

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES ADULTOS
MAYORES CON REANIMACION CARDIOPULMONAR AVANZADA EN
EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE LA CLINICA AUNA
MIRAFLORES, PIURA 2014-2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

BORIS JUNIOR BARRANZUELA SOSA

Callao – 2017

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- Dra. BERTHA MILAGROS VILLALOBOS MENESES : PRESIDENTA
- Mg. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO : SECRETARIA
- Dra. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN : VOCAL

Nº de Libro : 03

Nº de Acta de Sustentación: 174 - 2017

Fecha de aprobación: 29 de Junio de 2017

Resolución de Decanato N°1631-2017-D/FCS de fecha 26 de Junio de 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

| | Págs.: |
|--|---------------|
| INTRODUCCIÓN | 2 |
| I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 5 |
| 1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA | 5 |
| 1.2 OBJETIVO | 6 |
| 1.3 JUSTIFICACIÓN | 6 |
| II. MARCO TEÓRICO | 8 |
| 2.1 ANTECEDENTES | 8 |
| 2.2 MARCO CONCEPTUAL | 11 |
| 2.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS | 21 |
| III. EXPERIENCIA PROFESIONAL | 22 |
| 3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS | 22 |
| 3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL | 22 |
| 3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME | 24 |
| IV. RESULTADOS | 26 |
| V. CONCLUSIONES | 31 |
| VI. RECOMENDACIONES | 32 |
| VII. REFERENCIALES | 33 |
| ANEXOS | 36 |

INTRODUCCIÓN

El mundo está sujeto a cambios, dentro de estos cambios encontramos a los estilos de vida de la persona las cuales pueden ser perjudiciales para la salud, entre ellos; la falta de ejercicio, alimentación desordenada y el estrés traen en aumento las enfermedades crónicas como son la diabetes, obesidad, hipertensión arterial y especialmente enfermedades cardiovasculares.

Según las actualizaciones el número de personas con sobrepeso y obesidad a nivel mundial aumentó de 857 millones en 1980 a 2.100 millones en 2013, una cifra que supone un 30% de la población mundial” (1). Así mismo según la Asociación Peruana de Estudio de La Obesidad y Aterosclerosis, “la prevalencia de obesidad en el Perú es del 26% de hombre y al 24% de mujeres. La mayor incidencia de casos se da en las poblaciones de Piura 36.7%, Lima 22.8%, Huaraz 18.3% y Tarapoto 17%”. (2)

Otro aspecto importante es la fragilidad del paciente ya que a medida que pasan los años aumenta el deterioro celular de los órganos vitales siendo un causal primordial para traer consigo complicaciones que conlleven a una parada cardíaca. La atención al anciano en estado crítico es la reanimación cardiopulmonar (RCP) y sus resultados en términos de sobrevivida es a corto plazo. En un estudio realizado por Bonnin en un hospital de Texas durante 12 meses consecutivos, se practicó la RCP a 1228 pacientes, de los cuales 381 eran mayores de 70 años (31%). En este trabajo se demuestra que los resultados de la RCP están en dependencia de muchos factores, entre ellos: la causa básica, el lugar de ocurrencia del evento, la rapidez en el inicio de la RCP y el entrenamiento

del que la realiza. En general, los resultados de la RCP son mejores en jóvenes que en ancianos.

La tendencia actual de la RCP en los ancianos es considerada útil y necesaria. Por otra parte, cuando la causa es una taquiarritmia ventricular o una asistolia, los resultados en ancianos y no ancianos no muestran diferencias significativas.

“La enfermedad cardíaca es la principal causa de muerte en casi todos los países del mundo, en el Perú es la segunda causa de muerte general y la primera en la edad adulta media y mayor. (3)

El paro cardiorespiratorio (PCR), es una situación que cursa con interrupción brusca de la respiración y de la circulación, produciendo una brusca disminución del transporte de oxígeno y pudiendo provocar la muerte de la persona. (4)

La reanimación cardiopulmonar (RCP), es el tratamiento del PCR, que está dado por un conjunto de maniobras de desarrollo secuencial, como son la evaluación, compresiones torácicas, manejo de las vías aéreas y la respiración de la víctima. (5)

El paro cardiorrespiratorio (PCR) se define como la interrupción brusca, inesperada de la respiración y circulación espontánea, con pérdida de conciencia, apnea y ausencia de pulsos centrales. La prevención, el reconocimiento y la acción en los primeros minutos son cruciales para la sobrevivencia de las personas. (6)

Las maniobras de RCP básico y avanzada tienen un protocolo internacional, liderado por la Asociación América del Corazón (AHA), y para que este protocolo sea válido en nuestro país, se creó el Consejo

Peruano de Reanimación (CPR), para cumplir con el protocolo que va acorde a nuestra realidad. (7)

La presente NORMA NACIONAL DE RCP, recomiendan realizar el conjunto de las maniobras de RCP adecuadamente, de manera secuencial y correcta para así brindar una "RCP de ALTA CALIDAD".

Por eso es necesario, que el profesional de enfermería conozca las maniobras de la RCP, contribuyendo de esa manera, a actuar de manera correcta y oportuna, con el objetivo de salvar la vida de la víctima y asegurar su recuperación.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problema

El Paro Cardiorespiratorio, consiste en el cese de la actividad mecánica cardíaca. Se diagnostica ante la falta de conciencia, pulso y respiración. El conjunto de medidas aplicadas a revertirlo se denomina Reanimación Cardiopulmonar. (8)

En el Soporte Vital Básico se emplean diversas maniobras y procedimientos que se les ha denominado "eslabones", entre las que se incluyen: apertura de vía aérea, ventilación boca a boca, masaje cardíaco; siendo este último el que se ha ubicado como el primer eslabón dado que se ha observado que el implementarlo eficaz y oportunamente aumenta la sobrevivencia de los pacientes. Además, hoy en día se ha implementado dentro de la cadena de supervivencia la desfibrilación temprana, haciendo uso de desfibriladores automáticos (AHA 2011). (8)

Estudios modernos publicados reportan que cerca de 1.000.000 de personas mueren de Paro Cardíaco cada año. En Europa y Estados Unidos muere una persona cada 30 segundos por dicha causa. Las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la primera causa de muerte no relacionada con traumatismo. (9)

Se estima que la muerte súbita por causas cardiovasculares abarca el 50 a 70% de las muertes en dicho grupo de enfermedades. Se reporta que entre un 0.4% y un 2% de los pacientes hospitalizados y hasta un 30% de los fallecidos requieren de maniobras de Reanimación Cardiopulmonar (IMSS 2013)

Las estadísticas de AHA (American Heart Association) revelan que la sobrevida aumenta cuando se realiza RCP precoz y efectiva. El conocimiento y las habilidades prácticas teóricas del Soporte Vital Básico (SVB) y el Soporte Vital Avanzado (SVA) se encuentran entre los factores más determinantes de las tasas de éxito en Reanimación Cardiopulmonar (AHA 2010).

Actualmente, se considera que es sumamente importante la intervención educativa sobre las políticas de salud a nivel hospitalario. Aún más, se considera que actualmente las capacitaciones en RCP están contenidas en las carpetas de evaluación para la acreditación de hospitales. El personal de enfermería se considera como el primer eslabón dentro de una cadena de supervivencia intrahospitalaria. Los profesionales de enfermería suelen ser los primeros testigos de un Paro Cardíaco en el hospital. Son los que llaman con frecuencia al equipo de asistencia. Por lo tanto, dichos profesionales tienen que tener actualizado el conocimiento técnico y las habilidades prácticas desarrolladas para contribuir de manera más eficiente a las maniobras de Paro Cardíaco.

1.2. Objetivo general

Describir la intervención de enfermería en pacientes adultos mayores con reanimación cardiopulmonar avanzada en el servicio de emergencia de la Clínica Auna Miraflores, Piura 2014-2016

1.3. Justificación

Dado el incremento de muertes súbitas por PCR, es importante que todo personal de salud y en especial la enfermera participe en la reanimación cardiopulmonar básica y avanzada, ya que es la persona que hace el

primer contacto con el paciente, con el objetivo de realizar una atención oportuna y de calidad, para salvar la vida de la persona.

