

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



CUIDADOS DE ENFERMERIA EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR
AVANZADA EN SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL I ESSALUD SULLANA, PIURA
2014- 2016

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

CHRISTIAN JAVIER ZAPATA ELIAS

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 : 04

Nº de Acta de Sustentación: 210 - 2017

Fecha de aprobación: 30 Junio de 2017

Resolución de Decanato Nº 1667-2017-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

	Pág.
INTRODUCCION	2
I.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	3
1.1 Identificación del Problema	3
1.2 Objetivos de la Investigación	3
1.3 Justificación	3
II.- MARCO TEÓRICO	5
2.1 Marco Conceptual	5
2.2 Marco Conceptual	10
2.3 Definición de Términos	21
III.- EXPERIENCIA PROFESIONAL	22
3.1 Recolección de Datos	22
3.2 Experiencia Profesional	22
IV.- RESULTADOS	24
V.- CONCLUSIONES	29
VI.- RECOMENDACIONES	30
VII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
ANEXOS	34

INTRODUCCIÓN

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. 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 administración de fármacos. Las maniobras de RCP avanzado tienen un protocolo internacional, liderada 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. 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 avanzado, 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.

En el área de emergencia del hospital I EsSalud Sullana de forma constante se presentan casos de paro cardiorespiratorio por ser esta unidad crítica necesita que el personal de enfermería este altamente capacitado en RCP avanzado para poder colaborar y apoyar al equipo de salud para brindar una RCP avanzada de alta calidad y así poder contribuir a salvar la vida de los asegurados a este centro de salud.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

La provincia de Sullana conocida como la Perla del Chira Cuenta dentro de sus principales centros hospitalarios con el Hospital I EsSalud Sullana el cual brinda atención según la oficina estadística del Hospital a una población asignada de 110 000 mil asegurados adscritos a este nosocomio perteneciente a la Red asistencial Piura.(1) Constituyendo un hospital referencial en donde todos estos pacientes son admitidos por nuestra institución; en el servicio de emergencia constituyendo el 40% del total de pacientes atendidos de los cuales en el 1.1 % se efectúan maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada.

El mayor porcentaje según grupo etario lo constituyen los pacientes de edades entre 20-44 años (35%), seguidos de los adultos mayores 24% (2); siendo estos grupos etarios los que mayor probabilidad y riesgo tienen de sufrir un paro cardiaco debido a los estilos de vida que se practican en la región.

En el Hospital I EsSalud Sullana se tiene un promedio de paro cardiorrespiratorio de 40 pacientes por año, problema que amerita cuidados especializados por parte del personal de enfermería.

1.2 Objetivo

- Describir los cuidados de enfermería en reanimación cardiopulmonar avanzado en el Servicio De Emergencia del Hospital I EsSalud Sullana.

1.3 Justificación

En la práctica clínica, los profesionales de enfermería deben 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. No obstante, existe un enorme

conocimiento, así como numerosas innovaciones contrastadas con rigor científico que no se aplican en el mismo espacio y tiempo, ya que se diseminan muy lentamente. La evolución constante que ha experimentado el sistema de salud, a través de los avances científicos y técnicos, y los cambios en relación a las demandas y necesidades de atención y cuidados de los usuarios en temas de salud, obliga a una permanente actualización de los conocimientos en cada momento y con unos niveles de calidad y seguridad determinados ya que el nivel de complejidad que se produce al combinar procesos, tecnologías e interacciones humanas puede aportar beneficios importantes, pero también conlleva el riesgo de que ocurran eventos adversos (3-4).

Dado el incremento de muertes súbitas por Paro Cardiorrespiratorio, es importante que todo personal de salud y en especial el profesional de enfermería participe en la reanimación cardiopulmonar 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 Reanimación Cardiopulmonar de alta calidad, no podrá realizar una buena atención y por ende el paciente no logrará salir del estado en que se encuentre produciéndose así la muerte.

En consecuencia, el presente estudio servirá de marco referencial de del cuidado que ofrezca el profesional de enfermería en reanimación cardiopulmonar avanzada y para la mejora de las intervenciones de enfermería en la práctica diaria.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

- Miriam Díez García., 19 Junio, 2014. “Papel de enfermería en la reanimación cardiopulmonar pediátrica”. Soria España.

OBJETIVO: Conocer cuál es el papel del personal de enfermería ante una Parada Cardiorrespiratoria en lactantes y niños

MÉTODO: Búsqueda de artículos por vía electrónica en las diferentes bases de datos como son: Google Académico, PubMed, Trip, MedLine Plus, SciELO, Dialnet, Elsevier, Clinical Key (Elsevier). - 9 - La búsqueda se llevó a cabo utilizando términos libres y términos MeSH relacionados con el tema de estudio.

POBLACION: Pacientes de ambos sexos con edad acotada entre 0-8 años (lactantes y niño pequeño) a los que se realiza una RCP básica o avanzada.

RESULTADOS:

Existen estudios que han revelado que después de 20-30 minutos de reanimación o después de 3 dosis de adrenalina, hay muy bajas tasas de supervivencia (5)

Casi todas las evidencias científicas encontradas, corroboran la validez y la eficacia de la vía intraósea ante la imposibilidad de canalizar un acceso venoso (5) (6)

CONCLUSIÓN: Los fármacos de primera elección en el tratamiento de la Reanimación Cardiopulmonar en pediatría, son la Adrenalina y la Amiodarona, cuya posología, farmacocinética y farmacodinamia deben ser perfectamente conocidas por el personal de enfermería. En la actualidad, la administración de Atropina ha pasado a ser de segunda elección.

En la Reanimación Cardiopulmonar pediátrica, la vía de elección para la administración de fármacos es la intravenosa; sin embargo, es importante

conocer la técnica intraósea ya que nos permite administrar la medicación de forma similar, dada la dificultad de canalización venosa con que nos solemos encontrar en este grupo de edad

- Ana Belén Sánchez-García, José Luis Fernández-Alemán, Nuria Alonso Pérez, Isabel Hernández Hernández., Raquel Navarro Valverde, Daniela Rosillo Castro (2015) tesis “Valoración del nivel de conocimientos y su adecuación en materia de RCP en el personal sanitario de los servicios de urgencias hospitalarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia”, Murcia España.

