



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE DE PAÚL”**

**TRABAJO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TEMA:

**Cumplimiento Del Protocolo De Reanimación
Cardiopulmonar Por El Personal De Enfermería En
Pacientes Hospitalizados En La Sala De Cardiología Del
Hospital Luis Vernaza.**

AUTORA:

Betty Mireya Cucalón

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

TUTORA:

LIC. MUÑOZ AUCAPIÑA MIRIAM MGS.

Guayaquil - Ecuador

15 de marzo del 2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE DE PAÚL”

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por Betty Mireya Cucalón, como requerimiento parcial para la obtención del título de LICENCIADAS DE ENFERMERÍA.

TUTOR(A):

Lic. Muñoz Aucapiña Miriam MGS

OPONENTE

Lcda. Holguín Jiménez Martha MGS.

DIRECTORA DE LA CARRERA

Lcda. Mendoza Vinces Ángela MGS.

Guayaquil, a los 15 días del mes de Marzo del año 2016



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE DE PAÚL”**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Betty Mireya Cucalón**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación “**Cumplimiento Del Protocolo De Reanimación Cardiopulmonar Por El Personal De Enfermería En Pacientes Hospitalizados En La Sala De Cardiología Del Hospital Luis Vernaza En El Período De Noviembre 2015 A Marzo 2016**” previo a la obtención del Título de **LICENCIADA EN ENFERMERÍA**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación, de tipo **TESIS DE GRADO** referido.

Guayaquil, a los 15 días, del mes de marzo del año 2016

LA AUTOR (A)

CUCALÓN BETTY MIREYA



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE DE PAÚL”**

AUTORIZACIÓN

Yo, **Cucalón Betty Mireya**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación **Cumplimiento Del Protocolo De Reanimación Cardiopulmonar Por El Personal De Enfermería En Pacientes Hospitalizados En La Sala De Cardiología Del Hospital Luis Vernaza En El Período De Noviembre 2015 A Marzo 2016**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 15 días del mes de marzo del año 2016

LA AUTOR(A):

CUCALÓN BETTY MIREYA

INDICE GENERAL

CONTENIDO

RESUMEN.....	VIII
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I.....	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	14
JUSTIFICACIÓN.....	15
OBJETIVOS.....	17
Objetivo General:.....	17
Objetivos Específicos:	17
CAPÍTULO II.....	18
FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL	18
Protocolo de reanimación cardiopulmonar.....	18
Protocolo de reanimación cardiopulmonar Hospital Luis Vernaza	20
Como reconocer o confirmar el paro cardiorrespiratorio.....	20
Recomendaciones iniciales.....	21
Secuencia del RCP	21
Vía aérea (oxigenación/ventilación).....	21
Circulación (asistencia circulatoria).....	22
Desfibrilación.....	22
Evaluación de la respuesta.....	22
Reanimación cardiopulmonar	23
Parada cardíaca.....	23
Parada cardíaca primaria.....	26
Fibrilación Ventricular.....	26
Asistolia.....	26

Actividad eléctrica sin pulso	27
Intervenciones de enfermería post-reanimación	27
SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS.....	28
ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR.....	29
SOPORTE VITAL AVANZADO PEDIÁTRICO	29
Intervención de enfermería.....	31
Resucitación	31
Regulación hemodinámica	32
Materiales de resucitación.....	33
Medicamentos que debe tener el chararo	34
Fundamentación legal.....	34
CAPITULO III	38
METODOLOGÍA: MATERIALES Y MÉTODOS	38
ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	39
CONCLUSIONES	48
1) Autores; Maria Celia Barcellos Dalri, Izilda Esmenia Muglia Araújo; Renata Cristina de Campos Pereira Silveira; Silvia Rita Marin da Silva Canini; Regilene Molina Zacareli CyrilloNuevas directrices para la resucitación cardiopulmonar Rev. Latino-Am vol.16 no.6 Nov./Dec. 2008.....	49
2) Autores; J.L. Monzo'n. I. Saralegui , R. Molina , R. Abizanda , M. Cruz Martin , L. Cabre, J.J. Ariash , V. Lopez. Ética de las decisiones en resucitación cardiopulmonar Med. Intensiva v.34 n.8 Barcelona nov. 2010.....	49

