



PASIÓN POR EDUCAR

Carrera: Lic. En enfermería

Nombre de alumno: Antonia Viridiana Pérez Jiménez

Nombre del profesor: María del Carmen López Silba

Nombre del trabajo: Cuadro Sinóptico

Materia: Practicas profesionales

Grado: 9no Cuatrimestre

Grupo: "B"



UNIDAD 1 SOPORTE VITAL BASICO RCP Y ACE

❖ La Reanimación Cardiopulmonar (RCP) es una maniobra de emergencia. Consiste en aplicar presión rítmica sobre el pecho de una persona que haya sufrido un paro cardiorespiratorio para que el oxígeno pueda seguir llegando a sus órganos vitales.

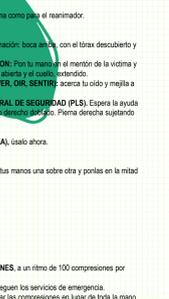
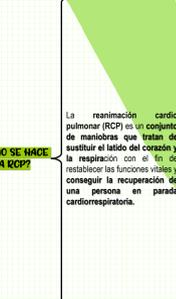
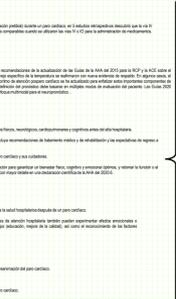
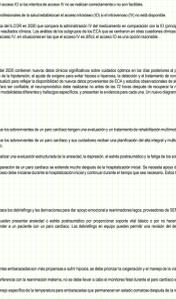
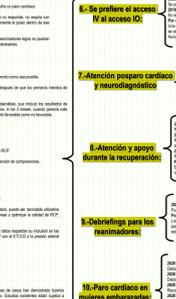
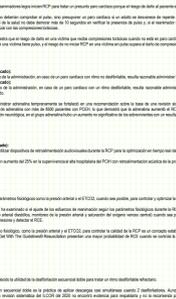
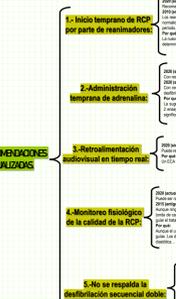
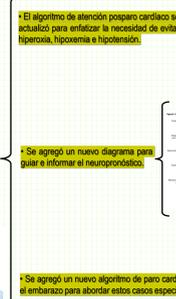
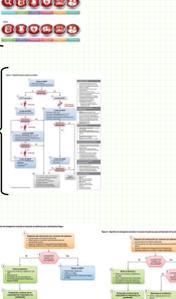
➢ Cambios clave realizados en las Guías para reanimación cardiopulmonar (RCP) y atención cardiovascular de emergencia (ACE) de la American Heart Association (AHA).

⇒ El Soporte Vital Básico (SVB) es un conjunto de maniobras que permiten identificar si una persona está sufriendo una parada cardiorespiratoria y aplicar en ella una sustitución temporal de las funciones respiratorias mediante dichas maniobras hasta que la víctima pueda recibir atención médica.

SOPORTE VITAL BASICO Y AVANZADO PARA ADULTOS

- ### Principales cambios de soporte vital básico (SVB) y soporte vital cardiopulmonar avanzado (SVCV) para adultos según las Guías del 2020
- 1- Las ayudas visuales y los algoritmos mejorados ofrecen una guía fácil de recordar para situaciones de reanimación de SVB y SVCV.
 - 2- Se ha vuelto a enfatizar la importancia del inicio temprano de RCP por parte de reanimadores legos.
 - 3- Se han refinado recomendaciones previas sobre la administración de adrenalina, con énfasis en la administración temprana de adrenalina.
 - 4- Se sugiere el uso de reentrenamiento audiovisual en tiempo real como medio para mantener la calidad de la RCP.
 - 5- Mediante rutinariamente la presión arterial y el dióxido de carbono al final de la espiración (ETCO2) durante la reanimación avanzada puede ser útil para mejorar la calidad de la RCP.
 - 6- Según la evidencia más reciente, no se recomienda el uso rutinario de la desfibrilación secuencial doble.
 - 7- El acceso intravenoso (IV) es la vía preferida para la administración del medicamento durante la reanimación avanzada. El acceso intraóseo (IO) es aceptable si el acceso IV no está disponible.
 - 8- La atención del paciente después del retorno de la circulación espontánea (ROCE) requiere especial atención a la oxigenación, control de la presión arterial, evaluación de la intervención coronaria percutánea, manejo específico de la temperatura y pronóstico multimodal.
 - 9- Debido a que la recuperación de un paro cardíaco continúa mucho después de la hospitalización inicial, los pacientes deben contar con una evaluación y un apoyo formales para abordar sus necesidades físicas, cognitivas y psicosociales.
 - 10- Después de una reanimación, un debriefing puede ser beneficioso para la salud mental y el bienestar de los reanimadores legos, los proveedores de SEM y los trabajadores de la salud hospitalarios.
 - 11- El abordaje de un paro cardíaco en el embarazo se centra en la reanimación materna, con la preparación para una cesárea perimortem, si es necesario, para salvar al hijo y mejorar las posibilidades de una reanimación exitosa de la madre.