OBJETIVO: Conocer cuál es el nivel de conocimientos en RCP de los profesionales sanitarios, si estos profesionales están correctamente actualizados y constatar si la realización de cursos en el tiempo recomendado mejora el nivel de conocimientos.

METODOLOGÍA: Realizamos una encuesta con 20 preguntas basada en los cuestionarios para valoración de conocimientos en RCP de la American Heart Association (AHA) y de la Sociedad Española de Medicina y Cuidados Intensivos (SEMICYUC).

POBLACION: Personal sanitario de los servicios de urgencias hospitalarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

RESULTADOS: La totalidad de los encuestados no sigue los estándares internacionales de realización de cursos de actualización de conocimientos. El 64,7 % se actualizó después del 2010 y 10,1% nunca se actualizó. El 30% de los médicos, el 90% de los residentes y el 7% de los enfermeros, no superaban el umbral mínimo de formación establecido por la AHA en servicios de urgencias hospitalarias (un curso cada dos años). Se corrobora que a mayor realización de cursos mejor nivel de conocimientos.

CONCLUSIÓN: Resulta evidente la necesidad de cambios en la metodología de aprendizaje de los cursos impartidos en materia de RCP para profesionales. Destacamos que el personal sanitario sí está concienciado de la necesidad de formación en esta materia.(7)

- Carlos Jesús Ortegón-Cetinaa , Moisés Natanael de los Santos- Rodríguez a, y Gilberto Sierra- Basto, 19 de Mayo 2016 “Calidad de reanimación cardiopulmonar avanzada efectuada por residentes de primer año en un hospital de segundo nivel ”, Mérida, Yucatán, México.

OBJETIVO: Se evaluó la calidad de la reanimación cardiopulmonar (RCP) avanzada en adultos efectuada por médicos residentes del primer año que no han recibido educación formal mediante modelos de simulación.

METODOLOGÍA:El diseño del estudio fue: observacional, transversal, prospectivo, descriptivo, denominado de diagnóstico situacional.

POBLACION: Se evaluó a 18 residentes de especialidades médicas del Hospital General Agustín O’Horán de los Servicios de Salud en Yucatán (5 de Cirugía General, 5 de Ginecología y Obstetricia, 5 de Medicina Interna, 2 de Medicina Integrada y uno de Traumatología y Ortopedia), ninguno de los participantes tuvo entrenamiento formal en RCP.

RESULTADOS: Reconocimiento del problema 10(56%), compresiones eficientes 5(27.7%), ventilaciones eficientes ninguna, reconocimiento y manejo de una fibrilación ventricular 3(17%), desempeño adecuado y efectuado en todos los componentes (RCP de calidad) ninguno.

CONCLUSIÓN: Aunque más de la mitad de los residentes de especialidades médicas del hospital identificaron el ritmo causante del paro cardiorrespiratorio, menos de la cuarta parte lograron establecer un manejo integral eficiente por lo que es necesario complementar la enseñanza de RCP en modelos de simulación a los médicos que se encuentran estudiando los primeros años de las residencias médicas.

- María Ravelo-Torres, Noviembre 2016 “Nivel de Conocimiento de las Enfermeras del Área de Emergencia sobre Reanimación Cardiopulmonar de Adultos en el Hospital “Un Canto A La Vida” , Quito – Ecuador .

OBJETIVO: Evaluar el nivel de conocimiento de las enfermeras del Área de Emergencia sobre Reanimación Cardiopulmonar de Adultos en el Hospital “Un Canto A La Vida”.

METODOLOGÍA: Método descriptivo.

POBLACION: Población 97 enfermeras.

RESULTADOS:En cuanto al manejo de la farmacoterapia en el paro cardíaco se demuestra que el 75% de los profesionales saben cuál es la dosis y frecuencia de la adrenalina como medicamento de elección para este evento,por lo tanto tienen conocimiento sobre la evaluación de SVCA/ACLS.

CONCLUSIÓN: Después del análisis de los datos obtenidos de las encuestas , se llegó a la conclusión que de forma general los licenciados de Enfermería poseen un conocimiento adecuado y actualizado sobre resucitación cardiopulmonar básico y avanzado en base a la guía de la AHA 2015 , sin embargo ,existe un porcentaje pequeño de profesionales que poseen falencias en cuanto a la técnica de evaluación y acción de la SVCA/ACLS.(9)

- Yasmin luisa Osorio-Rivadeneira, Agosto 2013 “Conocimientos sobre reanimación en las enfermeras del servicio de emergencia. hospital nacional Sergio Bernales” ,Lima -Perú .

OBJETIVO: Determinar los conocimientos sobre Reanimación Cardiopulmonar en las enfermeras del Servicio de Emergencia. Hospital Nacional Sergio Bernales. 2013.

METODOLOGÍA: El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo, corte transversal.

POBLACION: La población estuvo conformada por 30

RESULTADOS: Acerca de los conocimientos sobre Reanimación Cardiopulmonar Avanzada, 80%(24) conocen y 20%(6) no conocen.

CONCLUSIÓN: La mayoría de las enfermeras conocen sobre Reanimación cardiopulmonar básica y avanzada, sin embargo existe un mínimo porcentaje significativo que no conocen los aspectos referidos a la secuencia, masaje cardíaco, técnica para apertura de vía aérea, uso de drogas y desfibrilación .(10)

- Caty Vilma Ccalli -Cuentas, Noviembre 2014 “Nivel de conocimiento y aplicación de la guía de intervención al paciente adulto con paro cardlo respiratorio por enfermera(o) del servicio de emergencia hospital Hipólitounanue” , Tacna -Perú.

OBJETIVO: Determinar el Nivel de Conocimiento y Aplicación de la Guía de Intervención al paciente adulto con Paro Cardiorespiratorio por Enfermera (o) del Servicio de Emergencia Hospital Hipólito Únanue, Tacna 2014.

METODOLOGÍA: Investigación de tipo descriptivo, prospectivo, transversal y correlacional.

POBLACION: Con una población de 21 enfermeras(os).

RESULTADOS: El nivel de conocimiento de la guía de intervención al paciente adulto con paro cardiorespiratorio en enfermera (o) del servicio de emergencia en su mayoría fue alto. En cuanto a la aplicación de la guía de intervención al paciente adulto con paro cardiorespiratorio en enfermera (o) en su mayoría fue grado de aplicación buena.

