

Ledo. Francisco León



Especialista en terapia intensiva adulto Especialista en instrumentación quirúrgica Docente universitario. Universidad de Los Andes Instructor de ACLS/BLS ECSI – DIANCECHT Proveedor ACLS/BLS de la American Heart Association Ponente internacional de temas de terapia intensiva Miembro de la Sociedad Venezolana de Enfermería en **Cuidados intensivos (SOCVECI)** Intensivista en el Instituto de Ciencias Criticas Manabí (ICCMA) Portoviejo – Ecuador Clínica San Francisco Cardiocentro Portoviejo – Ecuador Intensivista en el Instituto Manabita de Enfermedades Cardiovasculares (IMEC) Portoviejo – Ecuador

Congreso Internacional de Ciencias de la Salud Avances y enfoques actuales en

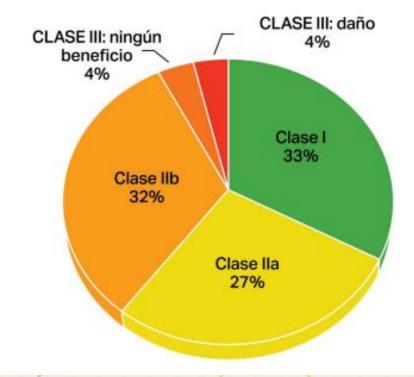








Clasificaciones de recomendación:



CLASE (INTENSIDAD) DE RECOMENDACIÓN

CLASE I (ALTA)

Beneficio >>> Riesgo

Frases sugeridas para redactar las recomendaciones:

- Se recomienda
- Está indicado/es útil/eficaz/beneficioso
- Debería realizarse/administrarse/otro
- Frases comparativas de eficacia†:
 - El tratamiento/la estrategia A se recomienda/está indicado preferentemente antes que el tratamiento B
 - Se debe elegir el tratamiento A antes que el tratamiento B

CLASE IIa (MODERADA)

Beneficio >> Riesgo

Frases sugeridas para redactar las recomendaciones:

- Es razonable
- Puede resultar útil/eficaz/beneficioso
- Frases comparativas de eficacia†:
 - El tratamiento/la estrategia A probablemente se recomienda/está indicado preferentemente antes que el tratamiento B
 - Es razonable seleccionar el tratamiento A antes que el tratamiento B

CLASE IIb (BAJA)

Beneficio ≥ Riesgo

Frases sugeridas para redactar las recomendaciones:

- Puede/podría ser razonable
- Puede/podría considerarse
- Su utilidad/eficacia es desconocida/dudosa/incierta o no se ha determinado

CLASE III: sin beneficio (MODERADA) (Generalmente, use solo NDE A o B)

Beneficio = Riesgo

Frases sugeridas para redactar las recomendaciones:

- · No se recomienda
- No está indicado/no es útil/eficaz/beneficioso
- No debería realizarse/administrarse/otro

CLASE III: perjuicio (ALTA)

Riesgo > Beneficio

Frases sugeridas para redactar las recomendaciones:

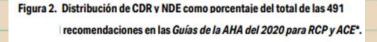
- · Potencialmente periudicial
- Periudicial
- Se asocia a una mayor morbilidad/mortalidad
- No debería realizarse/administrarse/otro



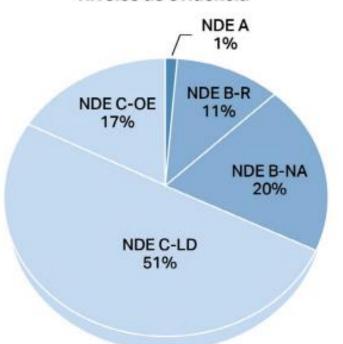








Niveles de evidencia



NIVEL (CALIDAD) DE EVIDENCIA‡

NIVEL A

- Evidencia de alta calidad‡ obtenida de más de 1 ECA
- Metaanálisis de varios ECA de alta calidad
- Uno o más ECA corroborados por estudios de registro de alta calidad

NIVEL B-A

(Aleatorizado)

- Evidencia de calidad moderada obtenida‡ de 1 o varios ECA
- Metaanálisis de varios ECA de calidad moderada

NIVEL B-NA

(No aleatorizado)

- Evidencia de calidad moderada obtenida‡ de 1 o más estudios no aleatorizados, estudios de observación o estudios de registro bien diseñados y ejecutados
- Metaanálisis de dichos estudios

NIVEL C-DL

(Datos limitados)

- Estudios de observación o de registro aleatorizados o no aleatorizados con limitaciones de diseño o ejecución
- · Metaanálisis de dichos estudios
- Estudios fisiológicos o farmacodinámicos en sujetos humanos

NIVEL C-OE

(Opinión de expertos)

Consenso de opiniones de expertos basadas en la experiencia clínica









Las recomendaciones de soporte vital básico (SVB) y de soporte vital cardiovascular avanzado (SVCA) para adultos se combinan en las Guías del 2020. Entre los principales cambios se incluyen los siguientes:



- 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 audiovisual 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 (ETCO₂) 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.



