

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN PACIENTES EN PARADA
CARDIACA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ESSALUD
SULLANA, PIURA 2013- 2015**

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

CARLOS ALBERTO CHAVEZ DEL AGUILA

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: 180- 2017

Fecha de aprobación:29 de Junio de 2017

Resolución de Decanato Nº 1637-2017-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	3
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	3
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	24
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	26
3.1 FASES DE RECOLECCIÓN DE DATOS	26
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	26
3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME	27
IV. RESULTADOS	29
V. CONCLUSIONES	33
VI. RECOMENDACIONES	34
VII. REFERENCIALES	35
ANEXOS	38

INTRODUCCION

El presente informe de experiencia laboral de las intervenciones de enfermería en pacientes en parada cardiaca tiene el propósito de informar y mejorar el accionar del personal de enfermería que labora en el área de emergencia para actuar con destreza y habilidades en el manejo del paciente en parada cardiaca, realizando un conjunto de maniobras encaminadas a revertir el estado de PCR, el cual ha permitido ampliar el concepto de "muerte previsible"

Las maniobras de RCP básico tienen un protocolo internacional, liderado por la Asociación América del Corazón (AHA), Para ello el personal de enfermería que labora en los servicios de emergencia tiene que agrupar un conjunto de conocimientos, habilidades y destrezas para identificar a las víctimas con parada cardiaca y/o respiratoria.

El presente trabajo nos ha permitido abordar la problemática de la práctica de enfermería en el manejo del paciente en parada cardiaca.

Por lo que finalmente se proponen que el profesional de enfermería que trabaja en el área de emergencia 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 problemática

En la actualidad, las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), representan problemas de salud pública mundial. Según la revista Española de Cardiología “La incidencia anual de paro cardíaco en el mundo es de 4 y 5 millones de casos, la incidencia anual de muerte súbita en Estados Unidos oscila entre 180.000 y 250.000 casos”(4).

“En nuestro país se desconoce la real incidencia de las muertes súbitas y las causas que la producen, sólo hay algunos reportes de casos publicados; sin embargo, esta situación es común a otros países de Latinoamérica, por lo que algunos países como Colombia y México han iniciado esfuerzos por tener un Registro de la muerte súbita” (5).

Hoy en día en el mundo viene incrementando el índice de sobrepeso y obesidad, siendo el factor fundamental de este problema los estilos de vida inadecuados como la falta de ejercicio, alimentación desordenada, estrés.

Este incremento de las personas con sobrepeso y obesidad traen como en aumento la incidencia de enfermedades crónicas como; hipertensión arterial, diabetes, siendo las, más comunes las enfermedades cardiovasculares.(1)

Según la Asociación Peruana de estudios de la Obesidad y arterioesclerosis refiere que la prevalencia de la obesidad en el Perú es de 62.3% de la población

entre los 30 y 59 años sufre de sobrepeso u obesidad; además que el 24% de niños entre 5 y 9 años tiene este problema, finalmente los jóvenes entre 20 y 29 años están con sobrepeso u obesidad(2)

Según estudios realizados por el colegio de nutricionistas de Piura refiere que el mayor número de personas con sobrepeso u obesidad se encuentra en la región de Piura; con una prevalencia del 50% de la población adulta, cifras que van en incremento a comparación del 2012 que era el 40% de la población adulta, seguida de Lima 22.8%, Huaraz 18.3% y Tarapoto 17%.(4)

“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..(3)

“El paro cardiorrespiratorio (PCR) se define como la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la respiración y circulación espontánea, que se traduce en la persona en 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)

En el paro cardiorespiratorio (PCR) por cada minuto que pasa decrecen las oportunidades de supervivencia de la víctima en un 7% a 10%. Pasados los 4 o 6 primeros minutos las neuronas comienzan a deteriorarse, finalmente después de 10 minutos, pocos intentos de reanimación son exitosos.(6).

Para el tratamiento del PCR es esencial conocer y aplicar oportunamente la Reanimación cardiorespiratorio (RCP), que es un conjunto de acciones cuyo

objetivo principal es proporcionar oxígeno al cerebro y al corazón para poder restaurar las funciones cardíacas y respiratorias normales evitando el daño en el sistema nervioso.

El conocimiento y el entrenamiento del RCP debe constituir un requisito básico y obligatorio para todos los Profesionales de la salud y miembros de primera respuesta: policía, bomberos, socorristas, etc., familiares y otros porque están expuestos a ésta situación en el quehacer diario.(7).

Según Asociación Peruana de Facultades y Escuelas de Enfermería (ASPEFEEN) “La educación superior en Ciencias de la Salud influyen doblemente sobre la calidad de los servicios, primero por la calidad técnica y humana de los egresados y segundo porque parte importante del proceso educativo se realiza en los propios servicios.(8)(9)(19)

La enfermera tiene como deber brindar atención eminentemente humana, oportuna, continua y segura, considerando la individualidad de la persona a quien cuida. La enfermera(o) es responsable de su actuación profesional y de mantener vigente su competencia por medio de la capacitación continua de acuerdo con los avances científicos, tecnológicos y culturales.

La atención que se brinda a los pacientes que están en riesgo de muerte al presentar un PCR significa actuar de inmediato, por personal profesional del área de salud como Médicos, Enfermeros, personal técnico, tanto en conocimientos y práctica, desarrollando así una correcta técnica, según normas internacionales, con el objetivo de salvar la vida del paciente y asegurar su recuperación.