CONCLUSIÓN: Existe relación entre el nivel de conocimiento y aplicación de la guía de intervención al paciente adulto con paro cardiorespiratorio según la prueba de chi cuadrado.(11)

- Falcon Alvino, Madeleine- Pamela, Octubre 2014 “Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar del enfermero (a) de la segunda especialidad en enfermería UNMSM” , Lima – Perú

OBJETIVO: Determinar el nivel de conocimiento sobre Reanimación cardiopulmonar del enfermero(a) del Programa de Segunda Especialización en enfermería .

METODOLOGÍA: Descriptivo – Transversal

POBLACION: La muestra constituida por 73 enfermeros del programa de segunda especialización en enfermería.

RESULTADOS: El enfermero tienen un nivel conocimiento medio y bajo con tendencia al desconocimiento .

CONCLUSIÓN: Analizándose, se concluyó 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.(12)

2.2 Marco conceptual

GENERALIDADES SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA

PARADA CARDIORRESPIRATORIA.

Se entiende a toda situación clínica que comprende un cese inesperado, brusco y potencialmente reversible de las funciones respiratorias y/o cardiocirculatoria espontáneas, no siendo resultado de la evolución natural de una enfermedad crónica avanzada o incurable, o del envejecimiento biológico. Si no se contrarresta con medidas de reanimación, el paro cardiorrespiratoria produce una disminución brusca del transporte de oxígeno que da lugar a una disfunción del cerebro inicialmente y, posteriormente, conduce a lesiones celulares irreversibles en el organismo por la anoxia tisular y a la muerte biológica. (14)

CAUSAS.

- Las enfermedades cardíacas: cardiopatía coronaria (anginas o infartos previos de miocardio), arritmias cardíacas, cardiomiopatías, etc.
- Traumatismo encéfalo craneanos.
- Deshidrataciones severas (en el caso de diarreas agudas infecciosas severas: cólera)
- Hemorragias severas: ya sea internas (lesiones hepáticas graves por

- traumatismos, roturas de un embarazo ectópico), y externas cuando el
- sangrado es evidente al exterior (lesiones por arma blanca, hemorragias
- digestivas graves, etc). (14)
- Electrocuación.
- Inhalación de gases tóxicos (humo de un incendio, monóxido de carbono
- en un sistema de calefacción averiado, etc).
- Angioedema laríngeo (reacción alérgica grave con estrechamiento laríngeo)
- Crisis asmática grave.
- Accidentes por inmersión en el agua (ahogamientos)
- Atragantamientos (con alimentos o cuerpos extraños que obstruyen las
- vías aéreas superiores)
- Estrangulamientos.
- Insolaciones o congelamientos.
- Niños: asfixia(15)

SIGNOS Y SINTOMAS.

- Inconsciente.
- Apnea.
- Ausencia de pulso en las grandes arterias (carótida o femoral).
- Pupilas midriáticas no reactivas a la luz.(16)

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR.

La Reanimación o Resucitación Cardiopulmonar (RCP) es un conjunto de acciones cuyo objetivo principal es proporcionar oxígeno al cerebro y al corazón hasta que un tratamiento médico más avanzado y definitivo (soporte cardíaco avanzado) pueda restaurar las funciones cardíacas y respiratorias normales evitando el daño en el sistema nervioso central. En un paro respiratorio, el porcentaje de sobrevivida es alto si se inicia un control adecuado de las vías aéreas y apoyo ventilatorio. En cuanto al paro cardíaco, la mayor incidencia de éxitos es cuando la RCP se da en los primeros minutos y la desfibrilación antes de los cinco minutos de ocurrido el paro. (17)

Decimos que la reanimación cardiopulmonar es importante durante los primeros minutos, porque si no brinda ayuda de inmediato o no hay respuesta del paciente hasta los primeros 4 minutos, se dice que el paciente presenta muerte clínica, definiéndose como una detención del latido cardiaco y la respiración sin daños o lesiones en las células cerebrales; pasado ese tiempo hasta los 10 minutos, el paciente no responde, se llama muerte biológica cuando hay destrucción anóxica de todos los órganos, es irreversible.(18)

CONTRAINDICACIONES.

- Condiciones médicas que hagan de la RCP un procedimiento inútil.
- Riesgos graves para el propio reanimador.
- Respetar el derecho del paciente a rehusar el tratamiento (orden de no reanimar en paciente hospitalizado).
- Cuando el PCR es la consecuencia de la evolución terminal de una enfermedad.
- Cuando la víctima presenta signos evidentes de muerte biológica: lividez, rigor mortis, etc.
- Cuando el PCR lleva más de diez minutos de evolución sin haberse iniciado las maniobras de RCP Básico (escasas posibilidades de recuperar las funciones cerebrales). No es aplicable en ciertas situaciones como hipotermia o intoxicación barbitúrica.
- Cuando se lleva más de 30 minutos de haber iniciado las maniobras de RCP y no hay signos de actividad eléctrica.
- Cuando la RCP demore la atención a otras víctimas con mayor probabilidad de sobrevivir (accidentes con múltiple víctimas). (19)

TIPOS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR.

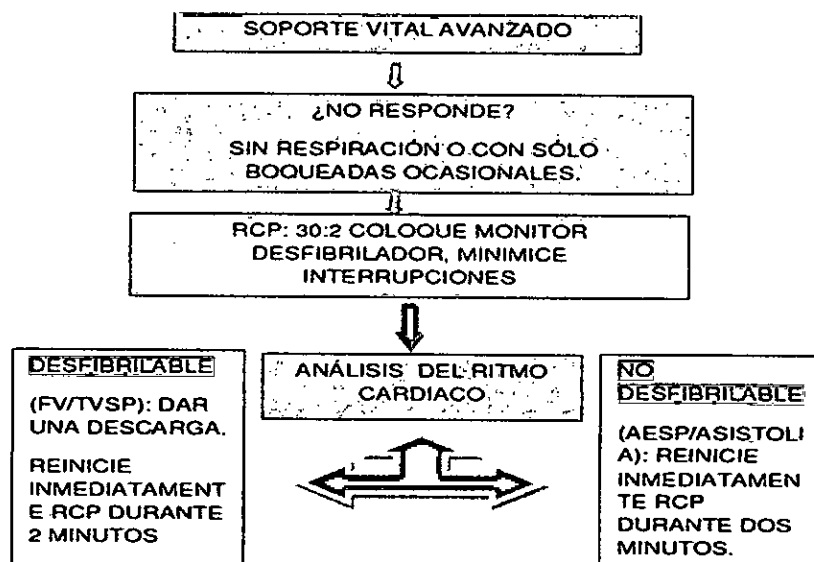
A.- REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA.

