

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



**Alumno:** Bautista Molina Gabino Gabriel

**Materia:** ENFERMERIA CLINICA II

**Maestr@:** AMBAR JAQUELINE ALCAZAR CANCINO

**Grado:** 5ER CUATRIMESTRE

**12/02/2024**

## Aspectos más importantes que se encuentren en el documento de la AHA

### Soporte vital básico y avanzado para adultos

En el año 2015, aproximadamente 350 000 adultos en los Estados Unidos sufrieron un paro cardíaco no traumático extrahospitalario y fueron atendidos por personal de servicios de emergencias médicas. Sufre un paro cardíaco intrahospitalario. Las ayudas visuales y los algoritmos mejorados ofrecen una guía fácil de recordar para situaciones de reanimación de SVB y SVCA.

Medir continuamente la presión arterial y el dióxido de carbono al final de la espiración durante la reanimación avanzada puede ser útil para mejorar la calidad de la RCP. El acceso intravenoso es la vía preferida para la administración del medicamento durante la reanimación avanzada. 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** 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. El algoritmo de atención posparo cardíaco se actualizó para enfatizar la necesidad de evitar hiperoxia, hipoxemia e hipotensión. Se agregó un nuevo algoritmo de paro cardíaco en el embarazo para abordar estos casos especiales.

### 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 para todas las situaciones de reanimación pediátrica. 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. 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.

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. 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. 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.

**Algoritmos y ayudas visuales** PCIH en lactantes, niños y adolescentes. Se actualizó el algoritmo de paro cardíaco pediátrico y el algoritmo de bradicardia pediátrica con pulso para reflejar la ciencia más reciente. Se proporciona una nueva lista de comprobación para la atención posparo cardíaco pediátrico.

### Soporte vital neonatal

1 de cada 10 recién nacidos necesitará ayuda para la transición desde el ambiente líquido del útero a una sala llena de aire. Además, una proporción importante de recién nacidos que necesitan una transición facilitada corre el riesgo de padecer complicaciones que requieran personal capacitado adicional.

Todo el entorno perinatal debe estar listo para esta situación. El proceso de facilitar la transición se describe en el Algoritmo de reanimación neonatal que comienza con las necesidades de cada recién nacido y continúa con los pasos que cubren las necesidades de los recién nacidos en riesgo. La reanimación para recién nacidos requiere anticipación y preparación por parte de proveedores que se entrenan individualmente y como equipos.

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. La importancia del contacto piel a piel en los recién nacidos sanos está reforzada 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. Cuando se requiere acceso vascular en recién nacidos, se prefiere la vía venosa umbilical.

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.

### Ciencia de la educación para la reanimación

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.

RCP. Siempre que los estudiantes puedan asistir a todas las sesiones, es preferible separar el entrenamiento en varias sesiones 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 se puede utilizar para mejorar los resultados de aprendizaje y favorecer el desempeño de la reanimación.

### Sistemas de atención

Testigos presenciales dispuestos, dueños 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. La reanimación exitosa también depende de las contribuciones de los fabricantes de equipos, las empresas farmacéuticas, los instructores de reanimación, los desarrolladores de las guías y muchos otros.

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. 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. 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.

Los protocolos de debriefing estructurados mejoran el desempeño de los equipos de reanimación en la reanimación subsiguiente. La implementación de la recopilación y la revisión estructuradas de datos mejora los procesos de reanimación y la supervivencia tanto dentro como fuera del hospital. Las diferencias en los resultados clínicos solo se vieron en los datos observacionales. El uso de la tecnología de teléfonos celulares aún no ha sido estudiado en un entorno norteamericano, pero la sugerencia de beneficios en otros países hace que esto sea una alta prioridad para futuras investigaciones, incluido el impacto de estas alertas en los resultados de paros cardíacos en pacientes, comunidades y contextos geográficos diversos.