



Esperanza Pérez Pérez

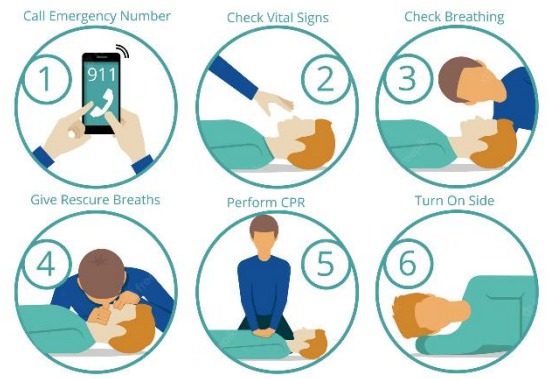
**MAASS. María del Carmen López
Silva.**

- **Unidad IV Obstrucción De Las Vías Respiratorias (4.1 Apoyo Vital Básico, 4.1.1 RCP Básico Y 4.2 Método Para Liberar Las Vías Aéreas).**

Prácticas Profesionales

9° Cuatrimestre

Grupo: B Semiescolarizado



DEFINICIÓN

- Apoyo vital básico — Conjunto de maniobras que permiten identificar si una persona está sufriendo una parada cardiorrespiratoria
- Paro-Cardiorrespiratorio — Cese global de la circulación (actividad mecánica cardíaca) en un individuo en el cual no se debía esperar en ese momento su muerte y se diagnostica por la ausencia de respuesta neurológica (no responde al llamado, no se mueve), no respira y no tiene pulso.
- Paro respiratorio — Ausencia de movimientos respiratorios (apnea), pero el pulso esta presente
- Muerte clínica — Apnea más parada cardiaca total.
- Muerte cardiaca — Para establecer esta condición es necesario detectar una asistolia eléctrica intratable (línea plana) durante por lo menos 30 minutos a pesar de una reanimación avanzada y un tratamiento avanzado óptimos.
- Muerte cerebral — Tiene criterios clínicos, electroencefalográficos, etc.

OBJETIVO — Reestablecer las funciones vitales básicas consiguiendo la oxigenación de los tejidos.

CAUSAS MÁS COMUNES

- Fibrilación ventricular
- Choque eléctrico accidental
- Ahogamiento
- Sobredosis de droga
- Asfisia
- Reacción alérgica severa
- Traumatisms
- Accidente cerebro vascular
- En el adulto — Causa por problemas previas del corazón



Soporte Vital Básico consta de cinco eslabones

1. 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.
2. Comprobar el nivel de consciencia y si el paciente respira o no.
3. 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 empieza mejor.
4. El cuarto eslabón es aplicar una desfibrilación precoz en el caso de tener el dispositivo.
5. La quinta pauta es seguir con la RCP hasta que venga la ayuda especializada para que sustituyan.

DATOS DE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)

- 1.-Verifique las condiciones del lugar — Verificar y observar que el lugar y las condiciones donde se encuentra la víctima sean seguros para usted y para ella.
 - Valorar signos vitales
 - Rspiracion
 - Movimientos
 - Pulso
- 2.- comprobar la respiración: ver, oír y sentir
 - Si el lugar es seguro se aconseja no trasladar a la víctima
 - Tóquela en los hombros con energía (sin sacudirla) y pregúntele si se encuentran bien, con voz energética, en ambos oídos.
 - Observe si tiene movimientos respiratorios (estos deben manifestarse en no más de 10 segundos).
 - Si no responde verbalmente ni con ningún tipo de movimiento, pida ayuda:
 - Solicite a una persona específica que llame al servicio de emergencias y Permanezca junto a la víctima para comenzar la RCP.
 - A partir de ahora debemos tener en cuenta tres primeras letras del abecedario — Que guiarán en su accionar y le permitirán actuar con seguridad. — C (compresiones) / A (Abrir vía aérea) / B (Buena Ventilación)
- 3.-Valore el nivel de consciencia de la víctima. Compruebe que la víctima responda.

4.1.1 RCP BÁSICO

4.- Comenzar con RCP

- Comience con la RCP básica recordando siempre el C - A - B.
- Una vez que comprobó el estado de consciencia y activó el sistema deEmergencia, ubique correctamente a la víctima (de frente y sobre una superficie plana y dura.
- Inmediatamente comience con las compresiones torácicas.
- Proteja el cuello durante la maniobra.

