



**Nombre de alumno: Alondra dé Lourdes
Alvarez Ballinas**

**Nombre del profesor: Mtr. Ámbar J.
Alcázar Cancino**

**Nombre del trabajo: Actividad II. Mapa
conceptual de los aspectos del RCP.**

Materia: Enfermería clínica II

Grado: 5°

Grupo: Lic en enfermería

Ocosingo, Chiapas 12 de Febrero de 2024

ASPECTOS DESTACADOS PARA RCP Y ACE

Soporte vital básico y avanzado para adultos

Resumen de los aspectos clave y los principales cambios realizados

- Las recomendaciones de soporte vital básico (SVB) y de soporte vital cardiovascular avanzado (SVCA) para adultos se combinan en las Guías del 2020
- 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
- Según la evidencia más reciente, no se recomienda el uso rutinario de la desfibrilación secuencial doble
- 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

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

- Se agregó un sexto eslabón, Recuperación, a las cadenas de supervivencia del PCIH y PCEH
- Se modificó el algoritmo universal de paro cardíaco en nodos 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 hipoxia, 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

Resumen de los aspectos clave y los principales cambios realizados

- Más de 20 000 lactantes y niños sufren de un paro cardíaco cada año en los Estados Unidos
- 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 PCIH 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 PCIH
- Se proporciona una nueva lista de comprobación para la atención posparo cardíaco pediátrico

Principales recomendaciones nuevas y actualizadas

- Cambios en la frecuencia de ventilación asistida: Ventilación de rescate** — 2020 (actualizado)
- Cambios en la frecuencia de ventilación asistida: Frecuencia de ventilación durante la RCP con un dispositivo avanzado para la vía aérea** — 2020 (actualizado)
- Tubos endotraqueales con balón** — 2020 (actualizado)
- Presión cricoidea durante la intubación** — 2020 (actualizado)
- Énfasis en la administración temprana de adrenalina** — 2020 (actualizado)

Shock séptico

- Bolus de líquidos**
 - 2020 (actualizado)
 - 2015 (antiguo)
- Elección de vasopresores** — 2020 (nuevo)
- Administración de corticoides** — 2020 (nuevo)
- Shock hemorrágico** — 2020 (nuevo)
- Sobredosis de opiáceos** — 2020 (actualizado)
- Miocarditis** — 2020 (nuevo)

- (SVBP) En lactantes y niños con pulso, pero con esfuerzo ventilatorio inadecuado o inexistente, es razonable realizar 1 ventilación cada 2 o 3 segundos (20-30 ventilaciones/min)
- SVAP) Cuando se realiza RCP en lactantes y niños con un dispositivo avanzado para la vía aérea, puede ser razonable utilizar un rango de frecuencia respiratoria de 1 ventilación cada 2 a 3 segundos (20 a 30/min), teniendo en cuenta la edad y la condición clínica. Las tasas que superen estas recomendaciones pueden comprometer la hemodinamia
- Es razonable optar por el uso de TE con balón en lugar de TE sin balón para intubar a niños y lactantes. Cuando se utiliza un TE con balón, se debe prestar atención al tamaño del tubo, la posición y la presión de inflado del balón (normalmente <20 a 25 cmH2O)
- No se recomienda el uso rutinario de presión cricoidea durante la intubación endotraqueal de pacientes pediátricos
- Para los pacientes pediátricos en cualquier situación, es razonable administrar la dosis inicial de adrenalina en un plazo de 5 minutos desde el comienzo de las compresiones torácicas
- En pacientes con shock séptico, es razonable administrar líquidos en dosis de 10 ml/kg o 20 ml/kg con reevaluación frecuente
- La administración de un bolo de líquido inicial de 20 ml/kg a lactantes y niños con shock es razonable, incluidos aquellos con afecciones como septicemia grave, malaria grave y dengue
- En lactantes y niños con shock séptico refractario a líquidos, es razonable utilizar adrenalina o noradrenalina como una infusión vasoactiva inicial
- En el caso de lactantes y niños con shock séptico que no responden a líquidos y que requieren asistencia vasoactiva, puede ser razonable considerar la administración de corticoides con dosis de estrés
- Entre los lactantes y los niños con shock hemorrágico hipotensivo después de un traumatismo, es razonable administrar hemoderivados, cuando estén disponibles, en lugar de administrar cristaloideos para la reanimación con volúmenes continuos
- En el caso de los pacientes con paro ventilatorio, la ventilación de rescate o la ventilación con bolsa mascarilla deben mantenerse hasta que vuelva la ventilación espontánea, y las medidas estándares de soporte vital básico o avanzado pediátrico deben continuar si no se reanuda la ventilación espontánea
- Dado el alto riesgo de paro cardíaco en niños con miocarditis aguda que padecen arritmias, bloqueo cardíaco, cambios en el segmento ST o gasto cardíaco bajo, se recomienda la consideración temprana del traslado a una UCI para recibir monitoreo y tratamiento

Soporte vital neonatal

Resumen de los aspectos clave y los principales cambios realizados

- 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 pulsioximetría se utiliza para guiar la terapia con oxígeno y cumplir los objetivos de saturación de oxígeno
- Los recién nacidos que no responden a