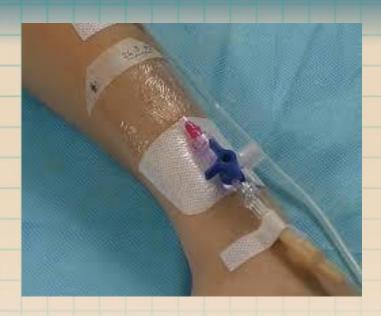














- El acceso intravenoso (IV) es la vía preferida para la administración del medicamento durante la reanimación avanzada. El acceso intraóseo (IO) es aceptable si el acceso IV no está disponible.
- La atención del paciente después del retorno de la circulación espontánea (RCE) requiere especial atención a la oxigenación, control de la presión arterial, evaluación de la intervención coronaria percutánea, manejo específico de la temperatura y neuropronóstico multimodal.
- 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.









Algoritmos y ayudas visuales

PCIH



Reconocimiento y prevención tempranos Activación de la respuesta a emergencias

RCP de alta calidad

Desfibrilación

Cuidados posparo cardíaco

Recuperación

PCEH



Activación de la respuesta

RCP de alta calidad

Desfibrilación

Soporte vital avanzado

Cuidados posparo cardíaco

Recuperación

Congreso Internacional de Ciencias de la Salud Avances y enfoques actuales en









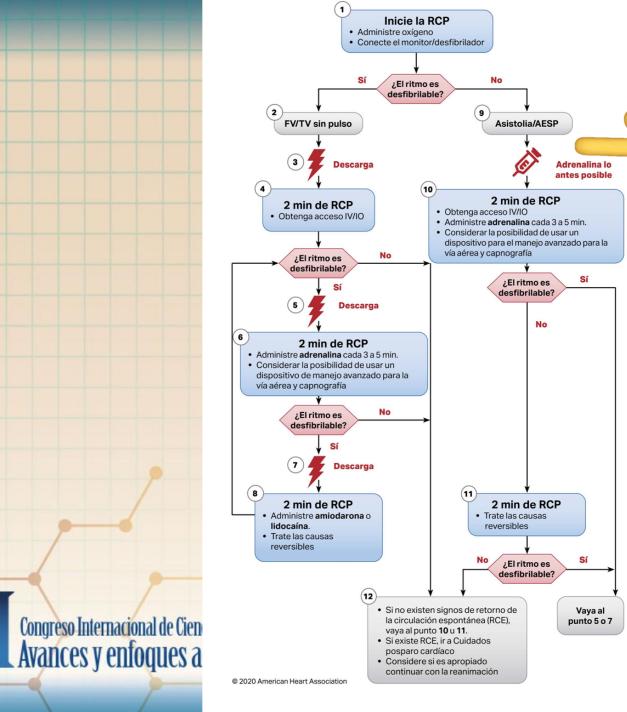












Calidad de la RCP

- 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 compresiones.
- · Evite una ventilación excesiva.
- Cambie de compresor cada 2 minutos, o antes si está cansado.
- Si no hay un dispositivo de manejo
 vanzado de la vía aérea, considere
 ión de compresión abe ser de 30:2.

está en evaluar la

 Bifásica: recomendación del fabricante (por ejemplo, dosis inicial de 120 a 200 J); si se desconoce, use el valor máximo disponible. La segunda descarga y las posteriores deben ser equivalentes, y puede

considerarse la administración de

valores superiores.
• Monofásica: 360 J.

Farmacoterapia

- Dosis IV/IO de adrenalina: 1 mg cada 3 a 5 minutos
- Dosis IV/IO de amiodarona: Primera dosis: bolo de 300 mg. Segunda dosis: 150 mg.

Dosis IV/IO de lidocaína: Primera dosis: De 1 a 1,5 mg/kg. Segunda dosis: De 0,5 a 0,75 mg/kg.

Manejo avanzado de la vía aérea

- Intubación endotraqueal o dispositivo supraglótico para el manejo avanzado de la vía aérea.
- Capnometría o capnografía para confirmar y monitorizar la colocación del tubo ET.
- Una vez llevado a cabo el manejo avanzado de la vía aérea, realice 1 ventilación cada 6 segundos (10 ventilaciones por minuto) con compresiones torácicas continuas.