Despéjale la zona del pecho, que se vea la piel.

- Ubique el reborde de las costillas y llegue hasta la cruz de referencia(punta del esternón), luego ubique sus manos en el centro del pecho, entrelácelas para evitar tocar las costillas.
- Debe apoyar sólo el talón de la mano y comenzar las compresiones suavemente hasta conocer la resistencia del pecho.
- Solamente debe tocar el talón de una mano ya que cuanto menos superficie haya apoyada mayor será la presión que puedas realizar.
- Ayúdate de la mano superior para traccionar de los dedos de la de abajo y así forzar la mano para que solo apoye el talón.
- Si llevas reloj, pulseras... es mejor que te las quites. No es una posición cómoda.
- Extiende los brazos completamente y manténlos rígidos, con hombros y codos bloqueados. La fuerza de las compresiones debe provenir del movimiento del torso desde la cadera no de los brazos. — Colócalos perpendiculares al pecho de la persona para poderaprovechar todo el peso del cuerpo.
- El pecho debe bajar unos 5-6 cm.
- Comprimir a una frecuencia de 30 veces con duración de 18 a 22s., por ciclo, con frecuencia de 100 por minuto no excediendo las 120 compresiones.
- Se estima que hay que realizar 40 kilos de fuerza para bajar ladistancia necesaria en un adulto de 70 kilos.
- Debes permitir que el pecho vuelva a subir para que el corazón se descomprima y vuelva a llenarse de sangre
- Una vez finalizadas las 30 compresiones abra la vía aérea y administre dos ventilaciones de rescate, en caso de no poder realizarlas, continúe con las compresiones torácicas únicamente hasta la llegada del sistema de emergencia
- Tras una reanimación larga puede que alguna costilla se rompa, sería un daño justificado. En primeros auxilios prima la vida a las lesiones.