Conjunto de medidas estandarizadas de desarrollo secuencial de maniobras de reanimación, cuya finalidad es restaurar la circulación para generar un flujo sanguíneo vital permitiendo el aporte de oxígeno y energía al corazón y al cerebro. (20)

B.- REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA:

Maniobras realizadas para restablecer la ventilación y la circulación eficaces para la estabilización hemodinámica, en un paciente que ha sufrido un parada cardiorrespiratoria.

La RCP avanzada se realiza cuando se dispone de material adecuado y personal entrenado para optimizar la RCP básica, seguido de la canalización de vía periférica y la administración de fármacos que ayudan a favorecer y mejorar la contractibilidad miocárdica, como la adrenalina, la atropina, también se utilizan sedantes para evitar que el paciente luche en el momento que se está procediendo a la intubación endotraqueal, monitorización electrocardiográfica y desfibrilación inmediata ante la presencia de fibrilación ventricular. Los principales componentes de la reanimación cardiopulmonar son la activación del servicio médico de emergencias dentro o fuera del hospital y la asociación de compresiones torácicas o «masaje cardíaco externo» (MCE) con ventilación artificial. Otros componentes relacionados incluyen la maniobra de Heimlich y el uso de desfibriladores externos automáticos.



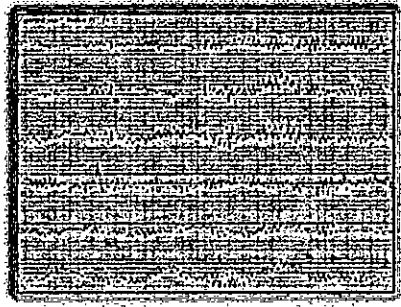
Fuente: Jiménez Murillo, Luis. Medicina de Urgencias y Emergencias. 4ta Edición. España. 2010.

La RCP avanzada consta de varios apartados que se deben ir realizando de forma simultánea.

- **Circulación “C”**

Monitorear Frecuencia cardiaca y ritmo:

Fibrilación ventricular – taquicardia ventricular sin pulso: Se denomina fibrilación ventricular o trastorno del ritmo cardiaco que presenta un ritmo ventricular rápido (> de 250 latidos por minuto).

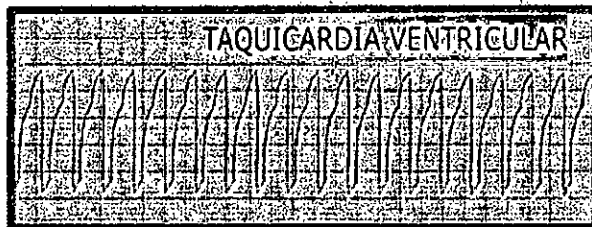


FIBRILACION VENTRICULAR

Fuente: Jiménez Murillo, Luis. *Medicina de Urgencias y Emergencias*. 4ta Edición. España. 2010. Pág. 10.

Taquicardia Ventricular es un trazado de más de 100 latidos por minuto, con al menos tres latidos cardíacos irregulares consecutivos. La afección se puede desarrollar como una complicación temprana o tardía de un ataque cardíaco y también puede ocurrir en pacientes con:

- Miocardiopatía
- Insuficiencia cardíaca
- Cirugía de corazón
- Miocarditis
- Valvulopatía cardíaca (32)



TAQUICARDIA
VENTRICULAR

Desfibrilación: La desfibrilación produce asistolia temporal despolarizando completamente el miocardio, dando la oportunidad al marcapasos cardíaco natural de reasumir la actividad normal. Esto se logra según el nivel de depósitos de fosfatos de alta energía remanentes en el miocardio. La FV – TVSP los consumen rápidamente, por lo que la desfibrilación temprana es necesaria.

Posición de los electrodos:

Anterior: A la derecha de la mitad superior del esternón, por debajo de la clavícula.

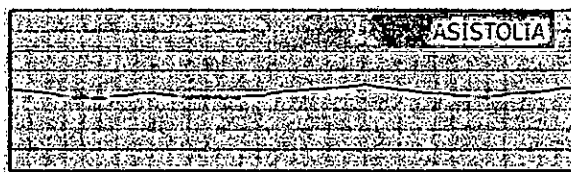
Apexiano: A la izquierda del pezón, en la línea axilar media izquierda. No palear directamente sobre generador de marcapasos o cardioversión - desfibrilador implantable (bloqueo, desprogramación).

En pacientes con desfibrilador implantado que sufren FV, monitorear durante 20 o 30 segundos, ya que si el aparato no revierte la arritmia en ese lapso, se debe iniciar el algoritmo de tratamiento. Antes de chocar, asegurarse de que ni el operador, ni el personal ni nadie estén en contacto con la cama, paciente u otro equipo.

Luego de cada desfibrilación, controlar el pulso.

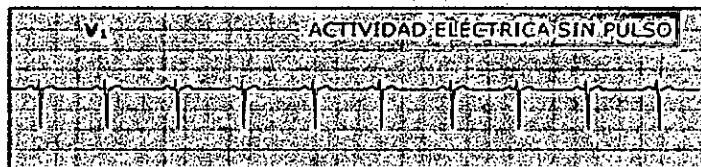
En caso de persistir la fibrilación ventricular, se debe mantener la RCP y pensar en los ritmos, anormalidades electrolíticas y efectos adversos de medicaciones.

