 Hipopotasemia/hiperpotasemia  
 Hipotermia  
 Tensión, neumotórax (a tensión)  
 Taponamiento cardíaco  
 Toxinas  
 Trombosis pulmonar  
 Trombosis coronaria

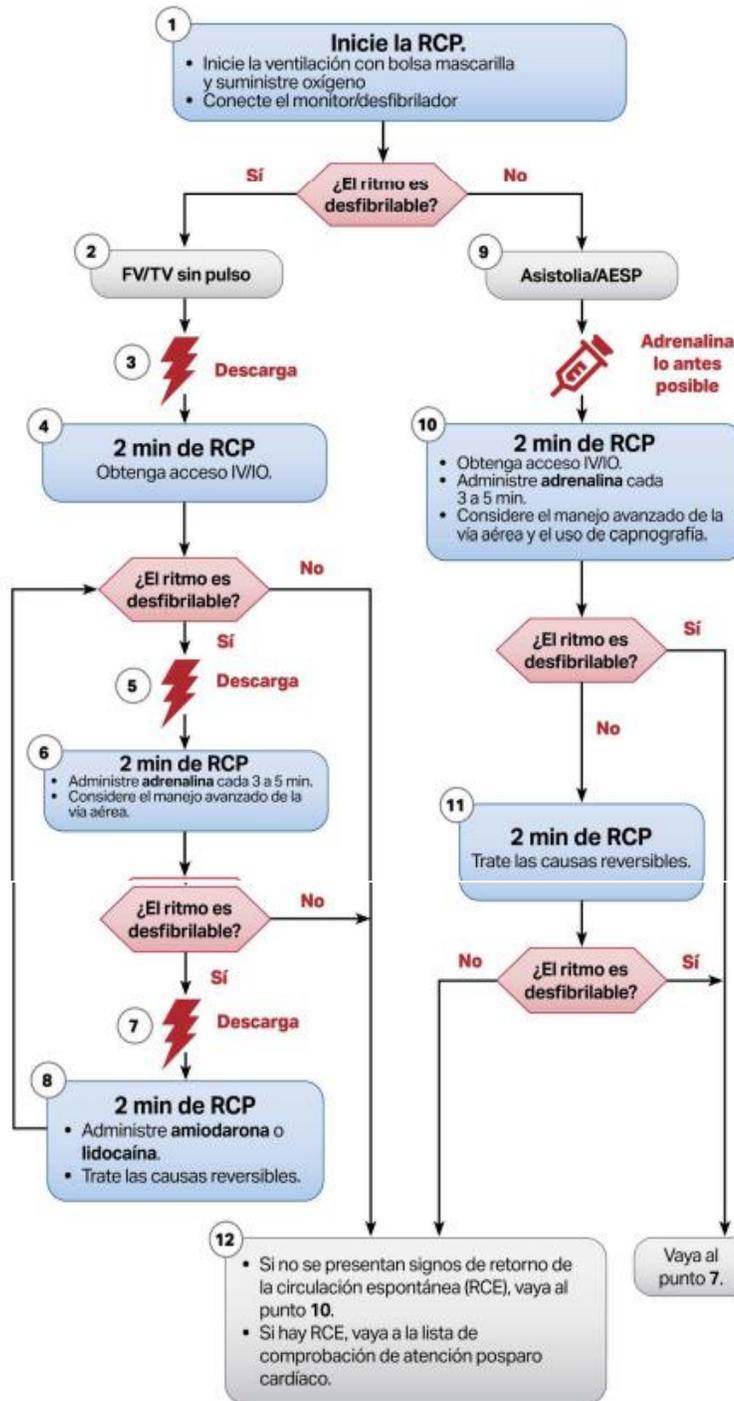
## PCIH



## PCEH



Figura 11. Algoritmo de paro cardíaco pediátrico.



Calidad de la RCP
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprima fuerte (<math>\geq 1/3</math> del diámetro anteroposterior del tórax) y rápido (de 100 a 120/min) y permita una expansión torácica completa.</li> <li>• Reduzca al mínimo las interrupciones entre compresiones.</li> <li>• Cambie al compresor cada 2 minutos o antes, si está cansado.</li> <li>• Si no se cuenta con una vía aérea avanzada, la relación compresión-ventilación debe ser de 15:2.</li> <li>• Si se cuenta con una vía aérea avanzada, realice compresiones continuas y suministre una ventilación cada 2 a 3 segundos.</li> </ul>
Energía de descarga para desfibrilación
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primera descarga 2 Joules/kg</li> <li>• Segunda descarga 4 Joules/kg</li> <li>• Descargas posteriores <math>\geq 4</math> Joules/kg, con un máximo de 10 Joules/kg o la dosis para adultos</li> </ul>
Farmacoterapia
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dosis IV/IO de adrenalina:</b> 0,01 mg/kg (0,1 ml/kg de concentración de 0,1 mg/ml). Dosis máxima de 1 mg. Repita cada 3 a 5 minutos. Si no hay acceso via IV/IO, puede administrar una dosis endotraqueal: 0,1 mg/kg (0,1 ml/kg de concentración de 1 mg/ml).</li> <li>• <b>Dosis IV/IO de amiodarona:</b> bolo de 5 mg/kg durante el paro cardíaco. Se puede repetir hasta 3 dosis totales para la FV refractaria o TV sin pulso, o bien</li> <li>• <b>Dosis IV/IO de lidocaína:</b> Inicial: dosis de carga de 1 mg/kg.</li> </ul>
Manejo avanzado de la vía aérea
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intubación endotraqueal o dispositivo supraglótico para el manejo avanzado de la vía aérea.</li> <li>• Capnometría o capnografía para confirmar y monitorizar la colocación del tubo ET.</li> </ul>
Causas reversibles
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipovolemia</li> <li>• Hipoxia</li> <li>• Hidrogenión (acidosis)</li> <li>• Hipoglucemia</li> <li>• Hipo-/hiperpotasemia</li> <li>• Hipotermia</li> <li>• Tensión, neumotórax (a tensión)</li> <li>• Taponamiento cardíaco</li> <li>• Toxinas</li> <li>• Trombosis pulmonar</li> <li>• Trombosis coronaria</li> </ul>