Actualmente son cada vez más frecuentes las muertes súbitas, la razón de ello es el incremento de los factores de riesgo tales como tabaquismo hipertensión, obesidad, sedentarismo. Según la OMS, "las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares representan problemas de salud pública mundial". Estas enfermedades se presentan repentinamente con un paro cardiorrespiratorio (PCR), reconociéndose así las maniobras de la Reanimación cardiopulmonar (RCP) como capaz de revertir la muerte súbita. La RCP es un conjunto de acciones cuyo objetivo Principal es proporcionar oxígeno al cerebro y al corazón que pueda restaurar las funciones cardiacas y respiratorias normales evitando el daño en el sistema nervioso central.

1.2 Objetivos

Objetivo general: - describir las intervenciones de enfermería en pacientes en parada cardiaca en el servicio de emergencia del hospital Essalud Sullana 2013-2015.

1.3 Justificación

Dado el incremento de muertes súbitas por, es importante que todo personal de salud que labora en áreas críticas, emergencia o de urgencia participe en la reanimación cardiopulmonar básica, 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. El presente informe de experiencia laboral están orientados a proporcionar información actualizada y científica al profesional de enfermería, para que pueda brindar 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, tanto en la teoría como en la práctica, de tal manera que se asegura tener un enfermero capacitado para una atención oportuna, lo cual se verá refleja en una adecuada atención al paciente minimizando las complicaciones y secuelas.

II. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de estudios

Antecedentes Nacionales:

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 - Lima. 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. El instrumento que se utilizó fue el cuestionario. 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". (10)

Siguas Astorga, Y (2005), realizó un estudio de investigación sobre: "Nivel de conocimientos que tiene la enfermera sobre RCP básico y avanzado del adulto en el servicio de emergencia del Hospital San José, callao", en la ciudad de Lima – Perú. El objetivo fue Determinar el nivel de conocimiento de las enfermeras. El método que se utilizó fue descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 100 enfermeras. El instrumento que se utilizó fue el cuestionario.

Las conclusiones entre otras fueron: En este trabajo se determinó que “Las enfermeras que laboran en el servicio de Emergencia del Hospital San José del Callao, en cuanto a reanimación cardiopulmonar básica en su mayoría tienen un nivel de conocimiento medio con tendencia a lo alto y en relación de la reanimación “cardiopulmonar avanzada un nivel de conocimiento bajo con tendencia a lo medio; por tanto es fundamental que el personal de enfermería conozca y esté preparado para realizar una reanimación cardiopulmonar tanto básico como avanzado en forma oportuna, eficiente y eficaz con la finalidad de aumentar la calidad de vida en el paciente y disminuya secuelas.(11)

Palma Vásquez, N.(2009) realizó un estudio de investigación sobre: “Determinación del nivel de conocimiento habilidades y prácticas en reanimación cardiopulmonar básica en personal de enfermería, personal técnico e internos de medicina en el hospital regional de Cajamarca”. El objetivo fue: Evaluar el nivel de conocimiento, habilidades y prácticas en reanimación cardiopulmonar básica que poseen enfermeras, personal técnico e internos de medicina en el Hospital Regional de Cajamarca en febrero del 2009. El método de estudio fue Observacional, descriptivo y prospectivo. La población estuvo conformada por 64 participantes, 29 técnicos, 25 enfermeras y 10 internos de Medicina que laboran en el Hospital Regional de Cajamarca. El instrumento que se utilizó fue un cuestionario. Las conclusiones entre otras. “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.

Caballero Barreto I. (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.

“De acuerdo a los datos la mayoría de los participantes indican que su conocimiento es regular. A pesar de esto, los profesionales de enfermería se sienten capacitados para comenzar el manejo de un paciente en arresto cardio – pulmonar sin la presencia del médico. Igualmente, la mayoría de los profesionales de la enfermería conoce las nuevas guías desarrolladas por la AHA para el manejo de un paciente en arresto cadio - respiratorio. (14)

Cevallos Zambrano, G. Y Saltos Loor, A. (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. Alcivar de Leónidas Plaza, Cantón Sucre, periodo Enero –

Agosto”, en la ciudad de Bahía Manabí – Ecuador, en el año 2013. 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. “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”(15).

2.2. Marco conceptual.

Paro cardiorrespiratorio

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

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 cardiaco 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”.

b) Asistolia

Ausencia de actividad eléctrica miocárdica debería confirmarse mediante el cambio de derivación o la modificación de las Palas desfibriladoras. 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”.

Los pacientes en paro cardíaco que presenten asistolia por lo general sobreviven tan solo 1 o 2 de 100 durante un intento de reanimación puede aparecer breves periodos 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.

Reanimación cardiopulmonar

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 Cardiopulmonar 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 consejo peruano de reanimación (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.

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.

b) Compresiones torácicas: "C"

La técnica de las compresiones torácicas (masaje cardíaco) consiste en aplicaciones rítmicas y seriadas de presión sobre la mitad inferior del esternón.

La sangre enviada a los pulmones mediante las compresiones torácicas recibe suficiente oxígeno para mantener la vida, cuando estas compresiones se acompañan de una ventilación asistida adecuadamente realizada.

Para realizar las compresiones torácicas el paciente debe estar en posición horizontal, acostado de espaldas (boca arriba) sobre una superficie dura. No debe hacerse RCP con la víctima en una cama, pues la superficie es blanda y la compresión no será efectiva.

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

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. (Anexos, Figura 1)

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 2015, 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” (Anexos, figura N° 2)

c) Manejo de la vía aérea: “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.