Principales recomendaciones nuevas y actualizadas

- Anticipación a la necesidad de reanimación** — 2020 (nuevo)
- Manejo de la temperatura en los recién nacidos** — 2020 (nuevo)
- Despeje de la vía aérea cuando hay meconio**
 - 2020 (actualizado)
 - 2015 (antiguo)
- Acceso vascular** — 2020 (nuevo)
- Finalización de la reanimación**
 - 2020 (actualizado)
 - 2010 (antiguo)
- Desempeño humano y del sistema**
 - 2020 (actualizado)
 - 2015 (antiguo)

- A cada nacimiento debe asistir al menos una persona que pueda realizar los pasos iniciales de la reanimación para recién nacidos e iniciar una VPP y cuya única responsabilidad sea el cuidado del recién nacido
- La colocación piel a piel con la madre de los recién nacidos sanos que no requieren reanimación después del nacimiento puede ser eficaz para mejorar la lactancia, el control de temperatura y la estabilidad de la glucemia
- En el caso de los recién nacidos no vigorosos (que presentan apnea o un esfuerzo ventilatorio ineficaz) que nacen con LAMT, no se recomienda realizar una laringoscopia de rutina con o sin aspiración traqueal
- Cuando hay meconio, ya no se aconseja la intubación de rutina para la aspiración traqueal porque no hay suficientes datos que indiquen que deba seguir recomendándose esta práctica
- Para los lactantes que requieren acceso vascular en el momento del parto, la vena umbilical es la vía recomendada. Si no es factible acceder por vía intravenosa, puede ser razonable utilizar la vía IO
- En los recién nacidos que reciben reanimación, si no hay frecuencia cardíaca y se han realizado todos los pasos de reanimación, se debe analizar con el equipo de atención de salud y con la familia el cese de los esfuerzos de reanimación. Un plazo razonable para este cambio en los objetivos de atención es de aproximadamente 20 minutos después del nacimiento.
- En un recién nacido sin frecuencia cardíaca detectable, es conveniente considerar la posibilidad de detener la reanimación si la frecuencia cardíaca permanece indetectable durante 10 minutos
- Para los participantes que han sido entrenados en reanimación neonatal, el entrenamiento individual o de refuerzo del equipo debe realizarse con mayor frecuencia que cada 2 años para favorecer la retención de conocimientos, habilidades y comportamientos
- Los estudios que investigaron con qué frecuencia los profesionales de la salud o los estudiantes de atención de la salud deben entrenarse no mostraron diferencias en los resultados de los pacientes, pero sí pudieron mostrar algunas ventajas en el rendimiento psicomotor

Ciencia de la educación para la reanimación

Resumen de los aspectos clave y los principales cambios realizados

- 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
- 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
- Los niños de la escuela media y secundaria deben estar entrenados para proporcionar RCP de alta calidad

Principales recomendaciones nuevas y actualizadas

- Práctica deliberada y aprendizaje de dominio** — 2020 (nuevo)
- Entrenamiento de refuerzo y aprendizaje espaciado** — 2020 (nuevo)
- Entrenamiento de reanimadores legos**
 - 2020 (actualizado)
 - 2020 (nuevo)
- Educación in situ**
 - 2020 (nuevo)
 - 2020 (nuevo)
- Aprendizaje lúdico y realidad virtual** — 2020 (nuevo)

- 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
- La incorporación de un modelo de práctica deliberada y aprendizaje de dominio en los cursos de soporte vital básico o avanzado puede considerarse para mejorar la adquisición de habilidades y el desempeño
- Se recomienda implementar sesiones de refuerzo cuando se utiliza un enfoque de aprendizaje en grupo para realizar un entrenamiento en reanimación
- Para los reanimadores legos, la combinación del autoaprendizaje y el entrenamiento práctico impartido por instructores puede recomendarse como una alternativa a los tradicionales cursos presenciales. Para los reanimadores legos, se recomienda el autoaprendizaje cuando no haya posibilidad de entrenarse bajo la supervisión de un instructor
- Se recomienda entrenar a los niños de primaria y secundaria sobre cómo realizar RCP de alta calidad
- Es razonable realizar un entrenamiento de reanimación in situ basado en simulaciones, además de un entrenamiento tradicional
- Puede ser razonable realizar un entrenamiento de reanimación in situ basado en simulaciones en lugar de un entrenamiento tradicional
- El uso del aprendizaje lúdico y de realidad virtual se puede considerar para la capacitación de soporte vital básico o avanzado tanto para los legos como para los profesionales de la salud

Sistema 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 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

Principales recomendaciones nuevas y actualizadas

- Uso de dispositivos móviles para reunir reanimadores** — Nuevo (2020)
- Registros de datos para mejorar el rendimiento del sistema** — Nuevo (2020)

- Sorprendentemente, se conoce poco sobre el efecto de las ayudas cognitivas en el desempeño de los SEM o de reanimación intrahospitalarios
- El uso de la tecnología de telefonía móvil mediante sistemas de despacho de emergencia para alertar a testigos presenciales dispuestos sobre eventos cercanos que pueden requerir uso de RCP o DEA es razonable
- Es razonable que las organizaciones que tratan pacientes con paro cardíaco recopilen resultados y datos de procesos de atención médica