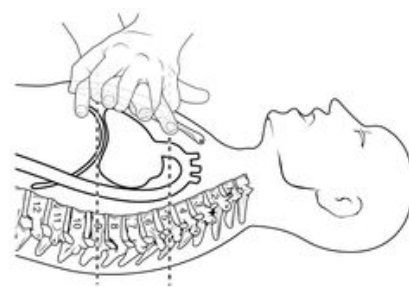
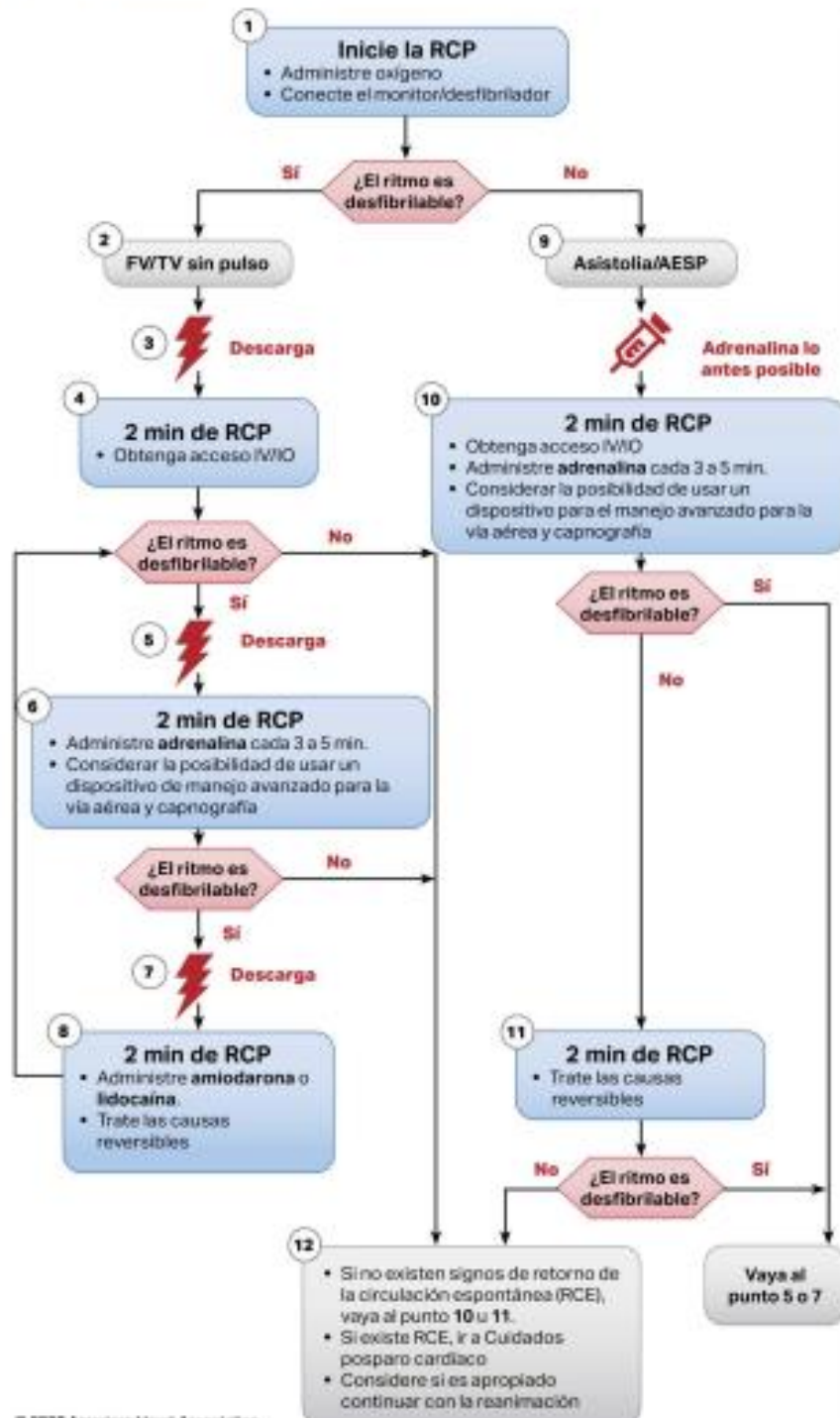
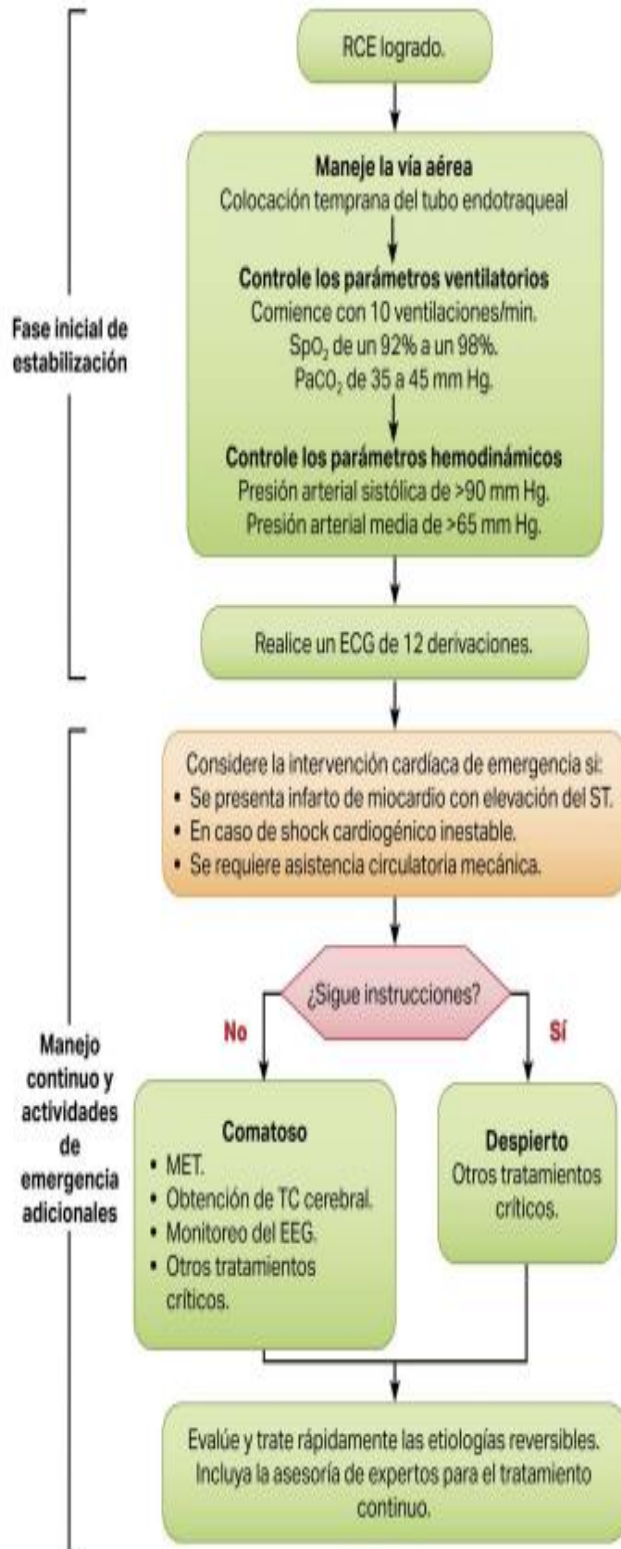