Maniobra frente – mentón

Colocar una mano sobre la frente de la víctima, manteniendo los 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. (Anexos Figura N°3).

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. (Anexos Figura N° 4)

d). Respiración: "B"

Las Guías Internacionales 2015 han eliminado de la RCP la secuencia del VES (ver, escuchar y permeabiliza la vía aérea y da 2 respiraciones de apoyo)

Pasos para la técnica: "boca a boca"

Es la forma rápida y eficaz de sentir). Después de 30 compresiones seguidas, el reanimador 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 (Anexos Figura N° 5)

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.

- 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 1seg. 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.

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 de enfermería, a través de la historia, se ha caracterizado por su capacidad para responder a los cambios que la sociedad ha ido experimentando y consecuentemente, a las necesidades de cuidados que la población y el Sistema Sanitario han ido demandando

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.

En la práctica clínica, los profesionales de enfermería debemos tomar decisiones constantemente, que se sustentan en la formación adquirida y en la experiencia profesional, pero también influenciada por la experiencia que brindan otros profesionales del mismo contexto asistencial.

BASE TEÓRICA

Práctica enfermera según la teoría de Patricia Benner: De principiante a experta.

Benner, sostiene que, a medida que el profesional adquiere experiencia, el conocimiento clínico se convierte en una mezcla de conocimiento práctico y teórico. Es sus estudios demostró que la adquisición de conocimientos y habilidades, se adquieren más fácilmente cuando se construyen bajo una base sólida.

Esta clasificación que realiza ella, fortalece la idea de que la experiencia enriquece la formación de enfermería, ya que en etapas iniciales se presentan inseguridades en el manejo de los pacientes, se viven las primeras experiencias con la muerte, y

el aprendizaje se realiza a través de la observación de pares y otros profesionales. Además, estos niveles de adquisición permitieron a Benner ubicar a los profesionales de enfermería dentro de su propio contexto de aprendizaje, ofreciéndole a cada uno la oportunidad de conocer sus fortalezas y debilidades.

Explicaremos a continuación las cinco etapas previamente mencionadas:

- **Principiante:** es la persona que no tiene ninguna experiencia previa de la situación a la que debe enfrentarse. Existen problemas para diferencias entre los aspectos relevantes y los irrelevantes de una situación. Por reglar general, es este estadio se encuentran los estudiantes de enfermería, aunque también podrían encontrarse las enfermeras expertas en un área determinada cuando tienen que enfrentarse a una situación que les es desconocida. Un ejemplo de ello pueden ser las enfermeras de rooting. Pueden ser expertas en el área de maternidad pero cuando son trasladadas a otra planta, encuentran dificultades.
- **Principiante avanzada:** es la persona que puede demostrar una actuación aceptable por lo menos parcialmente después de haberse enfrentado a un número suficiente de situaciones reales o después de que un tutor le haya indicado los elementos importantes recurrentes de la situación. En este estadio, la persona posee la experiencia necesaria para dominar algunos aspectos de la situación. Las enfermeras en este nivel siguen normas y se

orientan por las tareas que deben realizar. Tienen problemas para dominar la situación actual del paciente desde una perspectiva más amplia. En esta etapa, a la enfermera no le preocupa tanto conocer las respuestas y necesidades de los pacientes, sino que estudian las situaciones clínicas para demostrar sus capacidades y saber lo que exige la situación a la que se enfrentan.

- **Competente:** este nivel se caracteriza por una considerable planificación consistente y deliberada que determina los aspectos de las situaciones actuales y futuras que son importantes y cuáles no. La atención se centra en la gestión del tiempo y en la organización de las tareas de la enfermera, en vez de centrarse en la planificación del tiempo.
- **Eficiente:** este es un salto cuantitativo con respecto al competente. Ahora la persona es capaz de reconocer los aspectos más importantes y posee un dominio intuitivo de la situación a partir de la información previa que conoce.
- **Experta:** en este nivel, la enfermera posee un dominio intuitivo de la situación y es capaz de identificar el origen del problema sin perder tiempo en soluciones y diagnósticos alternativos. La enfermera experta posee habilidad de reconocer patrones gracias a su amplia experiencia. La enfermera desarrolla su ejercicio profesional de manera flexible y muy eficiente; ya no necesita reglas, directrices o máximas para conectar su conocimiento de la situación con la acción adecuada. Demuestra capacidad analítica elevada e

intuitiva ante situaciones nuevas y tiende a realizar una acción determinada porque "siente que es lo correcto".

2.3 Definición de términos.

- a) El paro cardíaco se define como el incidente del corazón de bombear fuera suficiente sangre para la circulación a las diversas partes del cuerpo. El volumen cardíaco llega a ser escaso para cumplir los requisitos del cuerpo.
- b) Volumen Cardíaco Esto refiere al periodo de sangre bombeado fuera por el corazón sobre un 1 intervalo de tiempo minucioso.
- c) Volumen de Recorrido Éste es el volumen de sangre bombeado fuera por el corazón en una contracción.
- d) Retorno Venoso Ésta es la sangre que vuelve del cuerpo vía las venas en el corazón.
- e) Sístole Ésta es la contracción del corazón esa sangre de las bombas fuera.
- f) Diástole Éste es el período entre dos contracciones sistólicas cuando el corazón se despliega para permitir que la sangre reúna antes de que pueda ser bombeado fuera..
- g) Insuficiencia cardíaca congestiva Ésta es una condición que se convierte cuando el volumen cardíaco es inferior y el corazón no puede bombear suficiente sangre para oxigenar y para alimentar al cuerpo.