Asistolia: La asistolia es la ausencia de actividad eléctrica cardíaca. Se traduce en una línea plana en el monitor ECG lo que significa ausencia de energía y por lo tanto mayor dificultad para revertirla. NO es un ritmo desfibrilable, pero en ocasiones es difícil diferenciarla de una FV fina (que SI es desfibrilable) y por lo tanto se debe confirmar la presencia de asistolia (ausencia de FV) cambiando el eje del monitoreo eléctrico (eligiendo otra derivación cuando se monitoriza con electrodos o girando las palas del desfibrilador en 90 grados). Si la asistolia es confirmada se dejan de lado las palas del desfibrilador, se reinicia la reanimación básica y se inician maniobras avanzadas. (34)



Fuente: Universidad Peruana Cayetano Heredia. Emergencia en Medicina. Lima-Perú. 1995. Pág. 46.

La actividad eléctrica sin pulso (AESP) es la presencia de un ritmo organizado (no FV ni TV) en el monitor ECG en ausencia de circulación (paro cardíaco). En general, tampoco es desfibrilable. La salvedad son las taquiarritmias con compromiso hemodinámico profundo en cuyo caso la cardioversión eléctrica puede revertir el shock. Ante una AESP deben dejarse de lado las palas, reiniciar la reanimación básica e iniciar maniobras avanzadas. (35)



Administrar drogas según ritmo y PA:

Por vía endovenosa, para distribuir la medicación en la circulación central se debe, posteriormente, infundir un bolo de 20 a 30 ml de SF y elevar el brazo.

Drogas más usadas:

– Adrenalina: Es una catecolamina endógena, es la droga de elección ante un paro cardíaco, tiene un efecto alfa vasoconstrictor, uno Beta 1 aumento de la fuerza y contractibilidad cardíaca y Beta 2 es broncodilatador. Se administra de 1mg cada 3 a 5 minutos.

– Atropina: Tiene una acción parasimpaticolítica, aumenta el automatismo del nódulo sino auricular, Esta indicado en asistolia y AESP, bradicardia, administrar 3mg en bolo.

– Amiodarona: es una droga que aumenta la duración del potencial de acción miocárdica, está indicada en FV/TV a los tres primeros choques, su uso no debe retrasar la desfibrilación. Se administra en bolo inicial de 300 mg con dextrosa 5% 14 cc y el segundo bolo de 150 mg.

• Vía aérea permeable (A):

Se procede a la intubación endotraqueal, para aportar oxígeno a los pulmones, y se realiza en una entidad hospitalaria.

Instrumental: El tubo endotraqueal y la hoja del laringoscopio.

• Técnica.

Alinear el eje de la boca, faringe y tráquea flexionando el cuello y extendiendo la cabeza (posición del husmeador).

Abrir la boca con los dedos de la mano derecha, tomar el laringoscopio con la mano izquierda, insertar la rama en el lado derecho de la boca desplazando la lengua hacia la izquierda. Llevar la rama hacia la línea media y avanzar hacia la base de la lengua. La punta de la rama curva avanza hasta la valécula (espacio entre la base de la lengua y la cara

faríngea de la epiglotis) y la punta de la rama recta hasta por debajo de la epiglotis.

Traccionar con el mango a 30 – 45 grados respecto de los pies del paciente, sin efectuar movimiento de palanca, para visualizar las cuerdas vocales.

Avanzar el tubo por el lado derecho de la boca colocándolo bajo visión directa a través de las cuerdas vocales, introduciéndolo hasta que su punta se localice en el punto medio entre aquellas y la Carina (19 – 23 cm) desde los dientes frontales. Inflar el balón con 10-20 cm³ de aire (el volumen debe ser suficiente para necesario para no auscultar fuga peritubo colocando el estetoscopio en la región laterocervical, esta maniobra debe realizarse luego de la reanimación y no forma parte de las recomendaciones AHA).

Insuflar y auscultar el epigastrio observando la expansión torácica. Si se auscultan borborigmos gástricos sin expansión, extraer el tubo, ventilar con oxígeno durante 30 seg al paciente y reiniciar la maniobra.

En caso contrario, auscultar los sonidos respiratorios en ambos campos pulmonares (línea media axilar), ápices y cara anterior de tórax.

Si la localización ofrece dudas, reconfirmar la posición por medio de visualización directa del tubo por laringoscopia, radiografía de tórax o medición de la concentración de CO₂ en el aire exhalado. Fijar el tubo.



Fuente: Jiménez Murillo, Luis. Medicina de Urgencias y Emergencias. 4ta Edición. España. 2010. Pág.11

Complicaciones:

Compresión de labio o lengua; ruptura dental; laceración traqueo faríngea (sangrado, hematoma, absceso); ruptura traqueal; perforación faringoesofágica; aspiración de contenido gástrico (sospechar estómago ocupado cuando no conoce la historia e intubar con compresión cricoidea) e intubación de bronquio principal.

- Respiración (B): Chequear movimientos torácicos, sonidos respiratorios y localización del tubo.(20)

BASES TEORICAS

El referencial teórico-filosófico que fundamenta este trabajo son: Cuidado humano Virginia Henderson: Teoría de las 14 necesidades .

La primera Necesidad según nuestra teorizadora ES LA NECESIDAD DE RESPIRAR.

La función respiratoria es esencial para el desarrollo de la vida. La valoración de esta necesidad pretende conocer la función respiratoria de la persona. Es por ello que, el Profesional de Enfermería deberá de averiguar los hábitos del cliente y planificar las intervenciones a desarrollar para satisfacer esta necesidad humana básica. Según el Modelo de Virginia Henderson, matiza que las/los enfermeras/os debemos de tener el control de algunos aspectos ambientales, tales como la temperatura, humedad, sustancias irritantes y olores. Así como, hace referencia al masaje cardíaco y al control de oxigenación dentro de esta necesidad.

2.3 Definición de términos

1. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Son todas aquellas acciones y procesos que la enfermera realiza en orden para atender al paciente satisfactoriamente y tratar la enfermedad que está padeciendo.

2. PROFESIONAL DE ENFERMERIA:

Ejecutor y hacedor de labores sistemáticas, organizadas, en las diferentes áreas de Enfermería; que permiten brindar un servicio de cuidado a los demás.

