



**Mi Universidad**

Nombre del Alumno: ELDHA MADAI VAZQUEZ HERNANDEZ

Nombre del tema: RCP AVANZADO

Nombre de la Materia: Enfermería en Urgencias y Desastres

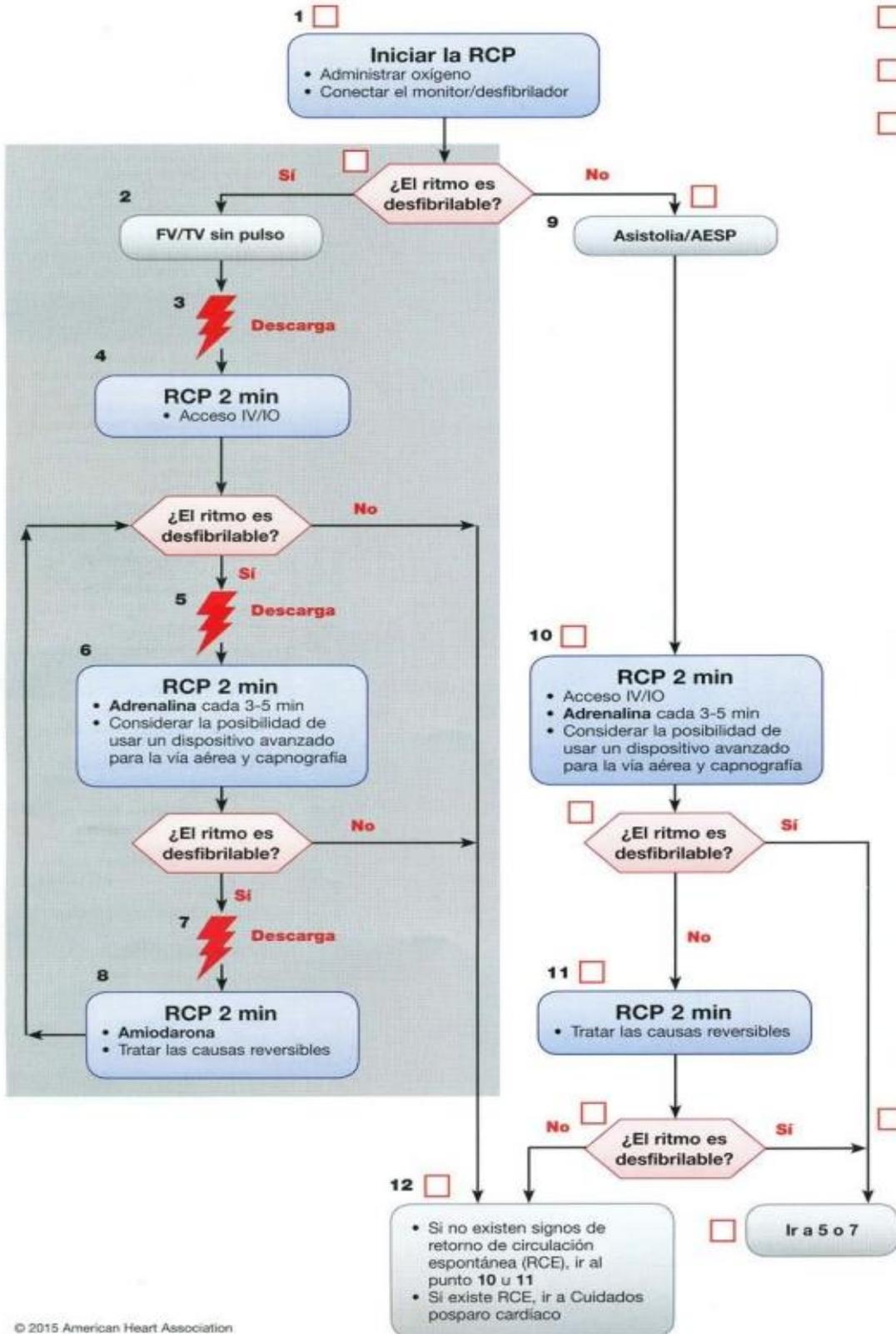
Nombre del profesor: MARCOS JHODANY ARGUELLO GALVEZ

Cuatrimestre: 7 CUATRIMESTRE

Grupo: (A) ESCOLARIZADO

# Lista de comprobación de los módulos de aprendizaje de AESP/asistolia en paro cardíaco

Algoritmo de paro cardíaco en adultos: Actualización de 2015



<b>Calidad de la RCP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprimir fuerte (al menos 5 cm) y rápido (100-120 cpm), y permitir una expansión torácica completa.</li> <li>Reducir al mínimo las interrupciones en las compresiones.</li> <li>Evitar una ventilación excesiva.</li> <li>Cambiar al compresor cada 2 minutos o antes si está cansado.</li> <li>Si no se usa dispositivo avanzado para la vía aérea, relación compresión-ventilación de 30:2.</li> <li>Capnografía cuantitativa               <ul style="list-style-type: none"> <li>Si PETCO<sub>2</sub> &lt; 10 mm Hg, intentar mejorar la calidad de la RCP.</li> </ul> </li> <li>Presión intrarterial               <ul style="list-style-type: none"> <li>Si la presión en fase de relajación (diastólica) &lt; 20 mm Hg, intentar mejorar la calidad de la RCP.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Energía de descarga para desfibrilación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Bifásica:</b> Recomendación del fabricante (p. ej., dosis inicial de 120-200 J); si se desconoce, usar el valor máximo disponible. La segunda descarga y las posteriores deben ser equivalentes y puede considerarse la administración de valores superiores.</li> <li><b>Monofásica:</b> 360 J</li> </ul>
<b>Tratamiento farmacológico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Dosis IV/IO de adrenalina:</b> 1 mg cada 3-5 minutos</li> <li><b>Dosis IV/IO de amiodarona:</b> Primera dosis: Bolo de 300 mg. Segunda dosis: 150 mg.</li> </ul>
<b>Dispositivo avanzado para la vía aérea</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intubación endotraqueal o dispositivo supraglótico avanzado para la vía aérea</li> <li>Capnografía o capnometría para confirmar y monitorizar la colocación del tubo ET</li> <li>Una vez colocado el dispositivo avanzado para la vía aérea, administrar 1 ventilación cada 8 segundos (10 ventilaciones por minuto) con compresiones torácicas continuas</li> </ul>
<b>Retorno de la circulación espontánea (RCE)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pulso y presión arterial</li> <li>Aumento abrupto sostenido en PETCO<sub>2</sub> (generalmente ≥ 40 mm Hg)</li> <li>Ondas de presión arterial espontánea con monitorización intrarterial</li> </ul>
<b>Causas reversibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hipovolemia</li> <li>Hipovolemia</li> <li>Hidrogenión (acidosis)</li> <li>Hipo-/hiperpotasemia</li> <li>Hipotermia</li> <li>Neumotórax a tensión</li> <li>Taponamiento, cardíaco</li> <li>Toxinas</li> <li>Trombosis, pulmonar</li> <li>Trombosis, coronaria</li> </ul>

© 2015 American Heart Association

## Bibliografía

Association, A. H. (2015). *Soporte vital cardio vascular avanzado*. Recuperado el 14 de octubre de 2023, de [file:///C:/Users/User/Documents/Soporte%20Vital%20Cardiovascular%20Avanzado\\_book\\_smedicos.org.pdf](file:///C:/Users/User/Documents/Soporte%20Vital%20Cardiovascular%20Avanzado_book_smedicos.org.pdf)