



Mi Universidad

Nombre del alumno: Ana Belen Gómez Álvarez

Parcial: 2do parcial

Nombre de la materia: Enfermería en urgencias y desastres

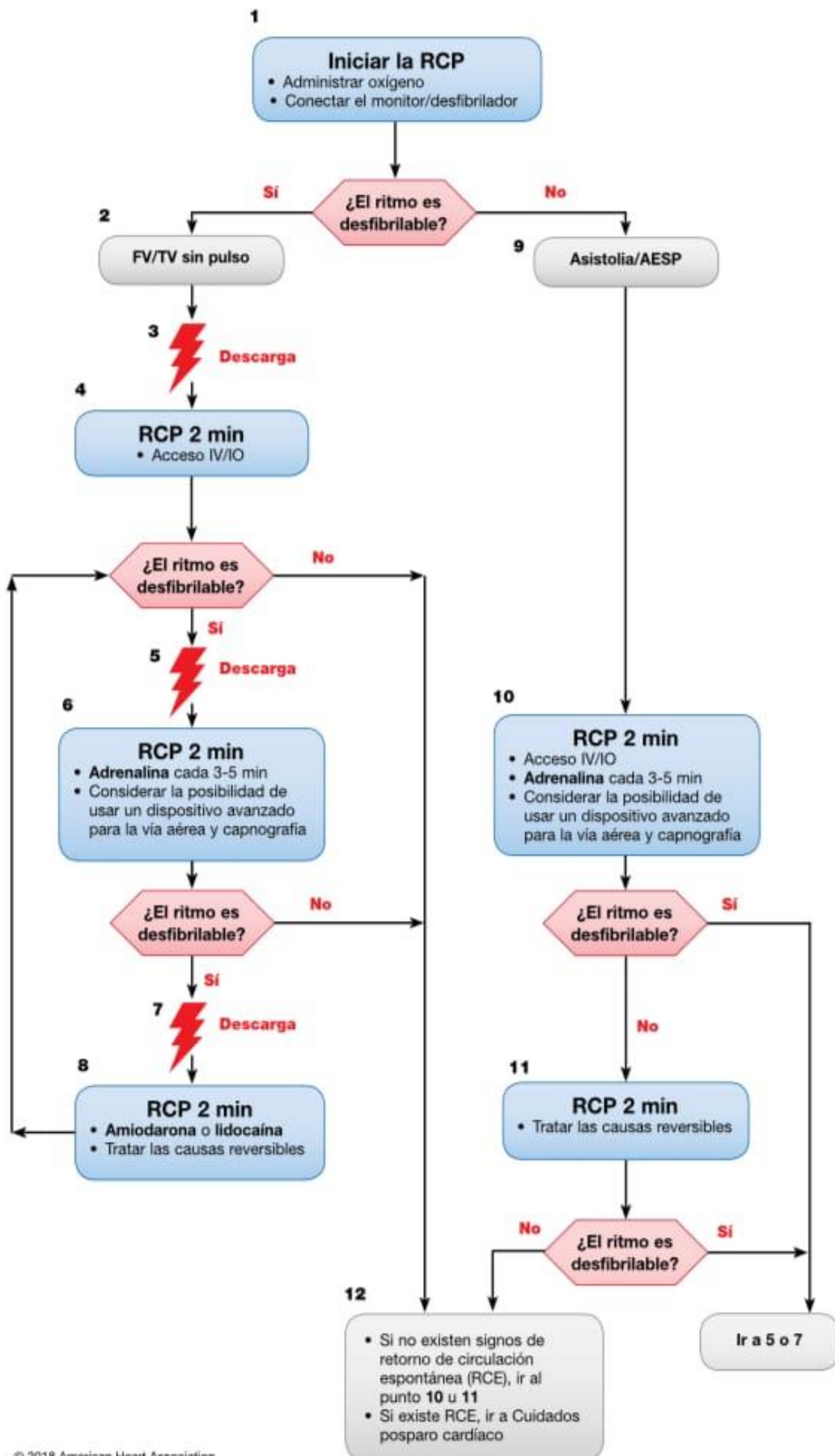
Nombre del profesor: Marcos Jhodany Arguello Gálvez

Nombre de la licenciatura: Lic. En Enfermería

Cuatrimestre: 7 "B"

Lugar y fecha: Comitán de Domínguez Chiapas, octubre de 2024

Algoritmo de paro cardíaco en adultos: Actualización de 2018



Calidad de la RCP
<ul style="list-style-type: none"> Comprimir fuerte (al menos 5 cm) y rápido (100-120 cpm), y permitir una expansión torácica completa. Reducir al mínimo las interrupciones en las compresiones. Evitar una ventilación excesiva. Cambiar al compresor cada 2 minutos o antes si está cansado. Si no se usa dispositivo avanzado para la vía aérea, relación compresión-ventilación de 30:2. Capnografía cuantitativa <ul style="list-style-type: none"> Si PETCO₂ < 10 mm Hg, intentar mejorar la calidad de la RCP. Presión intrarterial <ul style="list-style-type: none"> Si la presión en fase de relajación (diastólica) < 20 mm Hg, intentar mejorar la calidad de la RCP.
Energía de descarga para desfibrilación
<ul style="list-style-type: none"> Bifásica: 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. Monofásica: 360 J
Tratamiento farmacológico
<ul style="list-style-type: none"> Dosis IV/IO de adrenalina: 1 mg cada 3-5 minutos Dosis IV/IO de amiodarona: Primera dosis: Bolo de 300 mg. Segunda dosis: 150 mg. -O- Lidocaína, dosis IV/IO: Primera dosis: 1-1,5 mg/kg. Segunda dosis: 0,5-0,75 mg/kg.
Dispositivo avanzado para la vía aérea
<ul style="list-style-type: none"> Intubación endotraqueal o dispositivo supraglótico avanzado para la vía aérea Capnografía o capnometría para confirmar y monitorizar la colocación del tubo ET Una vez colocado el dispositivo avanzado para la vía aérea, administrar 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 abrupto sostenido en PETCO₂ (generalmente ≥ 40 mm Hg) Ondas de presión arterial espontánea con monitorización intrarterial
Causas reversibles
<ul style="list-style-type: none"> Hipovolemia Hipoxia Hidrogenión (acidosis) Hipo-/hiperpotasemia Hipotermia Neumotórax a tensión Taponamiento, cardíaco Toxinas Trombosis, pulmonar Trombosis, coronaria