3.- Reanimación cardiopulmonar:

Es el conjunto de medidas que realiza la enfermera de forma secuencial para brindar el aporte de oxígeno a los órganos vitales y evitar la muerte.(21)

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos

El presente informe se efectuó recolectando los datos del libro de registro de pacientes del servicio de emergencia del hospital de Essalud de los años 2013-2016 así también se obtuvo datos de la oficina de estadística con la debida autorización del director del hospital

3.2 Experiencia profesional

Mi experiencia profesional empieza en el año 2010 en el Centro Médico Essalud Tambogrande realizando mi Serums ; luego ingreso a laborar en el servicio de emergencia del el Hospital I Essalud de Sullana, el 1 de enero del 2012 actualmente con 10 años de labor asistencial en la que he podido a través del trabajo diario utilizar técnicas y procedimientos inherentes al área donde laboro actuando con principios científicos garantizando cuidados con calidad para el paciente hospitalizado en el servicio de Emergencia.

APORTE:

Se implementará un cronograma de simulacros para RCP Avanzada con participación de todo el equipo de salud. Se acordó con el equipo de enfermería que durante el turno noche se realizará inventario del coche de paro, verificación y operatividad de los equipos de RCP.

INNOVACION:

Se coordinó con el área administrativa para realizar y colocar un cuadro con el fluxograma que debe seguir el equipo de salud en RCP Avanzada.

Se gestionó ante el director la capacitación y acreditación por la Escuela de Emergencia de Essalud para el personal de emergencia en RCP Avanzado.

LIMITACIONES:

La falta de tiempo debido al rol de servicios en el servicio de emergencia y ante la contingencia de la aparición del dengue en la región e trabajo más de las 150 horas normales de servicio.

Ante la Aparición del Niño Costero Tuvo que cambiar de Domicilio por la Inundación lo que dificulto seguir con el avance del informe.

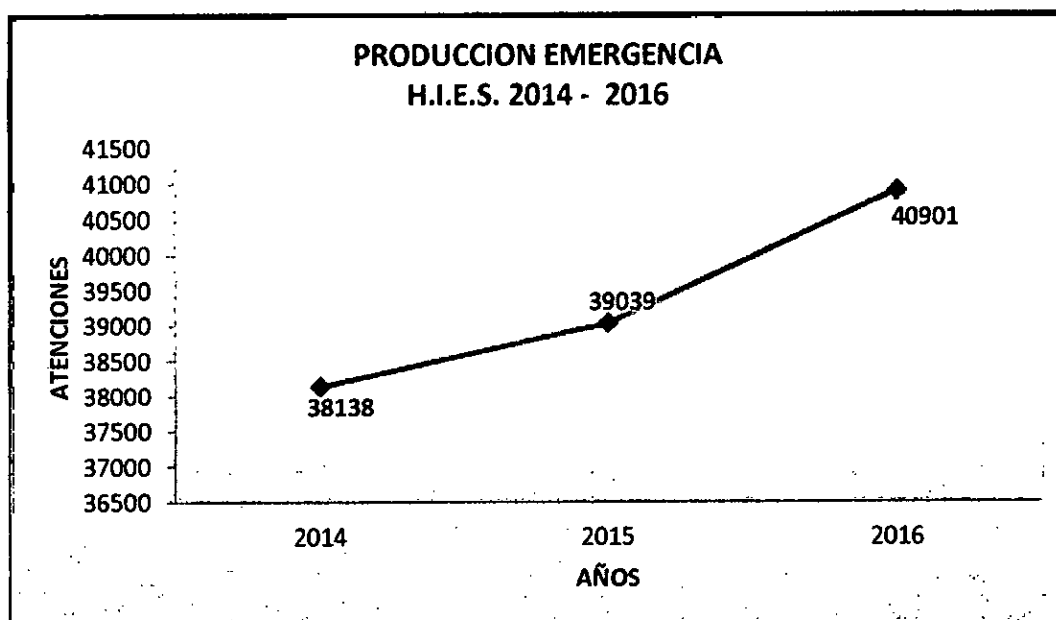
IV. RESULTADOS

Se tuvo en cuenta los datos estadísticos del área de estadística, solicitando dichos datos de forma sistematizada para la obtención de evidencias del número de casos que se atienden en el Hospital.

DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN PRIORIDAD DE ATENCIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA HOPITAL I ESSALUD SULLANA

2014 - 2016.

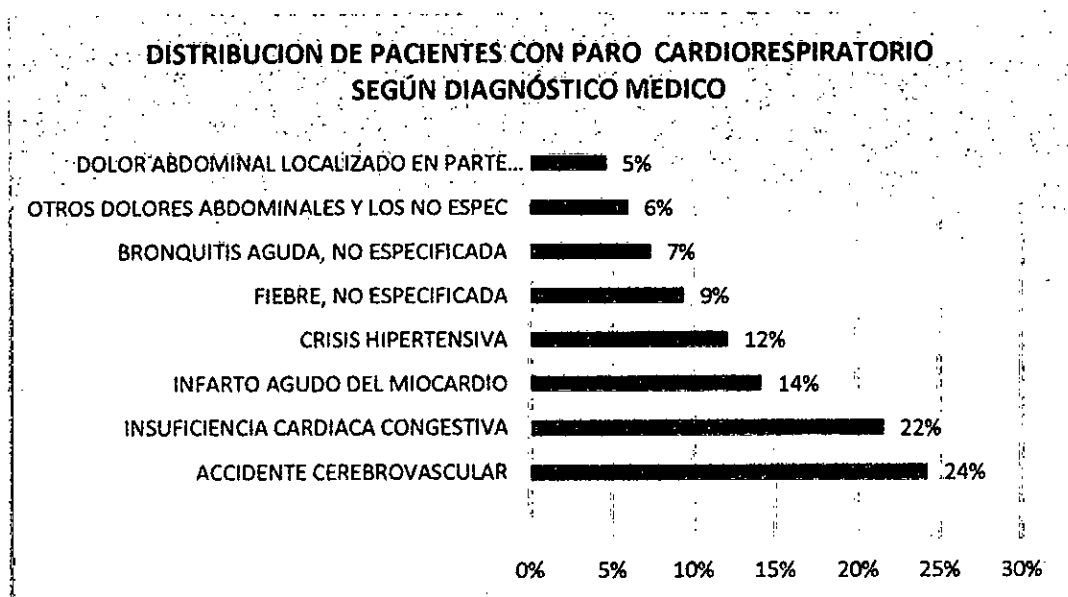
GRUPO/ACTIVIDAD/SERVICIO	2014	2015	2016
Emergencias	38138	39039	40901



Fuente: Oficina de estadística HIS EsSalud.