- h) Paro cardíaco Agudo Esto refiere al inicio agudo o súbito del paro cardíaco.
- i) Paro cardíaco Crónico Esto progresa y empeora en un cierto plazo.
- j) Incidente ventricular izquierdo Agudo Esto refiere a un incidente súbito del ventrículo izquierdo que lleva a la congestión en los pulmones y a la falta de aire en el esfuerzo o aún mientras que descansa.
- k) Paro cardíaco descompensado Agudo Esto refiere a un episodio del paro cardíaco agudo en una persona que tenga ya paro cardíaco crónico a largo plazo.
- l) Fallo Cardíaco También sabido como de asistolia, esto se refiere cuando los topes del corazón totalmente y no bombea sangre en absoluto.
- m) Cardiomiopatía Esto describe el deterioro de los músculos cardíacos que pueden llevar al paro cardíaco. El tipo más común es la cardiomiopatía dilatada, donde los músculos cardíacos se dilatan y no pueden contraher normalmente

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos

Para la ejecución del presente informe de experiencia laboral se realizó la recolección de datos de los registros de atención diaria del hospital EsSalud I Sullana, historia clínica y Modulo Perfiles Epidemiológicos. Sistema WinEpi v3.00 - 2012- 2015.dicho trabajo fue coordinado con jefatura del servicio de emergencia, admisión y inteligencia sanitaria.

3.2. Experiencia profesional

La experiencia como enfermero inicia en el año 2009 en atención primaria donde se tuvo la oportunidad de realizar actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades hasta enero del 2012 luego continuo la experiencia profesional en el hospital privado del Perú en el servicio de emergencia inicia en febrero del 2012 en dicha institución se tuvo la oportunidad de laborar por espacio de 6 meses hasta el 31 de julio del mismo año continuando dicha experiencia laboral en el Hospital I- EsSalud Sullana donde inicio a laborar en agosto del 2012 hasta agosto del 2015 por un periodo de 3 años en tal sentido la experiencia profesional en el servicio de emergencia suma 3 años 6 meses los cuales permite fortalecer las habilidades y destrezas en la atención de pacientes con problemas de salud que mediante el Triage se clasifican en urgencias o emergencias.

3.3 Procesos realizados en el tema del informe

Durante mi experiencia profesional tuve la oportunidad de ejecutar diversas intervenciones identificando además situaciones que fortalecían y limitaban el trabajo respecto en el área de emergencias, hubo muchas experiencias gratificantes como no muy gratificantes al respecto según lo detallo a continuación: Durante los tres años de experiencia laboral se logró un plan de capacitación continua en manejo de parada cardíaca que fue desde el manejo de las guías AHA 2010 hasta la actualización en el manejo del RCP con las guías AHA 2015, el cual permitió que el personal que labora en el área de emergencia esté capacitado para actuar en caso de pacientes en parada cardíaca, tomando el liderazgo los profesionales de enfermería para dirigir la RCP.

Limitaciones.

Una de nuestras más grandes limitaciones fue que no contamos con personal técnico y profesional capacitado para una adecuada maniobras de RCP, a demás personal médico que no tiene las habilidades y destrezas para dirigir o iniciar una RCP oportuna el cual nos ha llevado a la complicación del paciente y en algunas ocasiones con consecuencias fatales, el cual fue superado con capacitaciones constantes del personal.

La experiencia laboral y el método científico nos permiten elaborar un plan de cuidados basado en evidencias, las que nos conducirán a mejores resultados en la recuperación del paciente.

Los enfermeros que trabajamos en las áreas de emergencia estamos expuestos a múltiples riesgos sin embargo somos conscientes que nuestras destrezas, habilidades y utilizando las medidas de bioseguridad nos permite brindar una atención eficiente y oportuna disminuyendo daños y secuelas en el paciente.

La satisfacción lograda se basa un poco en la teoría del principiante al experto ya los logros que se cumplan como profesional tiene mucho que ver con el conocimiento y la experiencia para el manejo adecuado de un paciente.

Ante la falta de insumos se gestionaron e implementaron un almacén en el área de emergencia, donde se contaba con un stock de insumos y material que nos permitía realizar mejor nuestro trabajo

IV. RESULTADOS

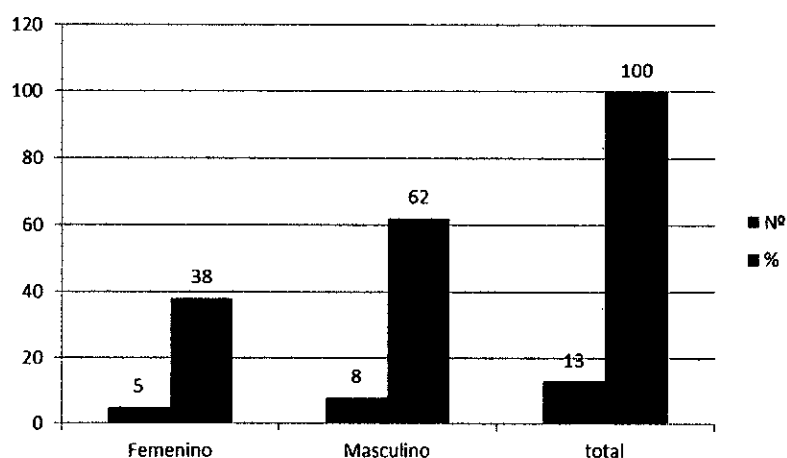
CUADRO 4.1.

PACIENTES FALLECIDOS POR PARO CARDIORRESPIRATORIO DE CAUSA NO ESPECIFICADA SEGÚN SEXO EN EL HOSPITAL I ESSALUD SULLANA.