El profesional de enfermería posee competencias cognitivas, procedimentales y actitudinales, las cuales se sustentan en la formación profesional de pre grado que contempla las diversas situaciones a las que está expuesto un enfermero, por ello es importante que conozca la situación en que se encuentra actualmente, ya que deben de mantener su conocimiento y competencia, buscando capacitarse y actualizarse; para así brindar un cuidado integral y sin comprometer la vida de la persona.

Si el profesional no está preparado y capacitado adecuadamente para una RCP de alta calidad, no podrá realizar una buena atención y por ende el paciente no lograra salir del estado en que se encuentre produciéndose así la muerte.

Desde el punto de vista práctico, para que el personal de enfermería brinde atención oportuna sin comprometer la vida de la persona, lo cual se consigue fortaleciendo e incrementando la capacitación en las maniobras de Reanimación Cardiopulmonar Básico y Avanzada, tanto en la teoría como en la práctica, de tal manera que se asegura tener un enfermero capacitado para una atención oportuna.

La relevancia social para prevenir situaciones de manejo en reanimación cardiopulmonar, es tener presente que todos los esfuerzos que se realicen para salvar la vida de una persona que se encuentra en un paro cardiorrespiratorio denotan una gran calidad humana, vale la pena que todo ciudadano común aprenda maniobras de reanimación cardiopulmonar.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Antecedentes Nacionales:

Falcón Alvino, Madeleine Pamela (2014), realizó un estudio de investigación sobre: "Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar del enfermero (a) de la segunda especialidad en enfermería UNMSM", Lima. Cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento sobre Reanimación cardiopulmonar básico del enfermero(a) del Programa de Segunda Especialización en enfermería UNMSM. El método utilizado fue descriptivo – transversal, estando la muestra constituida por 73 enfermeros del Programa de Segunda Especialización en enfermería, siendo la técnica de muestreo el aleatorio simple. Concluyéndose que el enfermero tienen un nivel conocimiento medio y bajo con tendencia al desconocimiento del cambio de secuencia de las maniobras de Reanimación cardiopulmonar como son manejo de vías aéreas, respiración y compresiones torácicas (ABC) a Compresiones, manejo de las vías aéreas y respiración (CAB), el lugar, la frecuencia y la profundidad adecuada de las compresiones. Por ello se recomienda al enfermero (a) la capacitación continua y certificación en RCP Básica. (10)

Benito Julca, Katherine (2013), realizó un estudio de investigación sobre: "Conocimiento de las enfermeras sobre Reanimación Cardiopulmonar básica en el adulto en el Programa Nacional SAMU", en la ciudad de Lima – Perú. El objetivo fue determinar los conocimientos sobre Reanimación Cardiopulmonar básica en el adulto que tienen las enfermeras del Programa Nacional SAMU. El método que se utilizó fue descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 20 enfermeras. Las conclusiones entre otras fueron: Los conocimientos sobre Reanimación Cardiopulmonar básica en el adulto que tienen las enfermeras del

Programa Nacional SAMU el mayor porcentaje conocen en los diferentes aspectos de paro cardiorespiratorio y RCP básico, referido a la definición de PCR, buscar respuesta en el paciente, sobre apertura de vía aérea".
(11)

Alarcón Ponce, Celita y Guidotti Camarena, Rosario del Pilar (2010), realizaron un estudio de investigación sobre: "Nivel de Conocimiento de las enfermeras, sobre maniobras de resucitación cardiopulmonar en la Clínica Maison de Santé", en la ciudad de Lima – Perú. El objetivo fue determinar el nivel de conocimiento de las enfermeras sobre las maniobras de reanimación cardiopulmonar. El método que se utilizó fue descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 39 enfermeras asistenciales. Las conclusiones entre otras fueron: Existe una diferencia marcada en cuanto al nivel de conocimiento, habilidades y prácticas en reanimación cardiopulmonar por servicios, siendo el personal del Área Crítica y sobre todo el personal de enfermería el que manifiesta mejor preparación en comparación con los servicios de Medicina, Ginecología, Pediatría y Cirugía, aun siendo superior en el Área Crítica los resultados no se consideran buenos" y "Existe un 23% del personal que conoce, tiene habilidades sobre reanimación cardiopulmonar, lo cual está por debajo de estándares internacionales considerados normales"
(12)

Antecedentes Internacionales:

Díaz Aguilar, Paola Karina (2014), realizó un estudio de investigación sobre: "Reanimación Cardiopulmonar Básica en personal de Enfermería", en la ciudad de Chiquimula, Guatemala. El objetivo fue Desarrollar un proceso de investigación-acción sobre Reanimación Cardiopulmonar Básica en el personal de enfermería en los servicios de adultos en Hospitales Nacionales de las regiones Nor-Oriente y Sur-Oriente de Guatemala, en los meses de febrero a agosto del año 2014. Tipo de

estudio investigación – acción participativo, experimental. La población estuvo conformada por 853 enfermeras (os), distribuidos de la siguiente manera; Zacapa 133, Chiquimula 122, Izabal 126, El Progreso 116, Jutiapa 135, Jalapa 90, Santa Rosa 131. El instrumento que se utilizó fue un cuestionario. Las conclusiones entre otras fueron: El nivel de conocimiento obtenido en la fase diagnóstica del proceso de investigación-acción, sobre conocimientos teóricos de Reanimación Cardiopulmonar Básico en adultos del personal de enfermería, es subóptimo. (13)

Cevallos Zambrano, Gisela Yanine y Saltos Loor, Annabelly Nataly (2013), realizaron un estudio de investigación sobre: "Evaluación de la intervención de enfermería en la reanimación cardiopulmonar a pacientes críticos en el proceso de emergencia del Hospital Miguel H. Alcívar de Leónidas Plaza, Cantón Sucre", en la ciudad de Bahía Manabí – Ecuador. El objetivo fue Evaluar la intervención de enfermería en la reanimación cardiopulmonar a pacientes críticos en el proceso de emergencia del Hospital Miguel H. Alcívar de Leónidas Plaza, Cantón Sucre, periodo Enero – Agosto 2013. El método que se utilizó fue descriptivo de corte transversal y correlacional. La población estuvo conformada por seis profesionales de enfermería, cuatro internos de enfermería, seis médicos, cuatro internos de medicina. Las conclusiones fueron: Se concluye que este estudio se realizó con el fin de dar a conocer la falta de entrenamiento de parte del personal médico y del profesional de enfermería que la labora en el proceso de emergencia en temas de reanimación cardiopulmonar y técnicas aplicadas en la misma" (14)

Caballero Barreto Luis (2011), realizó un estudio de investigación sobre: "Nivel de conocimiento de los profesionales de la enfermería sobre las guías de resucitación cardio – pulmonar en pacientes adultos", en la ciudad de San Juan – Puerto Rico. El objetivo fue determinar el nivel de conocimiento que tienen los profesionales de enfermería sobre las guías

de RCP de la Asociación Americana del Corazón. El método de investigación fue descriptivo. La población estuvo conformada por 85 enfermeros, los cuales fueron 45 enfermeros con grado asociado y 40 con grado de bachillerato. Las conclusiones entre otras fueron: Los resultados muestran que la mayoría de enfermeras (59%) tienen un nivel de conocimiento regular sobre RCP, y según las fases del RCP, su conocimiento también fue regular, solo en la fase de circulación el nivel de conocimiento fue bueno (48.7%)". (15)

2.2. Marco Conceptual

PARO CARDIORESPIRATORIO

Se define como una situación clínica que cursa con interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible, de la actividad mecánica del corazón y de la respiración espontánea.