**DISTRIBUCION DE PACIENTES CON PARO CARDIORESPIRATORIO
SEGÚN DIAGNÓSTICO MEDICO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA
HOPITAL I ESSALUD SULLANA , 2014 - 2016.**

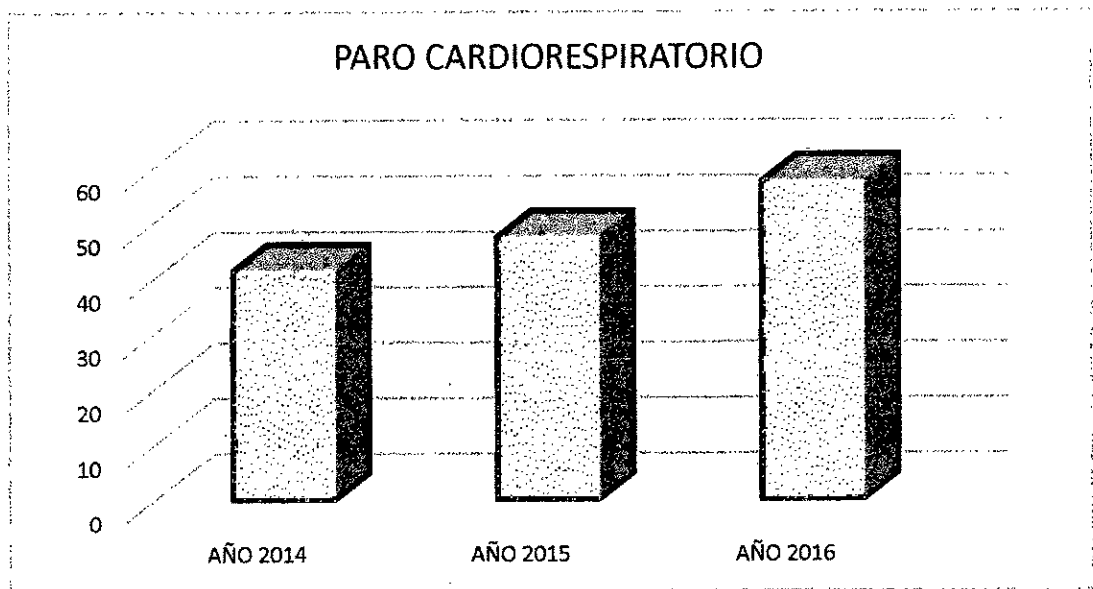
DESCRIPCION	CANTIDAD	PORCENTAJE
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR	36	24%
INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	32	22%
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	21	14%
CRISIS HIPERTENSIVA	18	12%
FIEBRE, NO ESPECIFICADA	14	9%
BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	11	7%
OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPEC	9	6%
DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPE	7	5%
TOTAL GENERAL	148	100%



Fuente: Oficina de estadística HIS EsSalud.

**DISTRIBUCION DE PACIENTES CON PARO CARDIORESPIRATORIO
SEGÚN AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA HOPITAL I ESSALUD
SULLANA , 2014 - 2016.**

EVENTO	AÑO 2014	AÑO 2015	AÑO 2016
PAROCARDIORESPIRATORIO	42	48	58

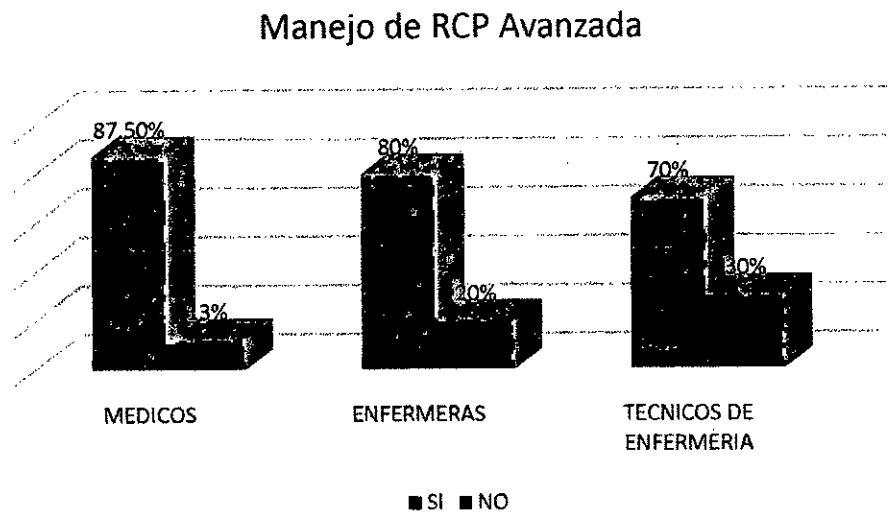


Fuente: Oficina de estadística HIS EsSalud.

**DISTRIBUCION MANEJO DE RCP AVANZADA EN LOS
PROFESIONALES DE SALUD EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA
HOPITAL I ESSALUD SULLANA, 2014 - 2016.**

MANEJO DE RCP AVANZADA	SI	NO	TOTAL
MEDICOS	7	1	8
ENFERMERAS	8	2	10
TECNICOS DE ENFERMERIA	7	3	10

Fuente: Elaboración propia



En cuanto a la distribución 01: Se puede observar que desde el año 2014(38138 atenciones) al 2016 (40901 atenciones) existe un incremento de la demanda de atenciones que se realiza el servicio de emergencia con una razón de incremento de (1020 atenciones) .Por año lo que significa que el personal de enfermería debe estar capacitado para resolver un paro cardiorrespiratorio a través de una RCP AVANZADA efectiva.

Respecto a la distribución 02 : El mayor porcentaje de patologías de los pacientes que han hecho paro cardiaco lo representan el accidente cerebrovascular con un 24 %, seguido de insuficiencia cardiaca con un 22% y el infarto agudo del miocardio con un 14%.

Los resultados de la distribución 03: Muestran que el año donde se tuvo mayor cantidad de pacientes que llegaron al paro cardiorrespiratorio fue el 2016 con (58 casos) seguidos del 2015 con (48 casos) ,esto se puede explicar con el incremento de pacientes año tras año que se registra en el servicio de emergencia del hospital I EsSalud Sullana.