AÑO 2013

sexo	Nº	%
Femenino	5	38
Masculino	8	62
total	13	100

Fuente: oficina de inteligencia sanitaria Hospital EsSalud Sullana.



Interpretación gráfico N° 4.1.

La mayor incidencia de fallecidos por paro cardiorrespiratorio de causa no especificada para el año 2013 se encuentra en el sexo masculino, se dice que los hombres acuden tarde en busca de atención, que tienen más conductas insalubres que las mujeres y por ello están en riesgo potencial de parada cardíaca a una edad más temprana que las mujeres

CUADRO 4.2.

PACIENTES FALLECIDOS POR PARO CARDIORRESPIRATORIO DE CAUSA NO ESPECIFICADA SEGÚN SEXO EN EL HOSPITAL I ESSALUD SULLANA.

AÑO 2014

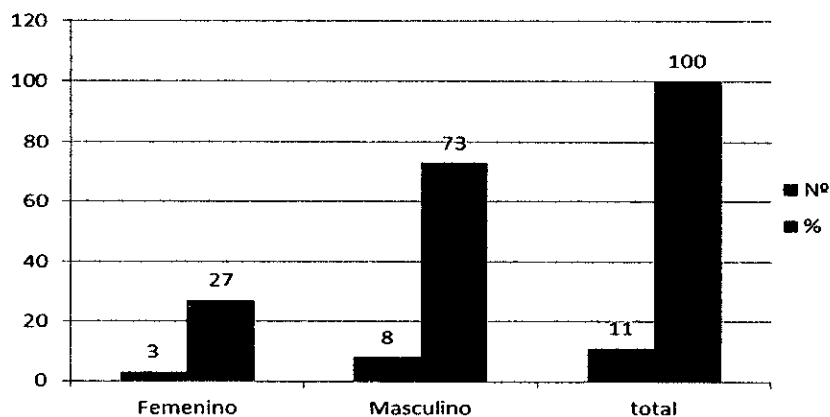
sexo	Nº	%
Femenino	2	40
Masculino	3	60
total	5	100

Fuente: oficina de inteligencia sanitaria Hospital EsSalud Sullana.

GRAFICO 4.2.

PACIENTES FALLECIDOS POR PARO CARDIORRESPIRATORIO DE CAUSA NO ESPECIFICADA SEGÚN SEXO EN EL HOSPITAL I ESSALUD SULLANA.

AÑO 2014



Interpretación gráfico N° 4.2.

La mayor incidencia de fallecidos por paro cardiorrespiratorio de causa no especificada para el año 2014, sigue siendo mayor en el sexo masculino con un 60 % por las causas ya mencionadas.

CUADRO 4.3.

PACIENTES FALLECIDOS POR PARO CARDIORRESPIRATORIO DE CAUSA NO ESPECIFICADA SEGÚN SEXO EN EL HOSPITAL I ESSALUD SULLANA.

AÑO 2015

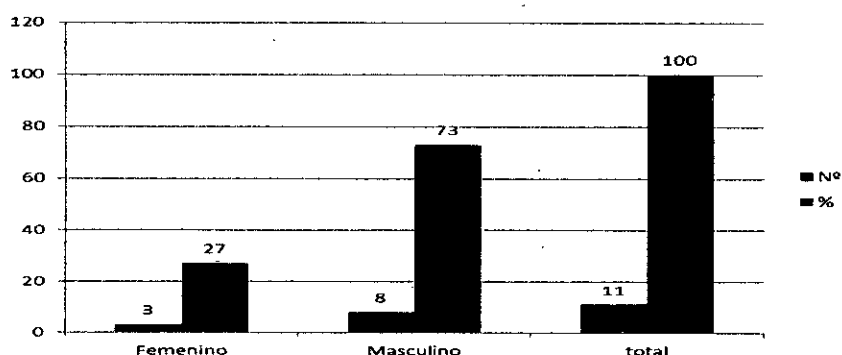
sexo	Nº	%
Femenino	3	27
Masculino	8	73
total	11	100

Fuente: oficina de inteligencia sanitaria Hospital EsSalud Sullana.

GRAFICO 4.3.

PACIENTES FALLECIDOS POR PARO CARDIORRESPIRATORIO DE CAUSA NO ESPECIFICADA SEGÚN SEXO EN EL HOSPITAL I ESSALUD SULLANA.

AÑO 2014



Interpretación gráfico Nº 4.3.

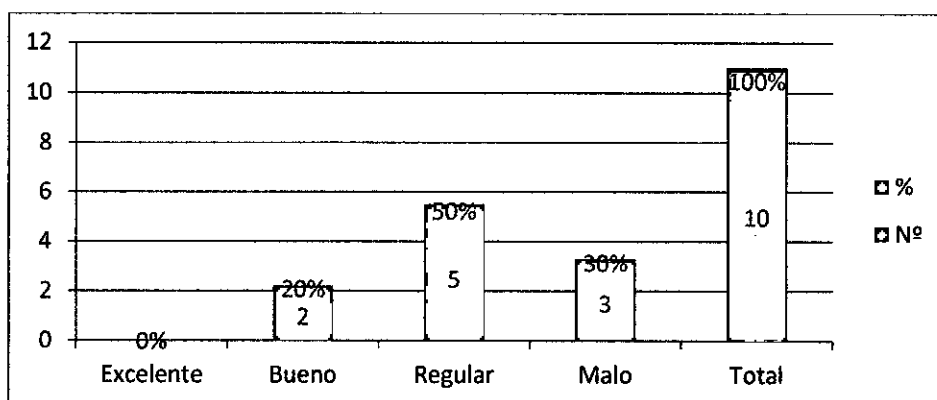
la mayor incidencia de fallecidos por paro cardiorrespiratorio de causa no especificada para el año 2013 se encuentra en el sexo masculino, se dice que los hombres acuden tarde en busca de atención, que tienen más conductas insalubres que las mujeres y por ello están en riesgo de fallecer a una edad más temprana que las mujeres