“El PCR o Muerte Súbita (MS) es la máxima emergencia que el ser humano pueda enfrentar, tiene como principales causas en el adulto, los eventos cardiovasculares y cerebrovasculares, debido especialmente al incremento de los factores de riesgo”. (16)

FACTORES DE RIESGO

- Infarto de miocardio o ataque cardíaco previo
- Edad
- Sexo masculino.
- Antecedentes familiares de enfermedad coronaria
- Factores genéticos
- Tabaquismo
- Hipertensión
- Aumento del Colesterol LDL
- Diabetes Mellitus
- Obesidad

CAUSAS

Generalmente el paro cardíaco se debe a procesos que afectan al corazón:

- Infarto de miocardio ("ataque al corazón")
- Algunos tipos de arritmia (ritmos anormales del corazón).
- Shock cardiogénico (fallo cardíaco debido a la insuficiencia de la función de bombeo del corazón).
- Enfermedad de las válvulas cardíacas o del músculo del corazón.
- Hemorragias severas.
- Hipotermia profunda.
- Traumatismo.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Pérdida brusca de la conciencia.
- Ausencia de pulsos centrales (carotideo, femoral).
- Cianosis.
- Apnea y/o gaspings (respiración en boqueadas).
- Midriasis (dilatación pupilar).

TIPOS

Según Marson Griffin, se conoce tres tipos de paro cardíaco:

a) FIBRILACIÓN VENTRICULAR

"Esta ocasionada por múltiples ondas reentrantes de actividad eléctrica que se entrelazan y se manifiestan en el electrocardiograma por medio de un trazado caótico aunque la actividad eléctrica celular puede estar bien organizado este efecto global consiste en la ausencia de contracciones mecánicas y la anulación completa del volumen minuto".

Se ha denominado fibrilación ventricular primaria a la que aparece como complicación del infarto agudo de miocardio por lo general durante las primeras horas después de su inicio de shock y de insuficiencia cardiaca. En estos pacientes la desfibrilación eléctrica tiene éxito en el 95% de los casos y el pronóstico es excelente. (17)

b) ASISTOLIA

"Ausencia de actividad eléctrica miocárdica debería confirmarse mediante el cambio de derivación o la modificación de las Palas desfibradoras. Puede ser debido a una estimulación parasimpático extrema que ocasione la supresión global de la actividad tanto de las aurículas como ventrículos o bien a una confusión miocárdica secundaria a cardioversión eléctrica, a un bloqueo cardíaco a isquemia miocárdica prolongada". (18)

Los pacientes en paro cardíaco que presenten asistolia en la pantalla del monitor del desfibrilador tienen una tasa de supervivencia muy baja por lo general sobreviven tan solo 1 o 2 de 100 durante un intento de reanimación puede aparecer breves periodos de un complejo organizado en la pantalla del monitor pero rara vez surge la circulación espontánea al igual que en la actividad eléctrica sin pulso la única esperanza de reanimación de una persona en asistolia y tratar una causa reversible.

c) ACTIVIDAD ELÉCTRICA

La ausencia de un pulso detectable y la presencia de algún tipo de actividad eléctrica distinta de taquicardia ventricular o fibrilación ventricular define a este grupo de arritmias cuando hay actividad eléctrica organizada y no se detecta pulso alguno se utiliza el término de disociación electromecánica significa que hay despolarización eléctrica organizada en todo el miocardio pero no se produce acortamiento asistemático sincrónico de la fibra miocárdica con la consiguiente ausencia de contracciones mecánicas.

“La actividad cardíaca con ausencia de pulso puede ser el resultado de una variedad de trastornos del ritmo tales como la disociación electromecánica los ritmos idioventriculares y las taquicardias ventriculares cuando la actividad eléctrica está organizada y dentro de una frecuencia normal se emplea dicho termino y se define como la ausencia del pulso o tensión arterial registradas por métodos convencionales en presencia de actividad eléctrica”. (19)

REANIMACIÓN CARDIORESPIRATORIO

Reanimación cardiopulmonar (RCP): Son todas las maniobras realizadas para restaurar una oxigenación y circulación eficientes en un individuo en PCR con el objetivo de lograr una adecuada recuperación de la función nerviosa superior, este es su objetivo final. Se aplica ante un paro cardíaco, independientemente de su causa.

El Paro Cardiorrespiratorio según Harrison, T (1994) es: “el cese brusco e inesperado de la función circulatoria y respiratoria eficaz”. Es una situación generalmente inesperada capaz de sorprender, en un instante, a personas en aparente estado de salud. La falta de conocimiento, lo imprevisto del suceso y la lentitud en la implementación de las maniobras de RCP básicas, hacen que, muchas veces, se fracase en los intentos por recuperar la vida.

MANIOBRAS DEL RCP BÁSICO

El protocolo que se usó sobre las maniobras de reanimación cardiopulmonar fue desarrollado por el CPR.

El CPR, es la única institución encargada de brindar en el Perú, la certificación y la acreditación del RCP y el Soporte Básico y Avanzado de vida, a través de cursos talleres, con aval internacional y nacional, diseñados acorde con los requerimientos de los participantes, permiten el

cumplimiento de nuestra misión que es el de conservar la vida de las personas en riesgo de sufrir muertes súbitas en nuestro país.

El CPR, quien representa al Perú, ante el Consejo Mundial de Resucitación a través del CLAR, es la institución líder en el Perú, certificando y acreditando diferentes grupos de personas como profesionales de la salud, miembros de primera respuesta, socorristas.

Los Programas de Certificación y Acreditación de Reanimación Cardiopulmonar cumplen los lineamientos y los estándares del CLAR, el ILCOR y permiten adquirir los conocimientos y las destrezas para obtener aptitudes y actitudes necesarias y evitar las muertes prematuras y permitir con ello salvar vidas.

La creación del consejo nacional de reanimación se hizo a semejanza de los Comités Nacionales de Resucitación de otros países hermanos, representando al Perú ante los organismos nacionales e internacionales en el tema de la RCP. Los aportes: Aprobación de las Primeras Normas Peruanas de las Reanimación Cardiopulmonar Básica y de la Desfibrilación Temprana.

- Publicación del Primer Manual Peruano de la Resucitación Cardiopulmonar Básica y de la Desfibrilación Temprana.
- Actualización de las guías nacionales e internacionales a través de Congresos nacionales e internacionales, simposium, cursos-talleres a nivel nacional.
- Certificación y Acreditación de Instructores para la difusión de las Normas Nacionales e Internacionales.
- Promoción de las actividades de organismos y grupos interesados en el entrenamiento en RCP a nivel nacional.
- Coordinación tanto de la actividad nacional, Latinoamericano (CLAR), y mundial (ILCOR).

a) POSICIÓN DE LA VÍCTIMA

Debe estar acostada boca arriba sobre una superficie plana y dura, si se encuentra boca abajo, el reanimador debe girarla, de tal manera que la cabeza, los hombros y el tronco se muevan en bloque como una sola unidad. El paciente debe ser acostado con los brazos a los lados del cuerpo, posición para realizar RCP. (20)

b) COMPRESIONES TORACICAS: "C"

El reanimador debe iniciar ciclos de 30 compresiones torácicas seguidas de 2 respiraciones de manera ininterrumpida durante CINCO (05) CICLOS o dos (02) minutos. (21)

- EVALUACIÓN: VERIFICAR PULSO

Los profesionales de la salud verificarán el pulso en la arteria carótida, en un tiempo no mayor de 10 segundos, si no hay PULSO, iniciar las compresiones torácicas.

La verificación del pulso, se hace en la arteria carótida, este pulso persiste aun cuando la hipotensión haga desaparecer otros pulsos periféricos. La arteria carótida se encuentra en el canal formado por la tráquea y los músculos laterales del cuello.

