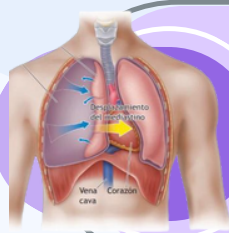




CAUSAS REVERSIBLES DE PARADA CARDIORRESPIRATORIA

H's y T's

TENSIÓN: NEUMOTÓRAX



- Frecuente en contexto de traumatismo.
- **Lado afectado:** Disminución de la ampliación y amplexación, timpánico a la percusión, disminución de los ruidos respiratorios.
- **Datos de choque obstructivo**
- Dx: Rx de torax, USG: ausencia de sliding pleural, signo de punto pulmonar, signo de código de barras en modo M.
- Tx: punción descompresiva (5° EIC LAA) o SIP.

- Frecuente en contexto de traumatismo.
- Dx diferencial con neumotórax a tensión: ruidos respiratorios presentes, matidez en pericardio y ruidos cardíacos velados.
- **Datos de choque obstructivo.**
- Dx: USG: presencia de líquido libre en pericardio, generalmente con colapso diastólico de AD y/o VD. Ritmo de paro: AESP
- Tx: Pericardiocentesis ecoguiada con aguja 16-18 Fr, posterior toracotomía.



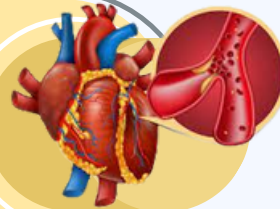
TAPONAMIENTO CARDIACO

TOXINAS



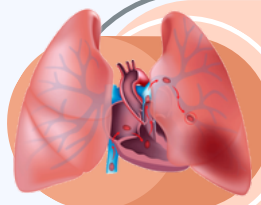
- Equipo de protección personal ante riesgo de contaminación.
- Descontaminación del paciente.
- Inicio de la RCP: el algoritmo es igual que en un paciente convencional.
- **Terapias de eliminación:** carbon activado, lavado gástrico, hemodiálisis, etc.
- **Antidoto si está indicado.**
- Consultar al toxicólogo local ó centro toxicológico vía telefónica.

- Dx: dolor precordial previo, enfermedad coronaria conocida, ritmo inicial de paro: FV o TV sin pulso, EKG posterior a RCE con elevación del ST.
- **Manejo en IAMCEST:**
- RCE: ICP primaria si <120 min, en su defecto, trombólisis+ ICP farmacoinvasiva.
- **SIN RCE:** Considerar traslado a unidad con ICP con dispositivo compresor mecánico



TROMBOSIS CORONARIA

TROMBOSIS PULMONAR



- Dx: factores de riesgo, clínica, USG: dilatación de VD, signo de McConell, trombo visible en corazón derecho, usg de compresión en miembros pélvicos con presencia de trombo.
- Ritmo de paro: AESP.
- Tx: Trombólisis 50 mg de alteplasa en bolo y repetir la dosis después de 15 minutos. Continúe la RCP hasta por 60-90 min, considere dispositivo mecánico.

- Dx: electrolitos séricos. Alta sospecha en pacientes renales.
- **Hiperkalemia:** gluconato de calcio 15-30 ml al 10% IV (estabilizador de membrana) + medidas antikalémicas.
- **Hipokalemia:** reposición con cloruro de potasio y considerar sulfato de magnesio.

19
K
Potassium
39.098

HIPER/HIPO KALEMIA

HIPOXIA



- La hipoxemia es una consecuencia de la asfixia, que representa la mayoría de las causas no cardíacas de PCR.
- Dx: gasometría arterial, SO₂ baja, clínicamente con esfuerzo respiratorio.
- Ritmo de paro: AESP.
- Tx: Tratar la causa de la hipoxia. Adecuada ventilación y oxigenación.

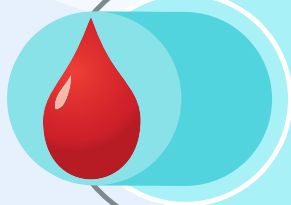
Temperatura central <35.0°C.

Manejo:
Retirar las prendas mojadas, recalentamiento con líquidos IV tibios. No se considera muerto hasta que presente signos evidentes de muerte-



HIPOTERMIA

HIPOVOLEMIA



- Puede ser de causa hemorrágica o no hemorrágica.
- Dx: politrauma USG FAST, evidencia de hemorragia: hematemesis, melenas, hemorragia exsanguinante.
- Ritmo de paro: AESP.
- Tx: infusión rápida de cristaloides y hemoderivados tibios. Tratar la causa.

- Puede ser respiratoria ó metabólica, ambas pueden causa PCR si son severas.
- **Manejo:**
- **Respiratoria:** ventilar de manera optima.
- **Metabólica:** considerar bolo de bicarbonato de sodio 1-2 mEq/kg.

1
H
Hydrogen
1.0078

HIDROGE NIONES

ELABORADO POR: KARLA MUÑIZ Y SERGIO TOPETE R1 UMQ

Referencias: European Resuscitation Council Guidelines 2021: Cardiac arrest in special circumstances. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.011>