CUADRO 4.4.
PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL I ESSALUD SULLANA SEGÚN CONOCIMIENTOS DE LAS MANIOBRAS DEL RCP BÁSICO EN PACIENTES EN PARADA CARDIACA

CATEGORIA	Nº	%
Excelente	0	0
Bueno	2	20
Regular	5	50
Malo	3	30
Total	10	100

Fuente: lista de chequeo CCHDA

GRAFICO 4.4.
PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL I ESSALUD SULLANA SEGÚN CONOCIMIENTOS DE LAS MANIOBRAS DEL RCP BÁSICO EN PACIENTES EN PARADA CARDIACA



Interpretación gráfico N° 4.4. Un 50 % de Personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital I Essalud Sullana tiene un conocimiento regular de las maniobras del RCP básico en pacientes en parada cardiaca, mientras que un 20 % tiene un nivel de conocimientos bueno y un 30% malo lo cual indica la necesidad de capacitaciones continuas en RCP.

V. CONCLUSIONES

- a) El mayor porcentaje de fallecidos por parada cardíaca en el hospital I Essalud Sullana se evidencia que mayor en el sexo masculino que en el femenino.
- b) Se evidencia que el nivel de conocimientos del personal de salud incluyendo a médicos, enfermeros y técnicos de enfermería del hospital I Essalud Sullana es de regular a malo.
- c) El marco teórico corrobora que la formación en reanimación cardiopulmonar ayuda a mejorar habilidades y destrezas para actuar correctamente en paradas cardíacas reales, mejora el pronóstico y eleva el nivel de sobrevivencia de los pacientes, asegurando la homogeneidad, coordinación y calidad de dicho procedimiento.
- d) El reconocimiento del deterioro del paciente y monitorización apropiada y regular de los signos vitales del paciente ayudan al personal en la detección y tratamiento precoz de las situaciones susceptibles de desencadenar una parada cardíaca. La mayoría de los pacientes críticos que son ingresados a un servicio de emergencia tienen un paro cardiopulmonar o muestran signos claros y detectables de deterioro en las horas que preceden a estos eventos.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Para una correcta actuación frente a una parada cardiaca intrahospitalaria, los hospitales deberían proporcionar un sistema de cuidados que incluya Nivel de evidencia, Grado de recomendación, Formación del personal.
- b) Capacitar en el reconocimiento de signos de deterioro del paciente y las razones para ofrecer una respuesta temprana mediante una valoración y detección precoz de los pacientes de riesgo.
- c) Monitorización apropiada y regular los signos vitales del paciente.
- d) Incorporación de guías claras de actuación para una respuesta clínica apropiada y a tiempo, donde incluyan un sistema claro y uniforme para la petición de ayuda. Inicio del soporte vital básico/inmediato a demás
Establecer criterios mínimos unificados para el control y mantenimiento del material que conforma el carro de parada.
Realización de simulacros y uso de ayudas cognitivas como las listas de chequeo para minimizar la posibilidad de omisión de pasos críticos durante la reanimación cardiopulmonar.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CHRISTOPHER MURRAY,(2014) The Lancet. Índice de Obesidad y Sobrepeso. Inglaterra. Pág. 23
2. MACEDA, W; MARTÍNEZ.(2014) Asociación Peruana de Estudio de la obesidad y Aterosclerosis (APOA). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en población urbana de Lima. Lima Perú. Pág. 5
3. VIGO RAMOS, J.(2010). Normas Peruanas de la Reanimación Cardiopulmonar, del Soporte Básico de Vida y de la Desfibrilación Temprana – Consenso Mundial 2010 – Lima - Perú. pág. 10 – 52
4. Revista Española de Cardiología. (2013) Epidemiology of sudden Cardiac Death. Supl. Vol. 13. España. Pág. 2
5. VIGO RAMOS, JORGE. Revista Peruana med. exp. Salud pública “Muerte súbita y emergencias cardiovasculares: problemática actúa” v.25 n.2 Lima. pag.11, 37
6. ZELADA LOYOLA. L. (2002). Asociación Peruana de Facultades y Escuelas de Enfermería. Estándares Básicos de Calidad para los Programas de Pregrado de Enfermería. Lima – Perú. Pág. 2 -8
7. BENITO JULCA, K. (2014) “Conocimiento sobre Reanimación Cardiopulmonar básica en el adulto que tienen las enfermeras del Programa Nacional SAMU”, en la ciudad de Lima – Perú.
8. SIGUAS ASTORGA, Y.(2005), “Nivel de conocimientos que tiene la enfermera sobre RCP básico y avanzado del adulto en el servicio de emergencia título de Especialista en Enfermería Emergencia y desastre. Lima – Perú.