- LAS COMPRESIONES TORÁCICAS

Las compresiones torácicas, son aplicaciones rítmicas y seriadas de presión sobre el centro del pecho que crean un flujo de sangre por incremento de la presión intra torácica y por la compresión directa del corazón. El flujo generado por las compresiones torácicas produce picos de presión sistólica de 60 a 80 mmHg., la presión arterial media de la arteria carótida rara vez excede los 40 mmHg. Las compresiones torácicas generan flujos sanguíneos al cerebro y al corazón, incrementando las posibilidades de que la desfibrilación temprana sea exitosa.

Recomendaciones del Consenso Internacional 2010, para las compresiones torácicas:

- Comprimir el tórax “rápido y fuerte” a una frecuencia de al menos 100 por minuto.
- Profundidad de las compresiones de al menos 5 cm., en adultos.
- Permitir el retorno completo del tórax durante la fase de descompresión.
- Minimizar las interrupciones durante las compresiones torácicas.
- Al reiniciar las compresiones, colocar las manos sin retraso
- “en el centro del pecho, entre los pezones de la víctima”.

c) MANEJO DE LA VIA AEREA: “A”

- APERTURA DE LA VÍA AÉREA

En víctimas inconscientes, los músculos que sostienen la lengua se relajan y permiten que la lengua caiga, ésta la causa más común de obstrucción de la vía aérea en la víctima inconsciente. (22)

- MANIOBRA FRENTE – MENTÓN

Colocar una mano sobre la frente de la víctima, manteniéndolos dedos pulgar e índice libres para pinzar las fosas nasales si es que se va a dar respiración. Colocar los dedos de la otra mano debajo de la parte ósea de la mandíbula, luego inclinar la cabeza y elevar el mentón para abrir las vías aéreas.

- MANIOBRA DE “TRACCIÓN O DE EMPUJE MANDIBULAR”

Es el paso más seguro para abrir la vía aérea cuando se sospecha de lesión cervical. Sostener la cabeza sin moverla ni rotarla. El desplazamiento de la mandíbula hacia delante, también puede conseguirse agarrando los ángulos de la mandíbula, levantándolos con las dos manos, una a cada lado y desplazarla hacia delante. Los codos

del reanimador pueden apoyarse sobre la superficie donde está acostado el paciente.

d) RESPIRACIÓN: "B"

Las Guías Internacionales 2010 han eliminado de la RCP la secuencia del VES (ver, escuchar y sentir). Después de 30 compresiones seguidas, el reanimador permeabiliza la vía aérea y da 2 respiraciones de apoyo. (23)

- PASOS PARA LA TÉCNICA: "BOCA A BOCA"

Es la forma rápida y eficaz de suministrar oxígeno a la víctima. Mantener la vía aérea permeable con la maniobra frente – mentón. Pinzar las fosas nasales con el pulgar y el índice (de la mano colocada sobre la frente), evitando así el escape de aire por la nariz de la víctima.

Administrar 2 respiraciones de 1 segundo de duración c/u. con suficiente volumen para producir la elevación visible del pecho de la víctima

Para mantener una adecuada oxigenación en la RCP se debe ventilar, teniendo en cuenta lo siguiente:

- En la Fibrilación Ventricular (FV) o Taquicardia Ventricular sin pulso (TVSP) las respiraciones de apoyo no son tan importantes como las compresiones torácicas, porque hay niveles altos de oxígeno después del paro cardíaco. En la
- RCP el flujo de sangre está dado por las compresiones torácicas.
- En la RCP, el flujo sanguíneo a los pulmones está disminuido, se puede conseguir una adecuada perfusión–ventilación con volúmenes y frecuencias respiratorias inferiores a los normales.
- La hiperventilación (por frecuencia alta o grandes volúmenes) producen distensión gástrica, aumentan la presión intra torácica, disminuye el retorno venoso al corazón y el gasto cardíaco; y con ello se reduce la sobrevida de los pacientes.

- En los adultos, durante la RCP, son suficientes volúmenes de 600 ml en 1 segundo de duración para todas las formas de respiración incluyendo boca a boca y bolsa-válvula-máscara con o sin oxígeno.
- Los profesionales de la salud entrenados usarán la Bolsa Manual Autoinflable (AMBU).

ROL DE LA ENFERMERA DURANTE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

La enfermería es una profesión humanista, que se adhiere a una filosofía básica centrada en el ser humano y su interacción con el entorno. El objetivo de enfermería debe ser, esencialmente, para el beneficio del paciente, y su trabajo debe estar centrado en él.

El objetivo del cuidado debe ser promover el proceso de aprendizaje que permita al paciente ser activo en su rehabilitación o promoción de su propia salud, mediante cambios en sus hábitos o transformando las condiciones ambientales que le afectan.

La función de la enfermera, como cuidadora, implica la participación activa en la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, mediante medidas preventivas para evitar la aparición de la enfermedad, su progresión o prevenir secuelas asegurando la continuidad del cuidado. Esta cuidadora debe estar abierta a las percepciones y preocupaciones del paciente y su familia, ser moralmente responsable, estar dedicada como profesional y permanecer dispuesta para escuchar, dialogar y responder en situaciones holísticas complejas. Además, debe estar basada en la evidencia empírica existente.

El rol del enfermero en RCP, están encaminadas a revertir el paro cardiorrespiratorio colaborando en la reanimación del paciente, para intentar restaurar la circulación y respiración espontánea.

“La mejora y perfeccionamiento del entrenamiento de los enfermeros, ha permitido no solamente disminuir la mortalidad, sino disminuir la

morbilidad, secuelas y complicaciones, especialmente en las situaciones de riesgo vital. La creación y desarrollo del sistema de emergencias, en el cual el objeto y la asistencia integral in situ y traslado rápido, se ha visto perfectamente complementada con medidas de soporte vital básico, que permite un sustento del paciente hasta que llega el equipo especializado”.

“La profesión enfermera, a través de la historia, se ha caracterizado por su capacidad para responder a los cambios que la sociedad ha ido experimentado y consecuentemente, a las necesidades de cuidados que la población y el Sistema Sanitario han ido demandando”

Base teórica

En la teoría del autocuidado de Dorotean Orem (1914), se aborda al individuo de manera integral en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir mejorar su calidad de vida. De igual manera conceptualiza la enfermería como el arte de actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad, incluyendo la competencia desde su relación interpersonal de actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades y demandas de autocuidado, donde debe respetar la dignidad humana, practicar la tolerancia, cumpliendo el principio del consentimiento informado, confidencialidad, credo, veracidad e intimidad entre otros aspectos, permitiendo que el enfermo participe en la planificación e implementación de su propia atención de salud, si tuviese la capacidad para ello, acogido a los adelantos científico-técnicos que propicien el desarrollo ascendente de la ciencia enfermera, respetando las normas, códigos ético- legales y morales que desarrolla la profesión. (24)

Autores como Benavent, Ferrer, plantean que la teoría de Orem "Déficit de autocuidado " es una de la más estudiada y validada en la práctica de enfermería por la amplia visión de la asistencia de salud en los diferentes contextos que se desempeña este profesional, ya que logra estructurar los sistemas de enfermería en relación con las necesidades de autocuidado. (25)

El profesional de enfermería competente es aquel que utiliza sus conocimientos, habilidades y actitudes para emitir juicio clínico.

El desarrollo de la función de enfermero debe alcanzar un objetivo importante: la práctica y la teoría deben unificarse y ambas fundamentarse firmemente en la realidad, en la evidencia científica y en el desarrollo de la humanidad.

2.3. Definición de términos

- a) **EMERGENCIA:** situación crítica de peligro evidente para la vida del paciente y que requiere una actuación inmediata
- b) **ENFERMERO(A):** Profesional de sexo femenino o masculino, que estudia en el Programa de Segunda especialización en Enfermería que posee competencias cognitiva, valorativo y procedimental, en la atención del paciente en situación de emergencia.
- c) **REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR:** Maniobras básicas realizadas para restaurar oxigenación y circulación eficientes en la víctima adulta que sufre un paro cardioprespiratorio.
- d) **INTERVENCION:** Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente
- e) **ADULTO MAYOR:** Es un término reciente que se le da a las personas que tienen más de 65 años de edad, también estas personas pueden ser llamados de la tercera edad.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos

Se recolectan los datos de las historias clínicas, cuyos diagnósticos eran bradicardia, bloqueo auriculoventricular de grado 3, sepsis severa, tromboembolia pulmonar, shock hipovolémico severo, taquicardia ventricular acompañada de fibrilación ventricular, también anotaciones de enfermería.

