



Nombre del alumno(a): Blanca Araceli Pérez Pérez

Nombre del profesor(a): María del Carmen López Silba

Nombre del trabajo: Cuadro Sinóptico

Materia: Practicas Profesionales

Grado: 9° cuatrimestre

Grupo: B Enfermería

Soporte Vital Básico y Avanzado Para Adultos

Inicie la RCP

- Administre oxígeno
- Conecta el motor/ desfibrilador

El ritmo es desfibrilable

FV/TV sin pulso. Descarga: 2 min de RCP - Obtenga acceso IV/IO

Descarga: 2 min de RCP - Administre adrenalina cada 3 a 5 min.

- Considerar la posibilidad de usar un dispositivo de manejo avanzado para la vía aérea y capnografía.

Descarga: 2 min de RCP - Administre amiodarona o lidocaína

- Trate las causas reversibles.

El ritmo no es desfibrilable

Asistolia/ AESP Adrenalina lo antes posible 2 min de RCP

- Obtenga acceso IV/IO

- Administre adrenalina cada 3 a 5 min

- Considerar la posibilidad de usar un dispositivo para el manejo avanzado para la vía aérea y capnografía.

2 min de RCP

- Trate las causas reversibles

➤ si no existen signos de retorno de la circulación espontánea (RCE). Vuelva a los siguientes pasos. 2 min de RCP

- Obtenga acceso IV/IO

- Administre adrenalina cada 3 a 5 min

- Considerar la posibilidad de usar un dispositivo para el manejo avanzado para la vía aérea y capnografía.

➤ Si existe RCE, ir a cuidados posparo cardíaco

➤ Considere si es apropiado continuar con la reanimación.

Calidad de la RCP

- Comprima 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 comprensiones
- Evite una ventilación excesiva
- Cambie de compresor cada 2 min, 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
Si la PETCO₂ es baja o está en disminución, vuelva a evaluar la calidad de la RCP.

Soporte Vital Básico y Avanzado Pediátrico

Inicie la RCP

- Inicie la ventilación con bolsa Mascarilla y suministre oxígeno
- Conecte el monitor/desfibrilador

El ritmo es desfibrilable

FV/TV sin pulso
Descarga: 2 min de RCP Obtenga acceso IV/IO

Descarga: 2 min de RCP

- Administre adrenalina cada 3 a 5 min
- Considere el manejo avanzado de la vía aérea

Descarga: 2 min de RCP

- Administre amiodarona o lidocaína
- Trate las causas reversibles

El ritmo no es desfibrilable

Asistolia/AESP

Adrenalina lo antes posible

2 min de RCP

- Obtenga acceso IV/IO
- Administre adrenalina cada 3 a 5 min
- Considere el manejo avanzado de la vía aérea y el uso de capnografía.

2 min de RCP

Trate las causas reversibles

- Si no presentan signos de retorno de la circulación espontánea (RCE), vuelva al punto

2 min de RCP

- Obtenga acceso IV/IO
- Administre adrenalina cada 3 a 5 min
- Considere el manejo avanzado de la vía aérea y el uso de capnografía.

- Si hay RCE, vaya a la lista de comprobación de atención posparo cardíaco.

- Comprima fuerte (2/3 del diámetro anteroposterior del tórax) y rápido [de 100 a 120/min] y permita una expansión torácica completa.

- Reduzca al mínimo las interrupciones entre compresiones
- Cambie al compresor cada 2 min o antes, si está cansado.

- Si no se cuenta con una vía aérea avanzada, la relación compresión ventilación debe ser de 15:2.

- Si se cuenta con una vía aérea avanzada, realice compresiones continuas y suministre una ventilación cada 2 a 3 segundos.

La reanimación para recién nacidos requieren anticipación y preparación por parte de proveedores que se entrenan individualmente y como equipos.

La mayoría de los recién nacidos no requieren pinzamiento del cordón inmediato o reanimación y se puede evaluar y controlar durante el contacto piel a piel con sus madres después del nacimiento.

La prevención de la hipotermia es un punto importante para la reanimación neonatal. La importancia del contacto piel a piel en los recién nacidos sanos está reforzado como un medio para promover la vinculación parental, el amamantamiento y la normotermia.

La insuflación y la ventilación de los pulmones son la prioridad en los recién nacidos que necesitan soporte después del nacimiento.

Un aumento en la frecuencia cardíaca es el indicador más importante de la ventilación efectiva y la respuesta a intervenciones de reanimación

La pulsioximetría se utiliza para guiar la terapia con oxígeno y cumplir los objetivos de saturación de oxígeno

Soporte Vital Neonatal

No se recomienda la aspiración endotraqueal de rutina para lactantes vigorosos o no que nacen con líquido amniótico tenido con meconio (LATM). La aspiración endotraqueal se indica solo si se sospecha una obstrucción de la vía aérea después de proporcionar ventilación con presión positiva (VPP).

Las compresiones torácicas se proporcionan si hay una respuesta deficiente de la frecuencia cardíaca a la ventilación después de los pasos correctivos de ventilación. Que preferentemente incluyen la intubación endotraqueal.

La respuesta de la frecuencia cardíaca a las compresiones torácicas y los medicamentos se debe controlar electrocardiográficamente.

Cuando se requiere acceso vascular en recién nacidos, se prefiere la vía venosa umbilical. Cuando el acceso IV no es factible, se puede considerar el acceso IO.

Si la respuesta a las compresiones torácicas es deficiente. Puede ser razonable proporcionar adrenalina, preferentemente a través de la vía intravascular.

Los recién nacidos que no responden a la adrenalina y que tienen antecedentes o exámenes coherentes con la pérdida de sangre pueden requerir una expansión del volumen.

Si todos estos pasos de reanimación se realizan eficazmente y no hay una respuesta de frecuencia cardíaca en 20 minutos se debe analizar la redirección de la atención con el equipo y la familia.