En la distribución 04 : Manejo de RCP avanzada en los profesionales de salud en el servicio de emergencia Hopital I Essalud Sullana, el mayor porcentaje lo constituyen el grupo ocupacional de los médicos con 87,5% y el menor manejo los técnicos de enfermería con el 30% .

VI. CONCLUSIONES

En el presente Informe Laboral se llega a la siguiente conclusión:

- a. En mi experiencia en la atención del paciente con paro cardiorrespiratorio he adquirido habilidades que me permiten aplicar un conocimiento especializado para satisfacer las necesidades particulares de los pacientes.
- b. La función del profesional de enfermería, en el servicio de emergencia del hospital I EsSalud Sullana es brindar cuidados de la calidad mediante una RCP Avanzada ante un evento de paro cardiorrespiratorio para lo cual el personal necesita estar en constante capacitación de los protocolos de reanimación y en entrenamiento constante.
- c. Según las distribuciones presentadas se puede observar que los casos de pacientes que llegan al paro cardiorrespiratorio en el servicio de emergencia se están incrementando cada año ; lo que significa que es de vital importancia tener al personal calificado ,entrenado y los equipos operativos.

VII. RECOMENDACIONES

- Reforzar las actividades de capacitación, supervisión y monitoreo de personal de enfermería para verificar la actuación correcta ante un paro cardiorrespiratorio.
- Se considera importante que el Servicio de Enfermería y el Servicio de Emergencia elabore programas de educación permanente, mediante talleres dirigida a los profesionales de enfermería con el fin de actualizar los conocimientos sobre RCP.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Schyve P. Leadership in healthcare organizations [Libro en Internet]. 2009 [citado 6 Junio 2017]. Disponible en:
http://www.jointcommission.org/assets/1/18/wp_leadership_standards.pdf
2. Sánchez García A, Fernández Alemán J, Alonso Pérez N, Hernández Hernández I, Navarro Valverde R, Rosillo Castro D. Valoración del nivel de conocimientos y su adecuación en materia de RCP en el personal sanitario de los servicios de urgencias hospitalarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia [Tesis doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia; 2015.
3. Ortegón Cetina C, De los Santos Rodríguez M, Sierra Basto G. Calidad de reanimación cardiopulmonar avanzada efectuada por residentes de primer año en un hospital de segundo nivel [Artículo en Internet]. Scimedirect.com. 2016 [citado 14 Junio 2017]. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007505716300321>
4. Raveló Torres M. Nivel de Conocimiento de las Enfermeras del Área de Emergencia sobre Reanimación Cardiopulmonar de Adultos en el Hospital “Un Canto a La Vida” [Tesis]. Universidad de las Américas, Facultad de ciencias de la salud; 2017.
5. Falcon Alvino M. Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar del enfermero (a) de la segunda especialidad en enfermería UNMSM 2014 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos, Facultad de medicina; 2015.

6. Osorio Rivadeneyra Y. Actitud de la enfermera hacia el cuidado que brinda según la opinión del paciente hospitalizado en el Servicio de Medicina: Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2010 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011.
7. Ccalli Cuentas C. Nivel de conocimiento y aplicación de la guía de intervención al paciente adulto con paro cardio respiratorio por enfermera (o) del servicio de emergencia Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2014 [Tesis]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Facultad de ciencias de la salud; 2014.
8. Hospital I EsSalud Sullana. Registro de defunciones del Servicio de Emergencia. Piura; 2017.
9. Hospital I EsSalud Sullana. Estadísticas generales. Piura; 2017.
10. Aiken L, Clarke S, Sloane D, Lake E, Cheney T. Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. [Tesis]. University of Pennsylvania, School of Nursing; 2008.
11. Benavides S, Cruz M, Muñiz C. RCP pediátrica y neonatal: Consideraciones especiales y actualizaciones [Libro en Internet]. Rev Chil Anest; 2012 [citado 18 Junio 2017]. Disponible en: http://www.sachile.cl/upfiles/revistas/5046260b73b64_rcp_benavides.pdf
12. Biarent D. Manual del curso de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada pediátrica (europeo de soporte vital pediátrico) guías del ERC. 1era ed. Bélgica: Edegem; 2010. p. 1-159.
13. Jiménez Murillo L, Montero Pérez J. Medicina de Urgencias y Emergencias [Libro en Internet]. 4ta ed. Barcelona: Elsevier España, S.L.; 2010 [citado 21 Junio 2017]. Disponible en: <https://oncouasd.files.wordpress.com/2015/06/medicina-de-urgencias-y-emergencias.pdf>

14. Salinas Herrero S. Soporte vital básico y avanzado en atención primaria [Libro en Internet]. 1ra ed. Gijón; 2013 [citado 6 Junio 2017]. Disponible en: <https://magllerandi.files.wordpress.com/2013/04/rcp-ap-final.pdf>
15. Alasino R, Giraldo H, Grove X, Reyes C, Ugarte C, López M. Normas Peruanas de Reanimación Cardiopulmonar del Soporte Básico de Vida y de la Desfibrilación Temprana – Consenso Mundial 2010- [Libro en Internet]. Lima; 2011 [citado 9 Junio 2017]. Disponible en: http://www.irennorte.gob.pe/pdf/normatividad/documentos_normativos/MINSA/NORMAS/NORMASPERUANAS2010RCPBADULTOJVR%20II.pdf
16. Dantzker D, Scharf S. Cuidados intensivos cardiopulmonares. 3ra ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000. p. 327.
17. Reanimación Cardio-Pulmonar (RCP) [Artículo en Internet]. [citado 22 Junio 2017]. Disponible en: http://www.intramed.net/sitios/librovirtual1/pdf/librovirtual1_1.pdf
18. Emergencia en Medicina. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1995. p. 46.
19. Silva Garcia L. Recomendaciones sobre Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada. 1st ed. España; 2006. p. 20.
20. Walls R, Murphy M. Manual of emergency airway management. 3ra ed. 2008. p. 1-2
21. ATKINSON DL: Guía clínica para la planeación de los cuidados. México. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, 1998; 518.

ANEXOS.

- FOTOS DE EXPERIENCIA LABORAL EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN RCP.

