



Nombre de alumnos: Marina García Morales

Nombre de la profesora: María del Carmen López

Materia: Practicas Profesionales

Grado: 9° cuatrimestre

Grupo: A

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez, Chiapas; julio de 2022.

OBSTRUCCION DE LAS VIAS RESPIRATORIAS.

Soporte vital básico y avanzado para adultos	Resumen de los aspectos clave y los principales cambios realizados	El 1,2% de los adultos ingresados en hospitales en los EE. UU. sufre un paro cardíaco intrahospitalario (PCH). Los resultados clínicos de los PCH son significativamente mejores que los de los PCEH, y continúan mejorando.	Entre los principales cambios se incluyen los siguientes: . Las ayudas visuales y los algoritmos mejorados ofrecen una guía fácil de recordar para situaciones de reanimación de SVB y SVCA. . Se ha vuelto a enfatizar la importancia del inicio temprano de RCP por parte de reanimadores legos. . Se han reafirmado recomendaciones previas sobre la administración de adrenalina, con énfasis en la administración temprana de adrenalina. . Se sugiere el uso de retroalimentación audiovisual en tiempo real como medio para mantener la calidad de la RCP. . Medir continuamente la presión arterial y el dióxido de carbono al final de la espiración (ETC2) durante la reanimación avanzada puede ser útil para mejorar la calidad de la RCP. . Según la evidencia más reciente, no se recomienda el uso rutinario de la desfibrilación secuencial doble. . El acceso intravenoso (IV) es la vía preferida para la administración del medicamento durante la reanimación avanzada. . La atención del paciente después del retorno de la circulación espontánea (RCE) requiere especial atención a la oxigenación, control de la presión arterial, evaluación de la intervención.
	Algoritmos y ayudas visuales	El grupo de redacción revisó todos los algoritmos y realizó mejoras enfocadas en las ayudas visuales para el entrenamiento a fin de garantizar su utilidad como herramientas en el lugar de atención y reflejar la ciencia más reciente.	Entre los principales cambios en los algoritmos y en otras ayudas de desempeño se incluyen los siguientes: . Se agregó un sexto eslabón, Recuperación, a las cadenas de supervivencia del PCH y PCEH. . Se modificó el algoritmo universal de paro cardíaco en adultos a fin de enfatizar el papel de la administración temprana de adrenalina en pacientes con ritmos no desfibrilables. . Se agregaron dos nuevos algoritmos de emergencia asociada al consumo de opiáceos para reanimadores legos y reanimadores entrenados. . El algoritmo de atención posparo cardíaco se actualizó para enfatizar la necesidad de evitar hiperoxia, hipoxemia e hipotensión. . Se agregó un nuevo diagrama para guiar e informar el neuropronóstico. . Se agregó un nuevo algoritmo de paro cardíaco en el embarazo para abordar estos casos especiales.
Soporte vital básico y avanzado pediátrico	Resumen de los aspectos clave y los principales cambios realizados	A pesar del aumento en la supervivencia y de las tasas comparativamente mejores de buen resultado neurológico del paro cardíaco intrahospitalario pediátrico, las tasas de supervivencia del paro pediátrico extra hospitalario siguen siendo bajas, particularmente en los lactantes.	. Se revisaron algoritmos y ayudas visuales para incorporar la mejor ciencia y mejorar la claridad de los profesionales encargados del soporte vital básico y avanzado pediátrico. . En función de los datos recientemente disponibles de las reanimaciones pediátricas, la frecuencia de ventilación asistida recomendada se incrementó a 1 ventilación cada 2 a 3 segundos (20-30 ventilaciones por minuto) para todas las situaciones de reanimación pediátrica. . Se recomienda usar tubos endotraqueales con balón para reducir la fuga de aire y la necesidad de intercambiar tubos en pacientes de cualquier edad que requieran intubación. . Ya no se recomienda el uso rutinario de presión crioidea durante la intubación. . Para lograr los mejores resultados en una reanimación, se debe administrar adrenalina tan pronto como sea posible, idealmente en un plazo de 5 minutos a partir del inicio del paro cardíaco con un ritmo no desfibrilable (asistolia y actividad eléctrica sin pulso).
	Algoritmos y ayudas visuales	El grupo de redacción actualizó todos los algoritmos para reflejar la ciencia más reciente e implementó varios cambios importantes para mejorar el entrenamiento visual y los auxiliares de rendimiento:	. Se creó una nueva cadena de supervivencia pediátrica para PCH en lactantes, niños y adolescentes. . Se agregó un sexto eslabón, Recuperación, a la cadena de supervivencia pediátrica para PCEH, y también se incluye en la nueva cadena de supervivencia pediátrica para PCH. . Se actualizó el algoritmo de paro cardíaco pediátrico y el algoritmo de bradicardia pediátrica con pulso para reflejar la ciencia más reciente. . El algoritmo único de taquicardia pediátrica con pulso ahora cubre tanto taquicardias de complejo estrecho como ancho. . Se agregaron dos nuevos algoritmos de emergencia asociada al consumo de opiáceos tanto para reanimadores legos como aquellos entrenados. . Se proporciona una nueva lista de comprobación para la atención posparo cardíaco pediátrico.