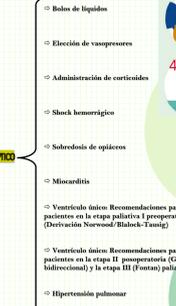
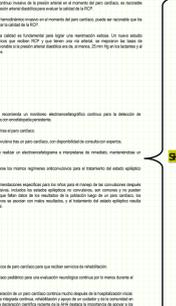
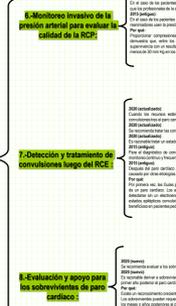
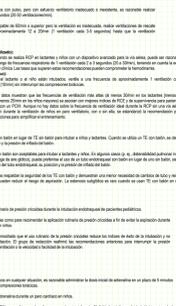
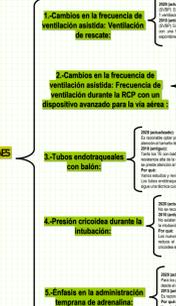
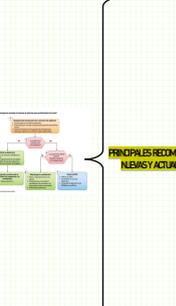
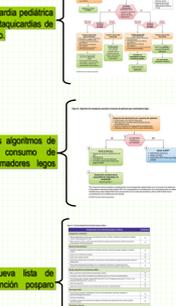
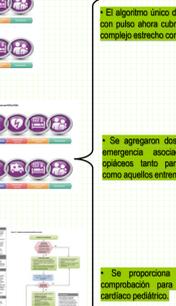
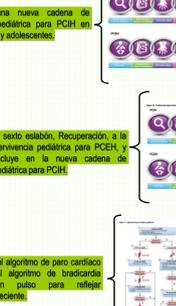
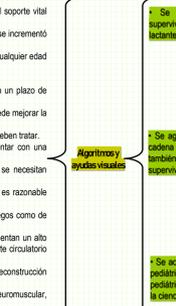
- ### Algoritmo ayudas visuales
- Se agregó un sexto estándar: Recuperación y la cadena de supervivencia de PCH y PCEH.
 - Se modificó el algoritmo universal de paro cardíaco en adultos a fin de enfatizar el papel de la administración temprana de adrenalina en pacientes con ritmo no desfibrilable.
 - Se agregaron dos nuevos algoritmos de emergencia asociada al consumo de opiáceos para reanimadores legos y reanimadores entrenados.



