



NOMBRE DE ALUMNOS: PÉREZ ARA
CLARIBEL

NOMBRE DEL PROFESOR: MARIA DEL
CARMEN LOPEZ

NOMBRE DEL TRABAJO: CUADRO
SINOPTICO.

PASIÓN POR EDUCAR

MATERIA: PRACTICAS PROFECIONALES

GRADO: 9

GRUPO: B

Comitán de Domínguez Chiapas a 10 de julio del 2022.

UNIDAD IV OBSTRUCCION DE LAS VIAS RESPIRATORIA S.

4.1 APOYO VITAL BÁSICO

Es un error muy común en la mayoría de Sociedades ya que, un conocimiento de estas maniobras permite dar más tranquilidad a la persona que está sufriendo una parada cardiorrespiratoria.

Controlar los nervios frente una situación se recomienda iniciarlo lo antes posible, ya que, cada minuto que pasa la victima puede llegar a sufrir más riesgo de muerte.

EL Soporte Vital Básico es el de restablecer las funciones vitales básicas consiguiendo la Oxigenación de los tejidos.

La reanimación cardiopulmonar es una respuesta organizada al paro cardíaco, la iniciación inmediata de maniobras de compresión torácica ininterrumpidas y la desfibrilación temprana cuando es indicada la aplicación correcta de la RCP con las mínimas interrupciones posibles, Consiste en una serie de procedimientos que podemos aplicar a personas víctimas de un paro cardiorrespiratorio.

Mantener su circulación y sus órganos con oxígeno mientras aguardamos la llegada de personal entrenado.

Paro respiratorio: Es la ausencia de movimientos respiratorios (apnea), pero el pulso está presente. Muerte clínica: Apnea más parada cardiaca total.

4.1.1 RCP Básico

Es una maniobra de emergencia. Consiste en aplicar presión rítmica sobre el pecho de una persona que haya sufrido un paro cardiorrespiratorio para que el oxígeno pueda seguir llegando a sus órganos vitales.

Reconocer el problema y pedir ayuda al 112, indicando a los servicios de emergencias la situación de la parada cardiorrespiratoria, además de nuestros datos de localización.

Comprobar el nivel de consciencia y si el paciente respira o no. Realizar RCP. Si entra en parada cardiorrespiratoria se tiene que empezar inmediatamente con el masaje cardiaco, cada minuto que pasa es clave para la recuperación de esa persona, cuando antes se empiece mejor.

Aplicar una desfibrilación precoz en el caso de tener el dispositivo, y seguir con la RCP hasta que venga la ayuda especializada

Se realiza una correcta comprobación del nivel de consciencia con la técnica de SVB nos acercaremos a la víctima tendida en el suelo y colocaremos nuestras manos sobre sus hombros, le gritaremos enérgicamente y lo agitaremos con suavidad, si ante estos estímulos responde nuestra función será la de ofrecer ayuda haciéndole una serie de preguntas, así como, avisando a los servicios de urgencias de ser necesario.

En caso de no hallar respuesta consideraremos la inconsciencia de esta persona, y gritaremos pidiendo ayuda si nos encontramos solos, en un paciente inconsciente una de las causas más comunes de muerte es la caída de la lengua obstruyendo la vía aérea, por lo que deberemos abrirla realizando la maniobra frente-mentón.

4.2 MÉTODO PARA LIBERAR LAS VIAS AÉREAS

En caso de que el paciente respire normalmente: se deberá colocar en posición lateral de seguridad: Evitar la bronca aspiración, mantener abierta la vía aérea, mantener la alineación cabeza, cuello, tronco, mantener la posición evitando que la víctima ruede o se desequilibre, Permitir el desplazamiento del auxiliar de apoyo, retirar objetos que pueden ser lesivos o se debe poner a la victima más de 30 min del mismo lado, se debe vigilar la circulación en el brazo que esté deahn

Cuando no existe una respiración adecuada o la ausencia de la misma: apoye una mano en la frente y con la otra eleve el mentón de la víctima, inclinando la cabeza levemente hacia atrás, dos ventilaciones de rescate sin ejercer demasiada presión contrololando solo el pecho levemente para no producir daño pulmonar 2 ventilaciones cada 30 compresiones durante 5 veces, lo que equivale a 2 minutos de Reanimación.

Tras las 30 compresiones se deben dar 2 insuflaciones boca a boca con el objetivo de oxigenar la sangre y que las células cerebrales no mueran, realiza una inspiración normal, luego sella bien tu boca con la de la persona e insufla el aire suavemente hasta que el pecho se eleve, no más de un segundo no debes soplar mucho ni muy fuerte porque el aire se puede ir hacia el estómago y provocar el vómito.

4.2.1 La obstrucción de vías aéreas por cuerpo extraño

La aspiración o ingesta de cuerpos extraños es una causa muy común de morbimortalidad en niños, especialmente en menores de 2 años. La muerte por asfixia secundaria a aspiración de cuerpos extraños es la cuarta causa más común de muerte accidental. Aunque cualquier persona a cualquier edad está en riesgo de aspirar o ingerir accidentalmente cuerpos extraños, los niños entre los 12 meses y los cinco años de edad, constituyen un grupo de mayor riesgo.

Los cuerpos orgánicos son los más frecuentemente aspirados por lactantes y niños pequeños. Los materiales inorgánicos, especialmente juguetes plásticos, también dulces, clavos, clips, alfileres, baterías, piezas de joyería (aretes, cadenas), vidrios, ganchos, accesorios para el pelo, son frecuentemente aspirados por niños mayores.

La mayoría de cuerpos extraños en niños se localizan los bronquios, los cuerpos extraños en laringe y tráquea son menos frecuentes, cuando se trata de objetos grandes, con bordes afilados o irregulares se alojan con mayor frecuencia en la laringe, en niños menores de 1 año.

La presentación del cuadro clínico son de cuerpos extraños en vía aérea depende de si fue presenciado, la edad del niño, el tipo de objeto aspirado, el tiempo transcurrido desde el evento y la localización del cuerpo extraño, la presentación y el diagnóstico en las primeras 24 horas de la aspiración ocurre aproximadamente en el 50- 75% de los casos en niños con dificultad respiratoria severa, cianosis, estado mental alterado, tienen una verdadera urgencia médica que demanda una detección precoz, soporte vital y remoción del cuerpo extraño mediante broncos copia rígida.

El cuadro clínico de aspiración de cuerpos extraños cursa con tres etapas clínicas que pueden variar en tiempo y severidad. La "Palpada audible", se detecta escuchando de cerca al paciente mientras inspira o tose. 2) El "golpe palpable", es el equivalente al frémito táctil de los soplos cardíacos, en el que al colocar un dedo sobre la tráquea se siente el golpe del cuerpo extraño. 3) La "sibilancia", es una sibilancia audible directamente o con el fonendoscopio a nivel de la tráquea y que casi no se detecta en el tórax.