Soporte vital neonatal	Resumen de los aspectos clave y los principales cambios realizados	A pesar del aumento en la supervivencia y de las tasas comparativamente mejores de buen resultado neurológico del paro cardíaco intrahospitalario pediátrico, las tasas de supervivencia del paro pediátrico extrahospitalario siguen siendo bajas, particularmente en los lactantes.	. Se revisaron algoritmos y ayudas visuales para incorporar la mejor ciencia y mejorar la claridad de los profesionales encargados del soporte vital básico y avanzado pediátrico. . En función de los datos recientemente disponibles de las reanimaciones pediátricas, la frecuencia de ventilación asistida recomendada se incrementó a 1 ventilación cada 2 a 3 segundos (20-30 ventilaciones por minuto) para todas las situaciones de reanimación pediátrica. . Se recomienda usar tubos endotraqueales con balón para reducir la fuga de aire y la necesidad de intercambiar tubos en pacientes de cualquier edad que requieran intubación. . Ya no se recomienda el uso rutinario de presión crioidea durante la intubación.
	Algoritmos y ayudas visuales	El grupo de redacción actualizó todos los algoritmos para reflejar la ciencia más reciente e implementó varios cambios importantes para mejorar el entrenamiento visual y los auxiliares de rendimiento:	. Se creó una nueva cadena de supervivencia pediátrica para PCH en lactantes, niños y adolescentes. . Se agregó un sexto eslabón, Recuperación, a la cadena de supervivencia pediátrica para PCEH, y también se incluye en la nueva cadena de supervivencia pediátrica para PCH. . Se actualizó el algoritmo de paro cardíaco pediátrico y el algoritmo de bradicardia pediátrica con pulso para reflejar la ciencia más reciente. . El algoritmo único de taquicardia pediátrica con pulso ahora cubre tanto taquicardias de complejo estrecho como ancho. . Se agregaron dos nuevos algoritmos de emergencia asociada al consumo de opiáceos tanto para reanimadores legos como aquellos entrenados.
Ciencia de la educación para la reanimación	Resumen de los aspectos clave y los principales cambios realizados	Se debe agregar el entrenamiento de refuerzo (es decir, sesiones breves de entrenamiento de repaso) al aprendizaje en grupo (es decir, cursos tradicionales) para facilitar la retención de las habilidades de RCP. Siempre que los estudiantes puedan asistir a todas las sesiones, es preferible separar el entrenamiento en varias sesiones (es decir, aprendizaje espaciado) al aprendizaje masivo. Para las personas sin experiencia médica, se recomienda el autoaprendizaje, ya sea en forma individual o en combinación con un entrenamiento dirigido por un instructor, para mejorar la disposición y la capacidad para realizar RCP. Un mayor uso del autoaprendizaje puede eliminar un obstáculo para un entrenamiento más generalizado de personas que pueden realizar RCP. Los niños de la escuela media y secundaria deben estar entrenados para proporcionar RCP de alta calidad.	
	Algoritmos y ayudas visuales	El entrenamiento de testigos presenciales en RCP debe dirigirse a poblaciones socioeconómicas, raciales y étnicas específicas que históricamente han mostrado tasas más bajas de RCP realizada por un testigo presencial. El entrenamiento en RCP debe abordar las barreras relacionadas con el género para mejorar las tasas de RCP realizadas por un testigo presencial en mujeres.	
Sistemas de atención	Resumen de los aspectos clave y los principales cambios realizados	La recuperación continúa mucho después de la hospitalización inicial y es un componente fundamental de las cadenas de supervivencia. Los esfuerzos para apoyar la capacidad y disposición de los miembros del público en general para realizar RCP y usar un DEA mejoran los resultados de reanimación en las comunidades. Los nuevos métodos para utilizar la tecnología de teléfonos celulares a fin de alertar a los legos entrenados acerca de eventos que requieren RCP son prometedores y merecen más estudio. Los telecomunicadores del sistema de emergencia pueden instruir a testigos presenciales para que realicen RCP usando solo las manos en adultos y niños. La estrategia "No-No-Actúe".	
	Algoritmos y ayudas visuales	Es razonable que las organizaciones que tratan pacientes con paro cardíaco recopilen resultados y datos de procesos de atención médica. Por qué: Muchas industrias, incluida la atención de la salud, recopilan y evalúan datos de desempeño para medir la calidad e identificar oportunidades de mejora. Esto se puede hacer a nivel local, regional o nacional mediante la participación en registros de datos que recopilan información sobre los procesos de la atención (p. ej., datos de rendimiento de RCP, tiempos de desfibrilación, adhesión a las guías) los resultados de la atención (p. ej., RCE, supervivencia) asociados con el paro cardíaco.	

Bibliografía.

Aspectos destacados para RCP y ACE. American Heart Association. Págs. 001-036. © 2020 American Heart Association JN-1090