SOPORTE VITAL BASICO Y AVANZADO PEDIATRICO

- ### Principales cambios de soporte vital básico pediátrico (SVP) y el RCP en lactantes, niños y adolescentes se combinan con las de soporte vital avanzado pediátrico (SVP) según las Guías del 2020
- 1- 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.
 - 2- 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 todos los escenarios de reanimación pediátrica.
 - 3- 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.
 - 4- Ya no se recomienda el uso rutinario de presión cricoides durante la intubación.
 - 5- 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).
 - 6- En el caso de los pacientes con vías arteriales, el uso de reentrenamiento proveniente de la medición continua de la presión arterial puede mejorar la calidad de la RCP.
 - 7- Después del ROCE, se debe evaluar a los pacientes para descartar convulsiones. Un estado epiléptico y cualquier ataque convulsivo se deben tratar.
 - 8- Debido a que la recuperación de un paro cardíaco continúa mucho después de la hospitalización inicial, los pacientes deben contar con una evaluación y un apoyo formales para abordar sus necesidades físicas, cognitivas y psicosociales.
 - 9- En la reanimación del shock séptico es apropiado utilizar el manejo de líquidos, con infusiones de adrenalina o noradrenalina si se necesitan vasopresores.
 - 10- Sobre la base en gran medida de la extrapolación de los datos de adultos, la reanimación equilibrada de componentes sanguíneos es razonable para lactantes y niños con un shock hemorrágico.
 - 11- El tratamiento de sobredosis de opiáceos incluye RCP y la administración oportuna de naloxona tanto por parte de reanimadores legos como de aquellos entrenados.
 - 12- Los niños con microadmisión aguda que presentan arritmias, bloqueo cardíaco, cambios en el segmento ST o bajo gasto cardíaco presentan un alto riesgo de paro cardíaco. El traslado rápido a una unidad de cuidados intensivos es importante, y algunos pacientes pueden requerir soporte circulatorio mecánico o soporte vital extracorpóreo (EVEC).
 - 13- Los lactantes y los niños con enfermedades cardíacas congénitas y fisiología de ventrículo único que se encuentran en el proceso de reconstrucción por etapas requieren consideraciones especiales en el manejo del soporte vital avanzado pediátrico (SVP).
 - 14- El tratamiento de la hipertensión pulmonar puede incluir el uso de óxido nítrico inhalado, prostaciclina, analgesia, sedación, bloqueo neuromuscular, la inducción de alcalosis o tratamiento de rescate con SVCE.

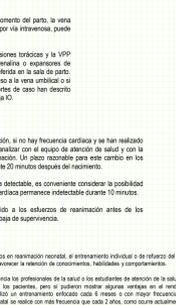
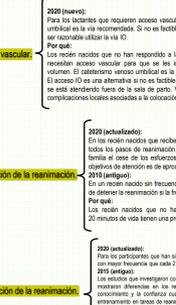
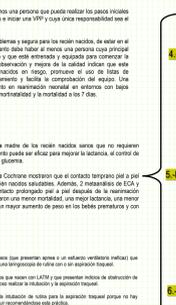
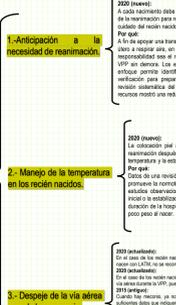
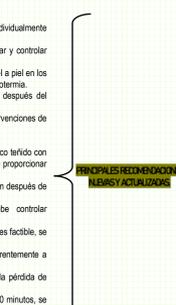
- ### Algoritmo ayudas visuales
- Se usó una nueva cadena de supervivencia pediátrica para PCH en lactantes, niños y adolescentes.
 - Se agregó un sexto estándar, Recuperación, a la cadena de supervivencia pediátrica para PCEH y también se incluye en la nueva cadena de supervivencia pediátrica para PCH.
 - Se actualizó el algoritmo de paro cardíaco pediátrico y el algoritmo de bradicardia pediátrica con pulso para reflejar la ciencia más reciente.