9. PALMA VASQUEZ, N.(2009), "Determinación del nivel de conocimiento habilidades y prácticas en reanimación cardiopulmonar básica en personal de enfermería, personal técnico e internos de medicina en el hospital regional de Cajamarca –Perú.
10. ALARCÓN PONCE, C. Y GUIDOTTI CAMARENA, R.(2010) "Nivel de Conocimiento de las enfermeras, sobre maniobras de resucitación cardiopulmonar en la Clínica Maison de Santé", en la ciudad de Lima – Perú.
11. CABALLERO BARRETO L.(2011). "Nivel de conocimiento de los profesionales de la enfermería sobre las guías de resucitación cardio – pulmonar en pacientes adultos". San Juan – Puerto Rico.
12. CEVALLOS ZAMBRANO, G. Y SALTOS LOOR, A. "Evaluación de la intervención de enfermería en la reanimación cardiopulmonar a pacientes críticos en el proceso de emergencia del Hospital Miguel H. Alcivar de Leónidas Plaza, Cantón Sucre– Ecuador.
13. BUNGE, MARIO (1999) "La ciencia, su métodos y su filosofía". Buenos Aires. Ed. Siglo XX. Pág. 46–48.
14. CARRUITERO GIOVE B. (2008). Colegio de Enfermeros del Perú, estatuto y reglamento. 2006 – 2008, pág. 36 -37.
15. CARRUITERO GIOVE B. (2008). Colegio de Enfermeros del Perú, estatuto y reglamento. 2006 – 2008. Pág. 172 – 174.
16. NAVARRO MACHADO V. (2009) Revista. "Reanimación cardiopulmonar básica" v.45, pág. 41.

17. HAMM WILLEMS. (2004) El Electrocardiograma: Su Interpretación Práctica. 3a ed Ed. Mc Graw-Hill/ Interamericana. México. pág.30 - 42
18. NIEVA LOZANO, R.(2004) "Atención de Enfermería en Urgencias y Emergencias". Madrid. Editorial Difusión Avances de Enfermería (DAE) 1 Ed. pp. 11 y 52.
19. MARANÓN, A.; QUEROL, M. FRANCÉS, S. (2011) La enfermera experta en el cuidado del paciente crítico según Patricia Benner. *Enfermería intensiva*, vol. 22, no 3, p. 112-116.

ANEXO


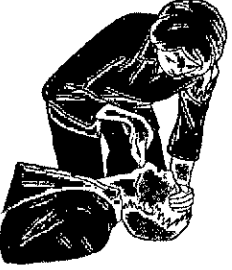
ANEXO Nº 01

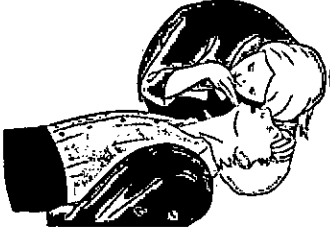

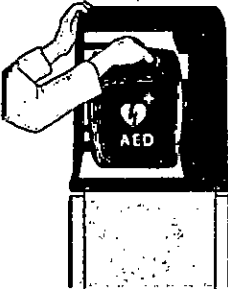
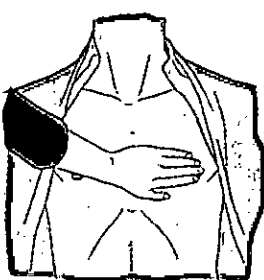
LISTA DE CHEQUEO DE APLICACIÓN DE RCP


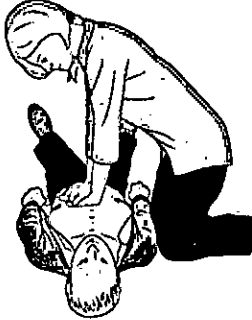

ITEM A EVALUAR	Logro del objetivo (si o no)
<p>EVALUACION CARDIOPULMONAR RAPIDA</p> <ul style="list-style-type: none"> . <i>Diagnóstico de estado fisiopatológico</i> . Diagnóstico de inconciencia . Pedido de ayuda . Apertura de vía aérea con maniobra de extensión de la cabeza – elevación del mentón . Diagnóstico respiratorio: Maniobra miro – escucho – siento. . Ventilaciones de rescate. . Palpación de pulsos braquiales – verificación de signos de circulación. 	
<p>VENTILACION BOLSA Y MASCARA (VBM)</p> <ul style="list-style-type: none"> . <i>Expansión torácica (punto final).</i> . Tamaño adecuado de bolsa. . Tamaño adecuado de máscara (cubre boca y nariz de la víctima). . Sellado adecuado de la máscara (sin pérdidas). . Conexión a la fuente de oxígeno. 	
<p>MASAJE CARDIACO</p> <ul style="list-style-type: none"> . <i>Masaje cardíaco a 100 por minuto (punto final).</i> . Posición adecuada de las manos en el tórax. . Masaje fuerte. . Compresiones ritmo 15.2 	

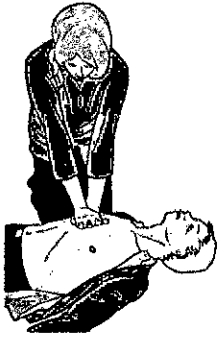


ANEXO N° 02



PROPUESTA DE GUIA CLINICA PARA MANEJO DE LA PARADA CARDIACA

SECUENCIA	ACCIÓN	DESCRIPCION TECNICA
<p style="text-align: center;">SEGURIDAD</p> <p>Asegúrese de que usted, la víctima y cualquier testigo están seguros</p>		Utilizar las medidas de bioseguridad para la atención del paciente. (manoplas, mascarilla, lentes y mandilón)
<p style="text-align: center;">RESPUESTA</p> <p>Evalúe al paciente</p> <p style="text-align: center;">Descripción técnica</p>		<p>Sacuda suavemente sus hombros y pregunte en voz alta: "¿Se encuentra bien?"</p> <p>Controle funciones vitales P/A, FC, FR, SO2</p>
<p style="text-align: center;">Vía aérea</p>		<p>Coloque a la víctima boca arriba.</p> <p>Coloque su mano sobre la frente e incline suavemente su cabeza hacia atrás; con la yema de sus dedos bajo el mentón del paciente, eleve el mentón para abrir la vía aérea</p>