Retorno de la circulación espontánea (RCE)

- · Pulso y presión arterial
- Aumento repentino y sostenido de la PETCO₂ (normalmente de ≥40 mm Hg).
- Ondas espontáneas de presión arterial con monitoreo intraarterial

Causas reversibles

- Hipovolemia
- Hipoxia
- · Hidrogenión (acidosis)
- Hipo-/hiperpotasemia
- Hipotermia
- Tensión, neumotórax
- Taponamiento cardíaco
 Toxinas
- Trombosis pulmonar
- Trombosis coronaria

Francisco León.
Esp. en Cuidados Intensivos Adulto





reanimadores legos Sospecha de intoxicación por consumo de opiáceos Compruebe si la víctima responde. Pida ayuda en voz alta a las personas que se encuentren cerca. Active el sistema de respuesta de emergencias. · Obtenga naloxona y un DEA si están disponibles. Sí ¿La persona No ventila con normalidad? 3 Iniciar la RCP* Evite el deterioro · Administre naloxona. Toque a la víctima y háblele en voz · Utilice un DEA. · Reposicione. Administre RCP hasta que llegue Considere el uso de naloxona. el SEM. Continúe observando hasta que llegue el SEM. 4 Evaluación continua de la capacidad de respuesta y la ventilación Vaya al punto 1. *En el caso de víctimas adultas y adolescentes con emergencias relacionadas con el consumo de opiáceos, el rescatador entrenado debe realizar RCP con compresiones y ventilaciones. Si no está entrenado en realizar ventilaciones, debe realizar RCP solo con las manos. En el caso de lactantes y niños, la RCP debe incluir compresiones con ventilaciones de rescate.

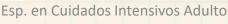
Algoritmo de emergencia asociada al consumo de opiáceos para

Congreso Internacional de Ciencias de la Salud Avances y enfoques actuales en Entermería



© 2020 American Heart Association

Francisco León.



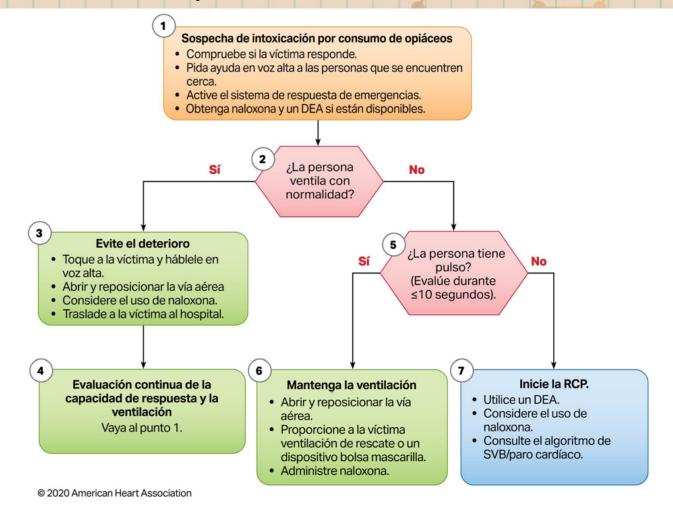






Santa Elena - Ecuador

Algoritmo de emergencia asociada al consumo de opiáceos para profesionales de la salud

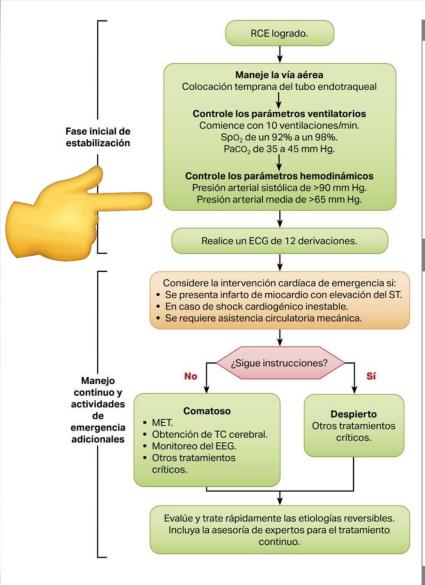












Fase inicial de estabilización

La reanimación continúa durante la fase posterior al RCE, y muchas de estas actividades pueden ocurrir simultáneamente. Sin embargo, si se debe establecer una priorización, siga estos pasos:

- Manejo de la vía aérea: Capnometría o capnografía para confirmar y monitorizar la colocación del tubo endotraqueal
- Manejo de los parámetros ventilatorios: ajuste la FIO₂ para la SpO₂ en un 92% a un 98%; comience con 10 ventilaciones/min. Ajuste a una PaCO₂ de 35 a 45 mm Hg.
- Manejo de los parámetros hemodinámicos: administre cristaloides o vasopresores o inotrópicos para la presión arterial sistólica objetivo de >90 mm Hg o la presión arterial media de >65 mm Hg.