3.2. Experiencia profesional

Mi inclinación laboral se inició durante el periodo de pregrado al realizar mis practicas pre profesionales, orientando mi labor en las áreas de emergencias y cuidados intensivos, este proceso se dio a medida que asumí mayores responsabilidades en el campo laboral contando con una serie de herramientas que configuraron mi perfil profesional como los conocimientos, habilidades, formación académica y experiencia laboral adquirida.

En estos cuatro años que vengo ejerciendo la profesión he podido volcar a mi trabajo diario todos los conocimientos aprendidos en las aulas universitarias, potencializando mis habilidades en el área de emergencia y cuidados intensivos.

En el año 2012 inicié mi internado en el Hospital de apoyo II Santa Rosa, rotando por un tiempo de tres meses en el área de emergencia, en primera instancia era tedioso debido que se me presentaba muchos casos y era mucha responsabilidad, pero a medida que iban pasando los días plasmaba todos mis conocimientos universitarios, me gustaba la

adrenalina de ese servicio, y en ese año terminando mi internado me inclinaba hacia los servicios más críticos siendo el primordial el servicio de emergencia.

En el año 2013, es allí donde ingreso a la clínica Miraflores Auna Piura, realizo en primer lugar una pasantía de una semana para conocer los servicios de hospitalización, emergencia y cuidados intensivos. En el mes de abril ingreso al área de hospitalización, el cual era un servicio donde contaba con 16 camas encontrándose desde un lactante hasta un adulto mayor con diferentes patologías

En mayo de dicho año pase al servicio de emergencia, aun temeroso, pero más decidido y con mayor seguridad, al inicio un poco lento, debido a que faltaba adaptarme a dicho servicio, pero al pasar los días lo hice. Las funciones que desempeñaba era; control de funciones vitales, canalización de vías periféricas, monitorización de pacientes, administración de tratamiento médico, toma de electrocardiogramas. En realidad la emergencia es pequeña cuenta con cuatro camas, se realizan múltiples actividades, desde una toma de presión hasta una intubación con monitorización.

En una mañana ingresa un paciente adulto mayor de sexo masculino, despierto, se notaba pálido, piel fría, taquicardico, hipotenso, se toma un electrocardiograma y se evidencia taquicardia ventricular, se monitoriza, se apoya con oxígeno, se observa al paciente somnoliento y se visualiza en el monitor una fibrilacion ventricular luego hace asistolia, en realidad era mi primera experiencia en parada cardiaca, por otro lado el paciente se le realizo masaje cardiaco debido a que hizo asistolia, después de 10 minutos salió de la parada y se derivó al área de cuidados intensivos.

La enfermería es una profesión humanista, que se adhiere a una filosofía básica centrada en el ser humano y su interacción con el entorno. El

objetivo de enfermería debe ser, esencialmente, para el beneficio del paciente, y su trabajo debe estar centrado en él.

El objetivo del cuidado debe ser promover el proceso de aprendizaje que permita al paciente ser activo en su rehabilitación o promoción de su propia salud, mediante cambios en sus hábitos o transformando las condiciones ambientales que le afectan.

Bixler y Bixler publicaron un conjunto de criterios adaptados a la enfermería en la American Journal of Nursing. Estos criterios establecían que la profesión hacia lo siguiente: (27)

- En su práctica, utiliza el conocimiento especializado que está en un nivel intelectual del aprendizaje superior.
- Aumenta constantemente el conocimiento que utiliza y mejora sus técnicas. - Aplica el conocimiento en servicios prácticos cruciales para el bienestar social y humano.

A medida que las enfermeras crecen en su estatus profesional, el uso de conocimiento sustantivo para la enfermería basada en la teoría es una cualidad característica de su práctica. Este acuerdo de práctica basada en la teoría es beneficioso para los pacientes en cuanto a los cuidados enfermeros de forma sistemática e integral. También sirven a la profesión enfermera porque las enfermeras son reconocidas por sus contribuciones a la asistencia sanitaria de la sociedad. Para la disciplina de la enfermería, el desarrollo de conocimiento es una actividad importante a la que debe dedicarse las especialistas en enfermería. La práctica profesional requiere un método sistemático centrado en el paciente y los trabajos teóricos proporcionan sólo las perspectivas del paciente.

3.3. Procesos realizados en el tema del informe

En una mañana junto con el personal de turno, se escucha la alarma de una ambulancia, ingresando en camilla un paciente adulto mayor de sexo

masculino, despierto, pálido, piel fría, diaforético, al control de funciones vitales se tornaba bradicardico, hipotenso, se coloca oxígeno por baja saturación, se canaliza vía periférica, se procede a tomar un electrocardiograma, evidenciándose bloqueo auriculoventricular de tercer grado, se monitoriza, pasada una media hora se le observa al paciente somnoliento y se visualiza en el monitor una caída rápida de la frecuencia cardiaca, llegando a la asistolia, se realizan masaje cardiaco, recibiendo medicamentos como adrenalina, atropina, llega el medico intensivista y procede a entubación endotraqueal, transcurriendo 10 minutos paciente sale de parada cardiaca, se toman medidas urgentes y necesarias, se continua monitorizando y paciente es trasladado a unidad de cuidados intensivos.

El rol del enfermero en RCP, están encaminadas a revertir el paro cardiorrespiratorio colaborando en la reanimación del paciente, para intentar restaurar la circulación y respiración espontánea.

“La mejora y perfeccionamiento del entrenamiento de los enfermeros, ha permitido no solamente disminuir la mortalidad, sino disminuir la morbilidad, secuelas y complicaciones, especialmente en las situaciones de riesgo vital. La creación y desarrollo del sistema de emergencias, en el cual el objeto y la asistencia integral in situ y traslado rápido, se ha visto perfectamente complementada con medidas de soporte vital básico y avanzado, que permite un sustento del paciente hasta que llega el equipo especializado”.

Se han propuesto diversas opiniones para evaluar la calidad de la profesión, que pueden categorizarse en características intelectuales y elementos prácticos.

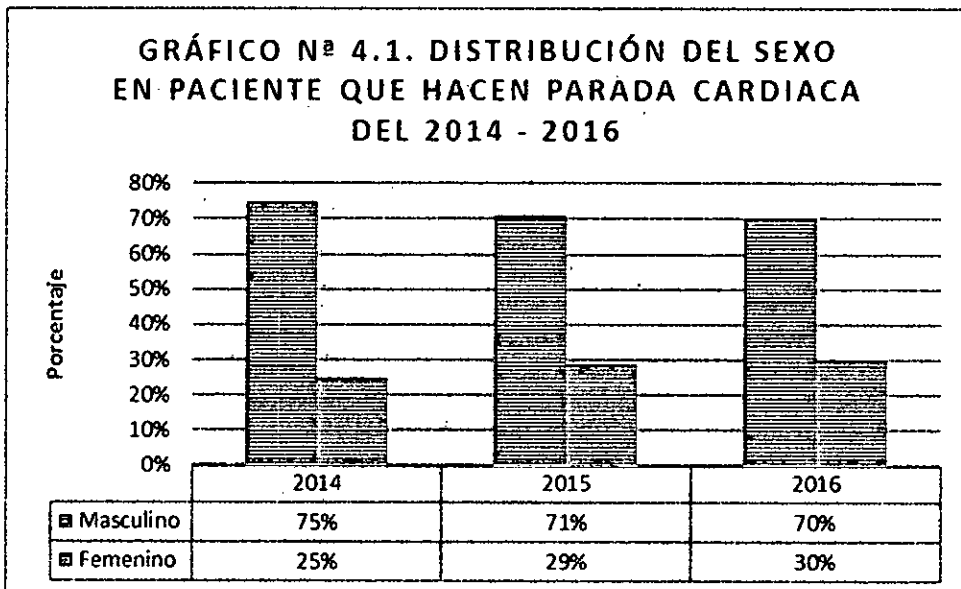
El conocimiento, contribuye a tener un juicio y un fundamento para modificar los actos de acuerdo con la situación, mientras que la esencia de la práctica profesional es un proceso de pensamiento lógico y crítico.