		<p>En los primeros minutos de una parada cardiaca, un paciente puede estar prácticamente sin respiración, o presentar boqueadas Infrecuentes, No confunda esto con la respiración normal. Mire, escuche y sienta durante no más de 10 segundos para determinar si la víctima está Respirando normalmente. Si tiene alguna duda acerca de si la respiración es normal, actúe como si no estuviera respirando normalmente y prepárese para empezar RCP.</p>
<p>NO RESPONDE Y NO RESPIRA CON NORMALIDAD</p> <p>Avisé a l medico de turno</p>		<p>Pida a alguien que llame medico si es posible, si no llámelos usted mismo. Permanezca junto al paciente mientras hace la llamada si es posible</p>
<p>ENVÍE POR EL DEA</p> <p>Envíe a alguien por el DEA</p>		<p>Si es posible envíe a alguien a buscar un DEA y traerlo. Si está usted sólo, no abandone a la víctima, y comience la RCP</p>
<p>CIRCULACIÓN</p> <p>Inicie compresiones torácicas</p>		<p>Arrodillese al lado del paciente Coloque el talón de una mano en el centro del pecho de la víctima; (que es la mitad inferior del hueso central del pecho del paciente o esternón)</p>

		<p>Coloque el talón de la otra mano encima de la primera Entrelace los dedos de sus manos y asegúrese de que la presión no se aplica sobre las costillas del paciente Mantenga sus brazos rectos. No haga presión sobre la parte alta del abdomen o la parte final del esternón (hueso central del pecho)</p>
		<p>Colóquese verticalmente sobre el pecho del paciente y comprima el esternón aproximadamente 5 cm (pero no más de 6 cm) Después de cada compresión, libere toda la presión sobre el pecho sin perder contacto entre sus manos y el esternón; Repita a una frecuencia de 100-120 por min</p>
<p>SI ESTÁ FORMADO Y ES CAPAZ</p> <p>Combine las compresiones torácicas con las respiraciones de rescate</p>		<p>Después de 30 compresiones, abra la vía aérea de nuevo usando la maniobra frente-mentón Utilice el dedo índice y el pulgar de la mano que tiene sobre la frente para pinzar la parte blanda de la nariz, cerrándola completamente</p> <p>Permita que la boca se abra, pero mantenga el mentón elevado Inspire normalmente y coloque sus labios alrededor de la boca,</p> <p>asegurándose de que hace un buen sellado</p> <p>Sople de modo sostenido en el interior de la boca mientras observa que el pecho se eleva, durante alrededor de 1 segundo como en una respiración normal; esto es una respiración de rescate efectiva ##</p> <p>Manteniendo la maniobra frente-mentón, retire su boca de la víctima y observe que el pecho descende conforme el aire sale</p> <p>Tome aire normalmente otra vez y sople en la boca de la víctima</p>

		<p>una vez más para conseguir un total de dos respiraciones de rescate efectivas. No interrumpa las compresiones más de 10 segundos para dar las dos respiraciones. A continuación recolóque sus manos sin demora en la posición correcta sobre el esternón y dé 30 compresiones más. Continúe con las compresiones torácicas y las respiraciones de rescate en una relación de 30:2</p>
<p>SI NO ESTÁ FORMADO O NO ES CAPAZ DE DAR RESPIRACIONES DE RESCATE Continúe RCP solo con compresiones</p>		<p>Haga RCP solo con compresiones (compresiones continuas, a una frecuencia de 100-120 por minuto)</p>
<p>CUANDO LLEGUE EL DEA. Ponga en funcionamiento el DEA y aplique los parches</p>		<p>Tan pronto como llegue el DEA: Ponga en funcionamiento el DEA y aplique los parches adhesivos en el pecho desnudo del paciente. Si hay más de un reanimador, las maniobras de RCP se deben continuar mientras se colocan los parches sobre el pecho</p>
<p>Siga las instrucciones visuales/sonoras</p>		<p>Asegúrese de que nadie toca a la víctima mientras el DEA realiza el análisis del ritmo</p>

<p>Si la descarga está in-dicada, aplique una descarga</p>		<p>Asegúrese de que nadie toca a la víctima</p> <p>Apriete el botón de descarga como se indica (los DEAs completamente automáticos aplicarán la descarga automáticamente)</p> <p>Reinicie inmediatamente RCP 30:2</p> <p>Continúe siguiendo las instrucciones visuales/sonoras</p>
<p>Si la descarga no está indicada, continúe RCP</p>		<p>Reinicie a RCP inmediatamente. Continúe como se indica en las instrucciones visuales/sonoras</p>
<p>SI NO SE DISPONE DE DEA CONTINÚE RCP</p> <p>Continúe RCP</p>		<p>No interrumpa la resucitación hasta que:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Un profesional sanitario le diga que pare •La víctima comience a despertar: se mueva, abra los ojos y respire con normalidad. •Usted se agote
<p>SI NO RESPONDE PERO RESPIRA CON NORMALIDAD</p>		<p>Si está seguro de que el paciente respira con normalidad pero no responde, colóquelo en la posición de recuperación</p>