Control continuo y prácticas de emergencia adicionales

Estas evaluaciones deben realizarse simultáneamente para que las decisiones sobre manejo específico de la temperatura (MET) reciban una alta prioridad como intervenciones cardíacas.

- Intervención cardíaca de emergencia: Evaluación temprana de un electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones; considere la hemodinamia para la toma de decisiones sobre la intervención cardíaca.
- MET: si el paciente no está siguiendo órdenes, inicie el MET lo antes posible; comience a una temperatura de entre 32 °C y 36 °C durante 24 horas utilizando un dispositivo de refrigeración con un bucle de retroalimentación.
- Otros tratamientos críticos.
 - Monitoree continuamente la temperatura central (esofágica, rectal, de la vejiga).
 - Mantenga la normoxemia, la normocapnia y la euglucemia.
 - Monitoree el electroencefalograma (EEG) de forma continua o intermitente.
- Proporcione ventilación de protección pulmonar.

Las HyT

Hipovolemia

Hipoxia

Hidrogenión (acidosis)

Hipopotasemia/hiperpotasemia

Hipotermia

Tensión, neumotórax (a tensión)

Taponamiento cardíaco

Toxinas

Trombosis pulmonar

Trombosis coronaria

Algoritmo de atención posparo cardíaco en adultos

Francisco León.
Esp. en Cuidados Intensivos Adulto







Se agregó un nuevo algoritmo de paro cardíaco en el embarazo para abordar estos casos

especiales

Continúe con el soporte vital básico y avanzado.

- · RCP de alta calidad.
- · Desfibrilación, si está indicada.
- Otras intervenciones de soporte vital avanzado (p. ej., adrenalina).

Active el equipo de paro cardíaco en mujeres embarazadas

Considere la etiología del paro cardíaco

Realice intervenciones en la madre.

- Realice el manejo de la vía aérea.
- Administre un 100% de O₂; evite el exceso de ventilación.
- Coloque una vía IV por arriba del diafragma.
- Si se está administrando magnesio IV, suspéndalo y administre cloruro de calcio o gluconato.

Continúe con el soporte vital básico y avanzado.

- RCP de alta calidad.
- Desfibrilación, si está indicada.
- Otras intervenciones de soporte vital avanzado (p. ej., adrenalina).

Realice intervenciones obstétricas

- Lleve a cabo un desplazamiento uterino lateral continuo.
- Desconecte los monitores fetales.
- Prepárese para la cesárea perimortem.

Realice la cesárea perimortem.

 Si no hay RCE en 5 minutos, considere la cesárea perimortem inmediatamente.

Equipo neonatal para recibir al recién nacido

Francisco León. Esp. en Cuidados Intensivos Adulto

Paro cardíaco en una mujer embarazada

- La planificación del equipo debe realizarse en colaboración con los servicios de obstetricia, neonatales, de emergencia, anestesiología, cuidados intensivos y paro cardíaco.
- Las prioridades para las mujeres embarazadas en paro cardíaco deben incluir el suministro de RCP de alta calidad y alivio de compresión aortocava con desplazamiento uterino lateral.
- El objetivo de la cesárea perimortem es mejorar los resultados maternales y fetales.
- Lo ideal es que realice una cesárea perimortem en 5 minutos, según los recursos de los profesionales y sus habilidades.

Manejo avanzado de la vía aérea

- En el embarazo, es común tener una vía aérea dificultosa. Recurra al profesional con más experiencia.
- Haga intubación endotraqueal o use un dispositivo supraglótico para el manejo avanzado de la vía aérea.
- Utilice la capnometría o capnografía para confirmar y monitorizar la colocación del tubo ET.
- Una vez colocado el dispositivo de manejo avanzado de la vía aérea, realice 1 ventilación cada 6 segundos (10 ventilaciones por minuto) con compresiones torácicas continuas.

Posible etiología del paro cardíaco en una mujer embarazada

- A: complicaciones con la anestesia.
- B: sangrado.
- C: cardiovascular.
- D: drogas.
- E: embolia.
- F: fiebre.
- **G:** causas generales no obstétricas del paro cardíaco (las H y las T).
- H: hipertensión.













Congreso Internacional de Ciencias de la Salud Avances y enfoques actuales en Esp. en Cuidados Intensivos Adulto







Podemos empezar de nuevo!!! Cada día tenemos segundas oportunidades

Oportunidad de convertirnos en quien siempre quisimos ser

De aprender lo que siempre quisimos. Nunca es demasiado tarde.