IV. RESULTADOS

CUADRO N° 4.1.
SEXO EN PACIENTE QUE HACEN PARADA CARDIACA DEL
2014 - 2016

| Años | 2014 | | 2015 | | 2016 | |
|-----------|------|-----|------|-----|------|-----|
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| Masculino | 3 | 75 | 5 | 71 | 7 | 70 |
| Femenino | 1 | 25 | 2 | 29 | 3 | 30 |
| Total | 4 | 100 | 7 | 100 | 10 | 100 |

Fuente: Elaboración propia



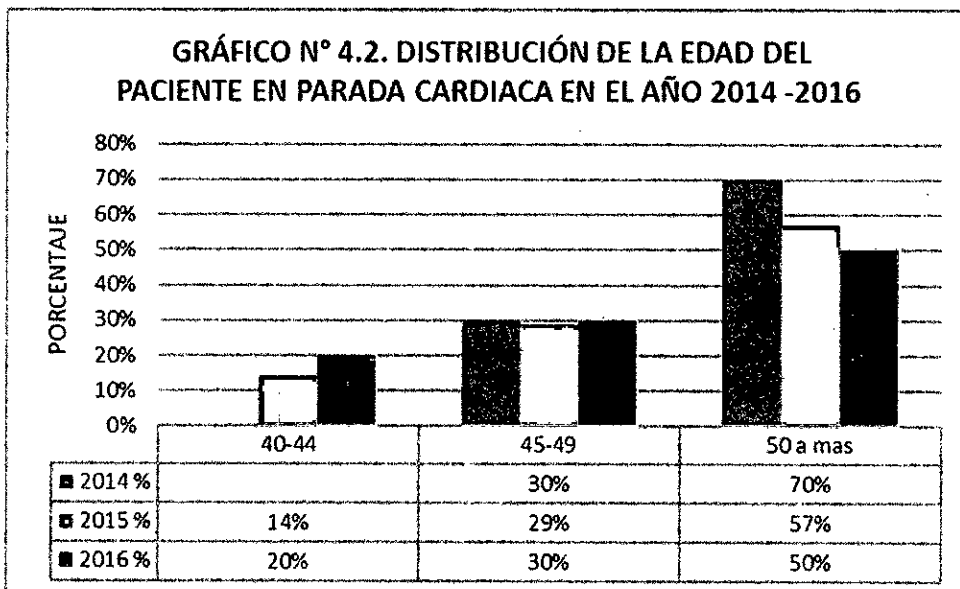
Interpretación: Del 100% de pacientes en parada cardíaca del 2014 al 2016 el mayor porcentaje se observa en el sexo masculino con un 75% en el año 2014, 71% en el 2015 y 70% en el 2016. Concluyendo que el 2014 es mayor la incidencia de casos de parada cardíaca en varones.

CUADRO N° 4.2.

EDAD DEL PACIENTE EN PARADA CARDIACA EN EL AÑO 2014 -2016

| Años | | 2014 | | 2015 | | 2016 | |
|----------|----|------|----|------|----|------|--|
| Edad | N° | % | N° | % | N° | % | |
| 20-24 | | | | | | | |
| 25-29 | | | | | | | |
| 30-34 | | | | | | | |
| 35-39 | | | | | | | |
| 40-44 | | | 1 | 14 | 2 | 20 | |
| 45-49 | 1 | 30 | 2 | 29 | 3 | 30 | |
| 50 a mas | 2 | 70 | 4 | 57 | 5 | 50 | |
| Total | 3 | 100 | 7 | 100 | 10 | 100 | |

Fuente: Elaboración propia

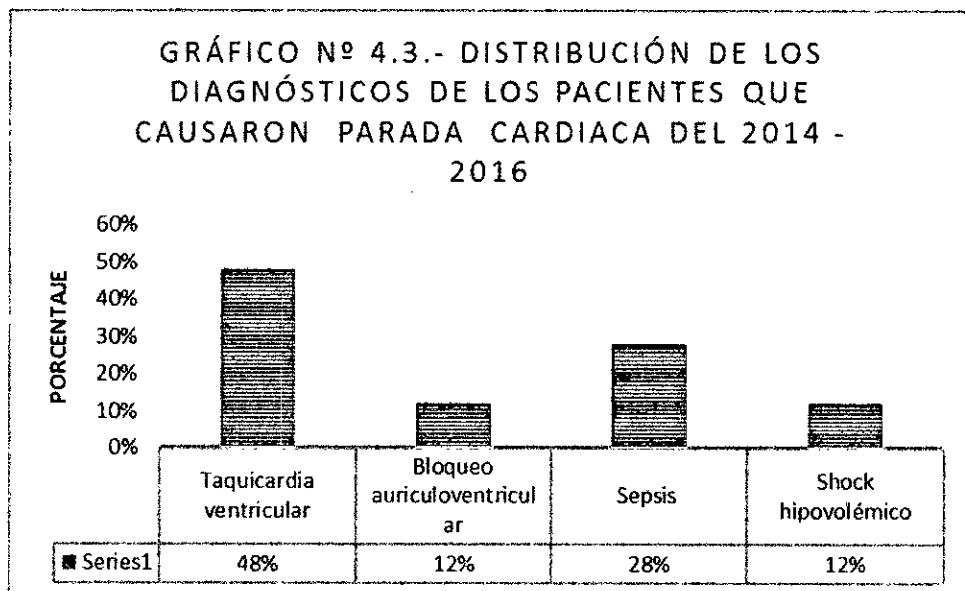


Interpretación: Según el gráfico se observa que la incidencia de casos de pacientes que hacen parada cardiaca oscila entre los 50 a más años representado por un 70%, 57%, 50% en los años 2014,2015,2016 respectivamente.

CUADRO N° 4.3
DIAGNÓSTICOS DE LOS PACIENTES QUE CAUSARON PARADA
CARDIACA DEL 2014 - 2016

| Diagnósticos | N° | % |
|-----------------------------|----|-----|
| Taquicardia ventricular | 10 | 48 |
| Bloqueo auriculoventricular | 3 | 12 |
| Sepsis | 5 | 28 |
| Shock hipovolémico | 3 | 12 |
| Total | 21 | 100 |

Fuente: Elaboración propia

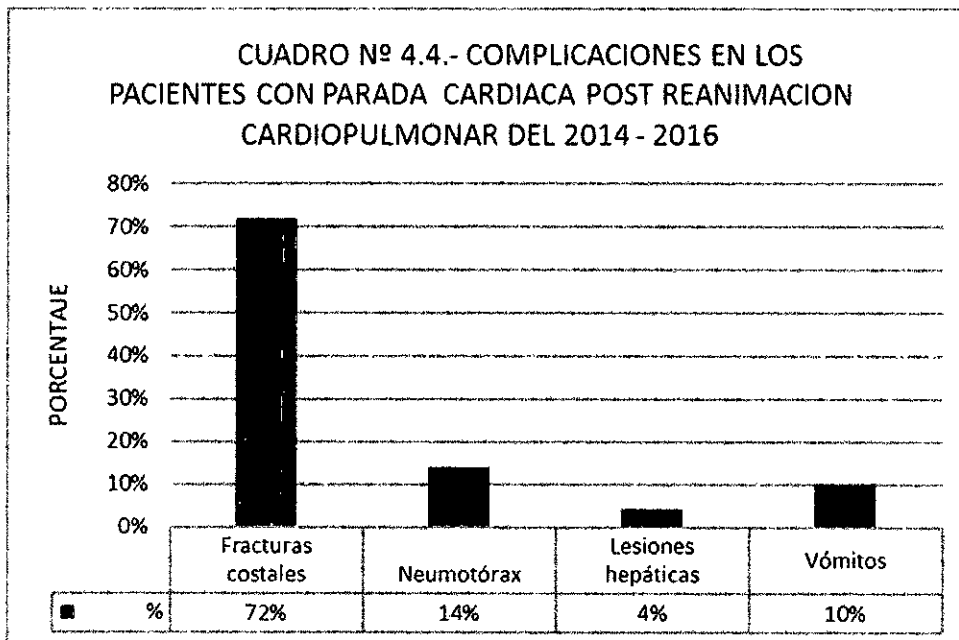


Interpretación: Según el gráfico se observa que los pacientes que hicieron parada cardiaca fueron a causa en un mayor porcentaje de taquicardia ventricular representado por un 48% y sepsis en un 28%.

