



**Nombre del alumno : Mariana Isabel  
Chaidez Chávez**

**Materia: Clínica II**

**Actividad: Mapas**

**Maestro : Ambar Jaqueline Alcazar**

**Grado : 5to semestre**

**Grupo: Enfermería**

Ocosingo, Chiapas a 15 de Enero 2024

#### 4. Ciencia de la educación para la reanimación

El uso de la práctica deliberada y el aprendizaje de dominio durante el entrenamiento de soporte vital, la incorporación de la repetición con retroalimentación 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 o 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.
- El entrenamiento in situ (es decir, la educación para la reanimación en espacios clínicos reales) 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 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.
- Los SEM deben monitorear cuán expuestos están sus proveedores a tratar víctimas de paro cardíaco. La variabilidad en la exposición se puede apoyar mediante la implementación de estrategias específicas de capacitación complementaria y / o ajustes de personal.

#### Soporte vital neonatal

- 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.
- No se recomienda la aspiración endotraqueal de rutina para lactantes vigorosos o no que nacen con líquido amniótico teñido 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.

#### Soporte vital avanzado y básico para adultos

- 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 audio visual 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 (ETCO<sub>2</sub>) 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.

- 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.
- 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.
- 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.

#### Algoritmos y ayudas visuales



### ASPECTOS DESTACADOS PARA RCP

2

- 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 entre.
- El algoritmo de atención posparo cardíaco se actualizó para enfatizar la necesidad de evitar hipoxia, 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.

A pesar de los avances recientes, menos del 40% de los adultos recibe RCP iniciada por personas sin experiencia médica, y en menos del 12% se utiliza un DEA antes de la llegada del SEM.

#### Soporte vital básico y avanzado pediátrico



- 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 cricoidea 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).

- En el caso de los pacientes con vías arteriales, el uso de retroalimentación proveniente de la medición continua de la presión arterial puede mejorar la calidad de la RCP.

- Después del RCE, se debe evaluar a los pacientes para descartar convulsiones. Un estado epiléptico y cualquier ataque convulsivo se deben tratar.

- 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.

- En la reanimación del shock séptico es apropiado o titular el manejo de líquidos, con infusiones de adrenalina o noradrenalina si se necesitan vasopresores.

- 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.

- El tratamiento de sobredosis de opiáceos incluye RCP y la administración oportuna de naloxona tanto por parte de reanimadores legos como de aquellos entrenados.

- Los niños con miocarditis 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 (SVEC).

- 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 (SVAP).

- 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 SVEC.