SOPORTE VITAL NEONATAL

- ### En las Guías del 2020, se ofrece recomendaciones sobre cómo seguir el algoritmo, incluidas la anticipación y la preparación, el manejo del cordón umbilical, en el parto, las acciones iniciales, el monitoreo de la frecuencia cardíaca, el soporte ventilatorio, las compresiones torácicas, el acceso a los tratamientos intravenosos, cuándo no comenzar la reanimación y cuándo detenerla, la atención después de la reanimación y los factores humanos y el desempeño.
- ### Recomendaciones nuevas y actualizadas que se combinan con las de soporte vital avanzado pediátrico (SVP) según las Guías del 2020
- 1- La reanimación para recién nacidos requiere anticipación y preparación por parte de proveedores que se entrenan individualmente y como equipos.
 - 2- La mayoría de los recién nacidos no requiere pinzamiento del cordón inmediato o reanimación y se puede evaluar y controlar durante el contacto piel a piel con sus madres después del nacimiento.
 - 3- 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 reforzada como un medio para promover la vinculación parental, el amantamiento y la normotermia.
 - 4- La insuflación y la ventilación de los pulmones son la prioridad en los recién nacidos que necesitan soporte después del nacimiento.
 - 5- Un aumento en la frecuencia cardíaca es el indicador más importante de la ventilación efectiva y la respuesta a intervenciones de reanimación.
 - 6- La pulsoximetría se utiliza para guiar la terapia con oxígeno y cumplir los objetivos de saturación de oxígeno.
 - 7- No se recomienda la aspiración endotraqueal de rutina para lactantes vigorosos o no que nacen con líquido amniótico turbio con meconio (LTM). La aspiración endotraqueal se indica solo si se sospecha una obstrucción de la vía aérea después de proporcionar ventilación con presión positiva (VPP).
 - 8- Las compresiones torácicas se proporcionan a un hijo una respuesta deficiente de la frecuencia cardíaca a la ventilación después de los pasos correctivos de ventilación, que preferentemente incluyen la intubación endotraqueal.
 - 9- La respuesta de la frecuencia cardíaca a las compresiones torácicas y los medicamentos se debe controlar electrocardiográficamente.
 - 10- 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.
 - 11- Si la respuesta a las compresiones torácicas es deficiente, puede ser razonable proporcionar adrenalina, preferentemente a través de la vía intravascular.
 - 12- Los recién nacidos que no responden a la adrenalina y que tienen antecedentes o exámenes coherentes con la pérdida de sangre pueden requerir una exploración de la vía arterial.
 - 13- Si todos los 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.

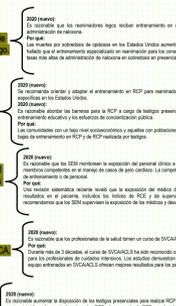
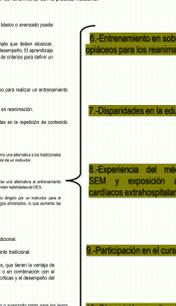
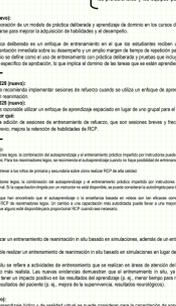
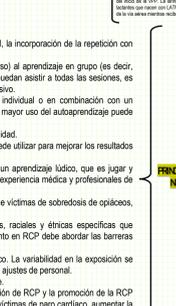
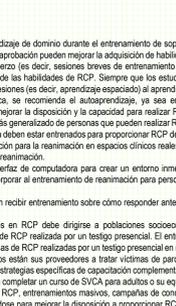
- ### Principales recomendaciones nuevas y actualizadas en los resultados de las partes superiores
- Se usó una nueva cadena de supervivencia pediátrica para PCH en lactantes, niños y adolescentes.
 - Se agregó un sexto estándar, Recuperación, a la cadena de supervivencia pediátrica para PCEH y también 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.



CIENCIA DE LA EDUCACION PARA LA REANIMACION

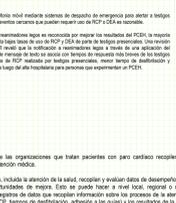
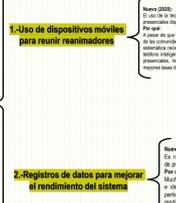
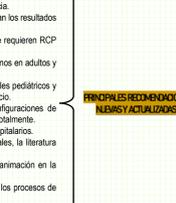
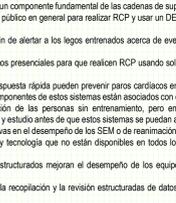
- ### La educación efectiva es una variable clave para mejorar la supervivencia de paros cardíacos. Sin una educación eficaz, los reanimadores legos y los profesionales de la salud tendrían que esforzarse para aplicar de manera consistente la ciencia que respalda el tratamiento basado en evidencia de paros cardíacos. El diseño educativo basado en evidencia es fundamental para mejorar el rendimiento de los profesionales y los resultados relacionados con el paciente tras el paro cardíaco.
- ### Características del diseño educativo
- Son los ingredientes clave de los programas de entrenamiento en reanimación que mejoran el aprendizaje y el desempeño de los estudiantes.
 - Se debe incorporar el aprendizaje basado en simulación y el aprendizaje basado en casos.
 - Se debe incorporar el aprendizaje basado en simulación y el aprendizaje basado en casos.
 - Se debe incorporar el aprendizaje basado en simulación y el aprendizaje basado en casos.