Figura 4. Algoritmo de paro cardíaco en adultos.



Calidad de la RCP
<ul style="list-style-type: none"> • Comprime 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 <ul style="list-style-type: none"> – Si la PCTCO₂ es baja o está en disminución, vuelva a evaluar la calidad de la RCP.
Energía de descarga para desfibrilación
<ul style="list-style-type: none"> • 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
<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Dosis IV/IO de lidocaina: 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
<ul style="list-style-type: none"> • 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)
<ul style="list-style-type: none"> • Pulso y presión arterial • Aumento repentino y sostenido de la PCTCO₂ (normalmente de >40 mm Hg). • Ondas espontáneas de presión arterial con monitoreo intraarterial
Causas reversibles
<ul style="list-style-type: none"> • Hipovolemia • Hipoxia • Hipoxión (acidosis) • Hipo-/hiperpotasemia • Hipotermia • Tensión, neumotórax • Taponamiento cardíaco • Toxinas • Trombosis pulmonar

Acti
Ve a t



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 FIO₂ para la SpO₂ en un 92% a un 98%; comience con 10 ventilaciones/min. Ajuste a una PaCO₂ 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.

UNIDAD IV OBSTRUCCIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS

4.2 MÉTODO PARA LIBERAR LAS VÍAS AÉREAS

A.- (abrir la vía aérea)

En caso de que el paciente respire normalmente: se deberá colocar en posición lateral de seguridad;

- Evitar la bronco 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 (ej. Gafas)
- No se debe poner a la víctima más de 30 min del mismo lado
- Se debe vigilar la circulación en el brazo que esté debajo.

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.

Administre dos ventilaciones de rescate sin ejercer demasiada presión (debe realizarlo suavemente, sólo controle que el pecho se eleve levemente para no producir daño pulmonar). aquí en más, alternando 2 ventilaciones cada 30 compresiones durante 5 veces (ciclos), lo que equivale a 2 minutos de Reanimación.

B.- (buena ventilación)

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.

Realización de las ventilaciones

- Las insuflaciones o ventilaciones las debes hacer a la vez que realizas la maniobra frente-mentón (para abrir las vías aéreas), pinzando la nariz (para que el aire insuflado no se escape por ella) y mirando hacia el pecho (para ver que se eleva).
- 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).
- Retira la boca para dejar salir el aire y comprueba que el pecho baja.
- Vuelve a realizar otra ventilación. No deben trascurrir más de 10 segundos antes de iniciar de nuevo el masaje.
- Si el pecho se eleva, las ventilaciones están siendo efectivas. Si no se eleva puede que no estés realizando bien la maniobra o que las vías estén obstruidas.
- Fíjarse si hay algún objeto en la boca y si lo hubiera y puedes sácalo.
- Si sigue sin entrar aire no des más ventilaciones, solo se deben realizar dos intentos de ventilación e inmediatamente continuar con el masaje cardíaco.



BIBLIOGRAFÍA

- UDS. (s.f.). PRACTICAS PROFESIONALES. Comitán, Chiapas , México.
- Association, A. H. (2020). ASPECTOS DESTACADOS PARA RCP Y ACE. DALLAS, TEXAS , EE.UU.