CUADRO Nº 4.4.
COMPLICACIONES EN LOS PACIENTES CON PARADA CARDIACA
POST REANIMACION CARDIOPULMONAR DEL 2014 - 2016

| Complicaciones | Nº | % |
|--------------------|----|-----|
| Fracturas costales | 15 | 72 |
| Neumotórax | 3 | 14 |
| Lesiones hepáticas | 1 | 4 |
| Vómitos | 2 | 10 |
| Total | 21 | 100 |

Fuente: Elaboración propia

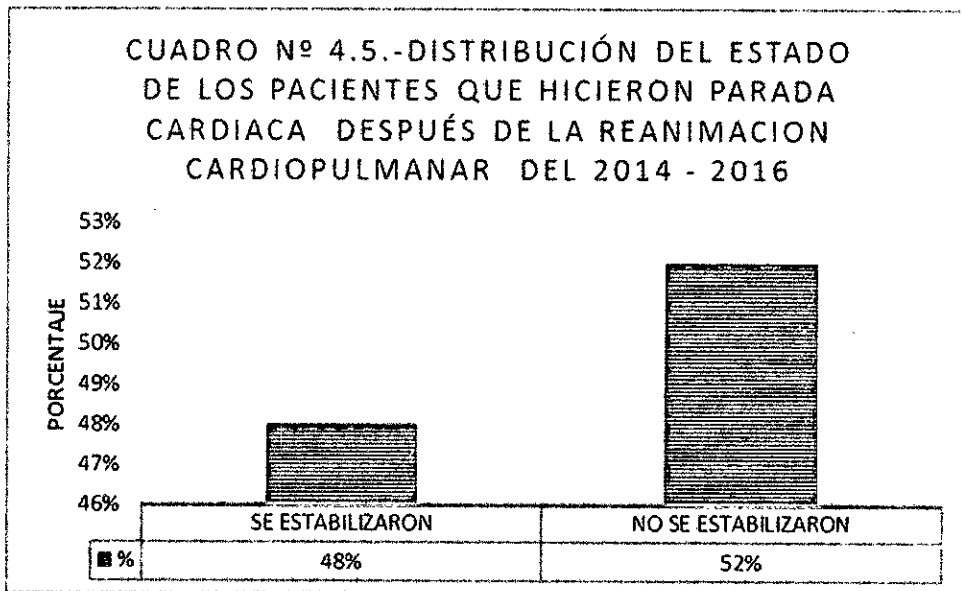


Interpretación: Podemos observar que las complicaciones más frecuentes al momento de realizar reanimación cardiopulmonar a los pacientes en parada cardiaca son fracturas costales y neumotórax representados por un 72% y 14% respectivamente.

CUADRO N° 4.5.
ESTADO DE LOS PACIENTES QUE HICIERON PARADA CARDIACA
DESPUÉS DE LA REANIMACION CARDIOPULMANAR DEL
2014 - 2016

| ESTADO | % |
|---------------------|-----|
| SE ESTABILIZARON | 48 |
| NO SE ESTABILIZARON | 52 |
| TOTAL | 100 |

Fuente: Elaboración propia.



Interpretación: Según el gráfico se observa que del 100% de los pacientes que hicieron parada cardiaca y se les realizo la reanimación cardiopulmonar básica y avanzada el 52% no llegaron a estabilizarse mientras que un 48% se estabilizaron.

V. CONCLUSIONES

- a) Durante los años 2014 al 2016 de 21 pacientes que sufrieron parada cardiorrespiratoria 10 pacientes lograron estabilizarse durante la intervención oportuna.

- b) Las intervenciones de enfermería en pacientes con reanimación cardiopulmonar, permitirán a los enfermeros desarrollar y perfeccionar sus conocimientos con capacidad, habilidades y destrezas.

- c) El enfermero que se desempeña en el área de emergencia debe capacitarse continuamente.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Promover estilos de vida saludables para prevenir infartos cardiacos en pacientes adultos mayores.

- b) Proponer la elaboración de guías y protocolos en su institución de salud para una respuesta rápida, oportuna y eficaz.

- c) Capacitar periódicamente al personal sobre manejo de reanimación cardiopulmonar.

VII. REFERENCIALES

1. Vigo Ramos J. Normas peruanas de la reanimación cardiopulmonar, del soporte básico de vida y de la desfibrilación temprana. Primera ed. Lima: Consenso mundial; 2010.
2. Martínez MW. Asociación Peruana de estudio de la obesidad y arterosclerosis. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en población urbana de Lima. In. Lima; 2014. p. 5.
3. Murray C. Índice de obesidad y sobrepeso. In Murray C.. Inglaterra: The lancet; 2014. p. 23.
4. Vigo Ramos J. Revista Peruana. Muerte súbita y emergencias cardiovasculares. 2008 Junio; 2 (pag. 11,37).
5. Vigo Ramos J. Revista Peruana. Muerte súbita y emergencias cardiovasculares. 2008 Junio; 2 (pag. 11,37).
6. Vigo Ramos J. Revista Peruana. Muerte súbita y emergencias cardiovasculares. 2008 Junio; 2 (pag. 11,37).
7. Murray C. Índice de obesidad y sobrepeso. In Murray C.. Inglaterra: The lancet; 2014. p. 23.
8. Murray C. Índice de obesidad y sobrepeso. In Murray C.. Inglaterra: The lancet; 2014. p. 23.
9. Vigo Ramos J. Revista Peruana. Muerte súbita y emergencias cardiovasculares. 2008 Junio; 2 (pag. 11,37).

10. Falcón Alvino M. Nivel de conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar del enfermero de la segunda especialidad de enfermería UNMSM. Tesis. Lima: UNMSM, Lima; 2014.
11. Benito Julca K. Conocimientos sobre Reanimación Cardiopulmonar básica en el adulto que tienen las enfermeras del Programa Nacional SAMU. Tesis. Lima; Lima; 2014.
12. Alarcón Ponce C. Nivel de conocimientos de las enfermeras sobre maniobras de resucitación cardiopulmonar en la Clínica Maison de Sante. Tesis. Lima: Clinica Maison de Sante, Lima; 2010.
13. Díaz Aguilar P. Reanimación Cardiopulmonar Básica en personal de enfermería. Tesis. Chiquimula; Guatemala; 2014.
14. Cevallos Zambrano G. Evaluación de la intervención de enfermería en la reanimación cardiopulmonar a pacientes críticos de emergencia del Hospital Miguel Alcívar de Leónidas Plaza. Tesis. Bahía Manabí: Hospital Miguel Alcívar de Leónidas Plaza, Ecuador; 2013.
15. Caballero Barreto L. Nivel de conocimientos de los profesionales de enfermería sobre las guías cardiopulmonar en pacientes adultos. Tesis. San Juan; Puerto Rico; 2011.
16. Navarro Machado V. Reanimación Cardiopulmonar Básica. 2009 mayo; 45 (pág. 41).
17. Willens H. El electrocardiograma. In Willens H. El Electrocardiograma, su interpretación práctica. México: Mc Graw-Hill/interamericana; 2004. p. 30-42.