- ### Apéndice clave y los principales cambios realizados
- El uso de la práctica deliberada y el aprendizaje de dominio durante el entrenamiento de soporte vital, la incorporación de la repetición con reentrenamiento y los estándares mínimos de aprobación pueden mejorar la adquisición de habilidades.
 - 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 aprendizaje individual o en combinación con un entrenamiento dirigido por un instructor, para mejorar la disposición y la capacidad para realizar RCP. Un mejor 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.
 - El entrenamiento in situ (es decir, la educación para la reanimación en espacios inmersivos) se puede utilizar para mejorar los resultados de aprendizaje y favorecer el desempeño de la reanimación.
 - Realidad virtual, que es el uso de una interfaz de computadora para crear un entorno inmersivo y un aprendizaje lúdico, que es jugar y competir con otros estudiantes, se pueden incorporar al entrenamiento de reanimación para personas sin experiencia médica y profesionales de la salud.
 - Las personas sin experiencia médica deben recibir entrenamiento sobre cómo responder ante casos de víctimas de sobredosis de opiáceos, incluida la administración de naloxona.
 - 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 realizadas 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.
 - Los SEM deben monitorear cuán equitativos están sus proveedores a tratar víctimas de paro cardíaco. La variabilidad en la exposición se puede mejorar mediante la implementación de estrategias específicas de capacitación complementaria y/o prácticas de personal.
 - Todos los profesionales de la salud deben completar un curso de SVCA para adultos o su equivalente.
 - La implementación de entrenamientos en RCP, entrenamientos masivos, campañas de concientización de RCP y la promoción de la RCP usando solo las manos debe seguir expandiéndose para mejorar la disposición a proporcionar RCP a las víctimas de paro cardíaco, aumentar la prevalencia de RCP realizada por testigos presenciales y mejorar los resultados de los PCEH.



SISTEMA DE ATENCION

- ### La supervivencia después de un paro cardíaco requiere un sistema integrado de personas, entrenamiento, equipos y organizaciones. Testigos presenciales dispuestos, diseñados de propiedades que cuentan con DEA, telecomunicadores del servicio de emergencia y proveedores de soporte vital básico y avanzado que trabajan en los SEM, todos contribuyen a una reanimación exitosa de un PCEH. En los hospitales, el trabajo de médicos, enfermeras, terapeutas respiratorios, farmacéuticos y otros profesionales contribuye a los resultados de la reanimación.
- ### Apéndice 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-Actuar".
 - Los sistemas de purificación de adveniencia temprana y los equipos de respuesta rápida pueden prevenir paros cardíacos en hospitales pediátricos y para adultos, pero la literatura es demasiado variada para comprender qué componentes de estos sistemas están asociados con el beneficio.
 - Las ayudas cognitivas pueden mejorar el rendimiento de la reanimación de las personas sin entrenamiento, pero en las configuraciones de simulación, su uso demora el inicio de RCP. Es necesario un mayor desarrollo y estudio antes de que estos sistemas se puedan adoptar totalmente.
 - Sorprendentemente, se conoce poco sobre el efecto de las ayudas cognitivas en el desempeño de los SEM o de reanimación intrahospitalarios.
 - Aunque los centros especializados de paro cardíaco ofrecen protocolos y tecnología que no están disponibles en todos los hospitales, la literatura disponible sobre su impacto en los resultados de la reanimación es diversa.
 - La reentrenamiento del equipo importa. Los protocolos de debriefing estructurados mejoran el desempeño de los equipos de reanimación en la reanimación subyacente.
 - La recolección de todo el sistema importa. La implementación de la recolección y la revisión estructuradas de datos mejora los procesos de reanimación y la supervivencia tanto dentro como fuera del hospital.



RCP Compresiones en el pecho del bebé