18. Willens H. El electrocardiograma. In WILLENS H. El Electrocardiograma, su interpretación práctica. México: Mc Graw-Hill/interamericana; 2004. p. 30-42.
19. Willens H. El electrocardiograma. In WILLENS H. El Electrocardiograma, su interpretación práctica. México: Mc Graw-Hill/interamericana; 2004. p. 30-42.
20. NAVARRO MACHADO V. Reanimación Cardiopulmonar Básica. 2009 mayo; 45 (pag 41).
21. Navarro Machado V. Reanimación Cardiopulmonar Básica. 2009 mayo; 45 (pag 41).
22. NAVARRO MACHADO V. Reanimación Cardiopulmonar Básica. 2009 mayo; 45 (pag 41).
23. Navarro Machado V. Reanimación Cardiopulmonar Básica. 2009 mayo; 45 (pag 41).
24. Peña N. Scielo. [Online].; 2010 [cited 2016 Agosto 20. Available from:HYPERLINK"https://www.google.com.pe/?gfe_rd=cr&ei=007eVvO_EJPygATGjKbgAg"https://www.google.com.pe/?gfe_rd=cr&ei=007eVvO_EJPygATGjKbgAg# .
25. Peña N. Scielo. [Online].; 2010 [cited 2016 Agosto 20. Available from:HYPERLINK"https://www.google.com.pe/?gfe_rd=cr&ei=007eVvO_EJPygATGjKbgAg"https://www.google.com.pe/?gfe_rd=cr&ei=007eVvO_EJPygATGjKbgAg#

ANEXOS

IMAGEN N° 01:

Paciente que inicia con taquicardia ventricular, luego bradicardia, llegando a la asistolia, según monitor cardiaco.



Fuente: Elaboración propia

IMAGEN N° 02:

Se inicia oportunamente masaje cardiaco, evaluándose vía aérea, apoyo de oxígeno y monitoreo rápido y oportuno



Fuente: Elaboración propia

IMAGEN N° 03:

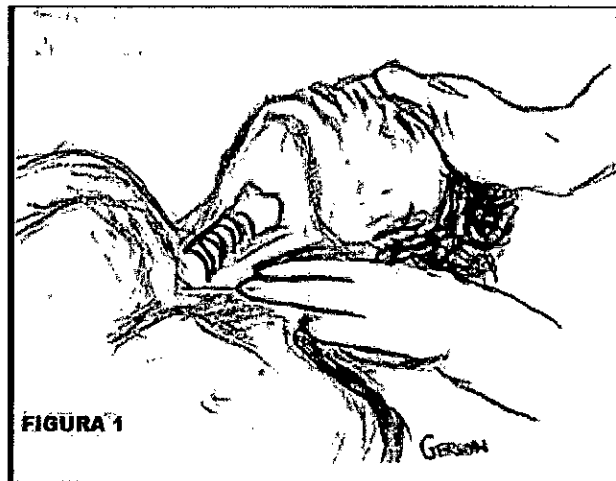
Paciente sin signos vitales



Fuente: Elaboración propia

Figura N°1.

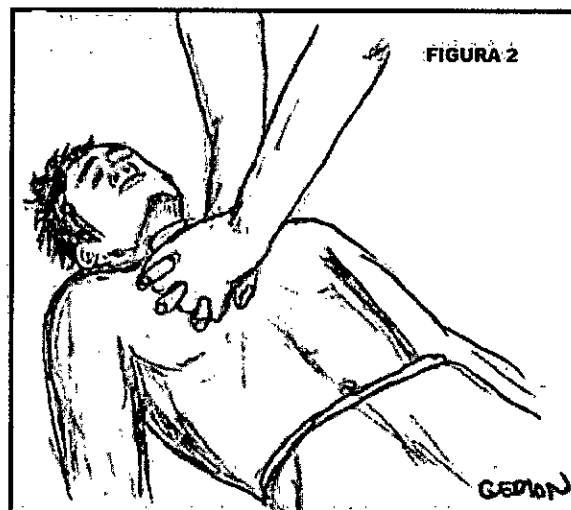
Identificación del pulso carotideo en el paciente



Fuente: Manual de soporte vital avanzado (2015)

Figura N° 2

Compresiones torácicas a nivel del esternón



Fuente: Manual de soporte vital avanzado (2015)

Figura N°3.
Maniobra frente - mentón

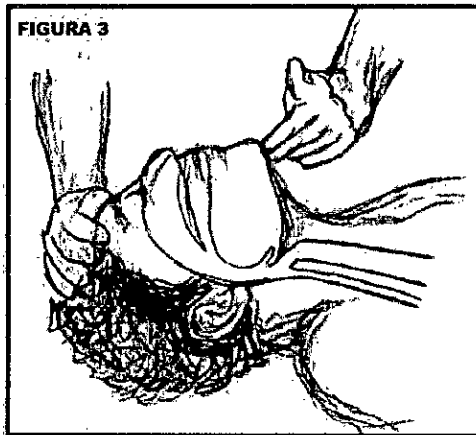
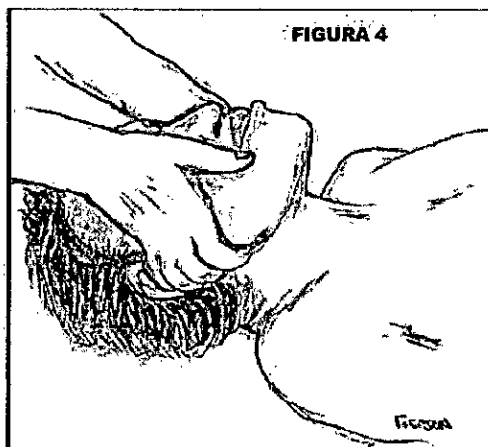
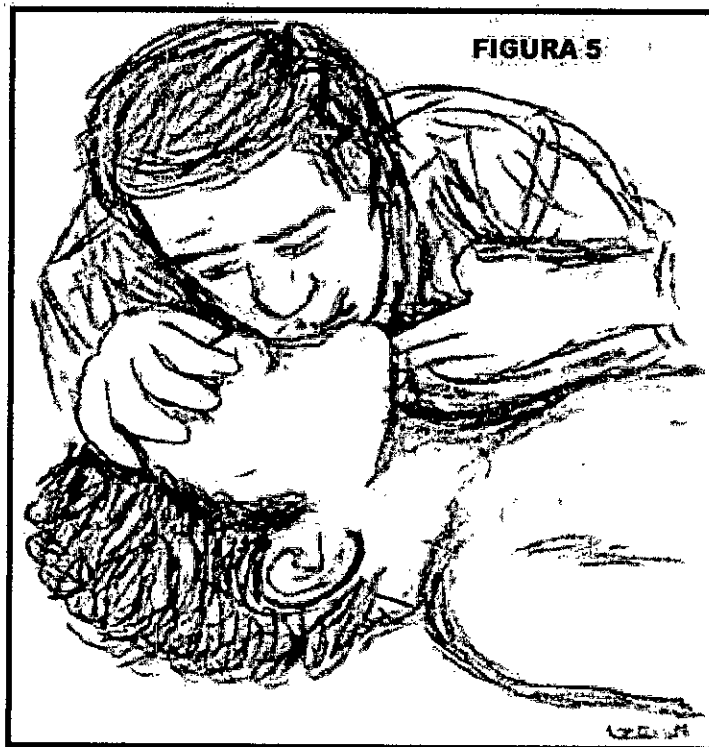


Figura 4.
Maniobra de tracción-mentón



Fuente: Manual de soporte vital avanzado (2015)

Figura 5.
Maniobra de respiración boca a boca



Fuente: Manual de soporte vital avanzado (2015)