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO	
1.....	Pág 44
GRÁFICO	
2.....	Pág 45
GRÁFICO	
3.....	Pág 46
GRÁFICO	
4.....	Pág 47
GRÁFICO	
5.....	Pág 48
GRÁFICO	
6.....	Pág 49
GRÁFICO	
7.....	Pág 50
GRÁFICO	
8.....	Pág 51
GRÁFICO	
9.....	Pág 52

RESUMEN

El presente estudio descriptivo, observacional acerca del cumplimiento del protocolo de reanimación cardiopulmonar por el Personal de Enfermería en pacientes hospitalizados en la sala de cardiología del Hospital Luis Vernaza, en el periodo de noviembre 2015 a marzo 2016 se realiza con el fin de Determinar el cumplimiento de intervenciones de enfermería en la aplicación del Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar. Los métodos de recolección de datos fueron: Observación y encuestas directas dirigido al personal de enfermería, con respuestas dicotómicas, continuas para establecer el conocimiento y capacitación del personal de enfermería que labora en el área de cardiología, en la aplicación del protocolo de Reanimación Cardiopulmonar. Mediante la presente investigación efectué un estudio por medio de encuestas hacia el personal de enfermería, obteniendo la siguiente información, con una muestra total de 22 encuestados del personal de enfermería, de los cuales 68% son auxiliares mientras que el 32% son licenciadas, es decir que hay una prevalencia mayor de auxiliares que licenciadas, siguiendo con los resultados del cumplimiento del protocolo de Reanimación Cardiopulmonar me dio los siguientes resultados, el 20% realiza control de signos vitales, el 18% preparación carro de paro, el 16% disponibilidad de tabla fija, el 12% registra novedades, el 8% administra solución endovenosa, el 6% llamado equipo código azul y colocar vía endovenosa, el 5% disponibilidad de oxígeno al igual que calcula y administra dosis, y el 4% asiste en la intubación.

Palabras claves: Reanimación Cardiopulmonar, Protocolo, Parada Cardiaca, Código Azul, Desfibrilador, Charol de Paro

ABSTRACT

This observational protocol on the implementation of Cardiopulmonary Resuscitation by the nursing staff in patients hospitalized in the cardiology ward of the hospital Luis Vernaza in the period from November 2015 to March 2016 descriptive study was performed in order to determine compliance nursing interventions in implementing the Protocol Cardiopulmonary Resuscitation. The methods of data collection were: observation and direct surveys aimed at nurses, with dichotomous answers, continue to establish the knowledge and skills of nurses working in the area of cardiology, in applying Cardiopulmonary Resuscitation protocol Through this research I did a study through surveys to nurses, we obtained the following information on a total sample of 22 personal nursing, doing surveys just as we wanted to examine what type of personnel are working in these times and gave us that 68% are assistants while 32% are licensed is that there is a higher prevalence of auxiliaries licensed following compliance with the protocol gave the following results, 20% takes control SV, 18% preparation crash cart, 16% availability of fixed table, 12% recorded news , 8% manages EV solution, 6% called code blue team and place via EV, 5% oxygen availability d as calculated and administered dose, and 4% attend intubation.

Keywords: Cardiopulmonary Resuscitation, Protocol, Stop Heart, Blue Code Defibrillator, stop patent.

INTRODUCCIÓN

La Parada Cardíaca (PC) se define como la interrupción súbita, inesperada y potencialmente reversible de la circulación y de la respiración espontánea. Obviamente, cuando esta situación no se revierte en los primeros minutos de evolución, el resultado inexorable es la muerte biológica. La Resucitación Cardiopulmonar (RCP) moderna se articuló en la 5.^a y 6.^a décadas del siglo pasado como un conjunto de procedimientos para revertir la PC que ocurría a pacientes en el quirófano, desde cuyo escenario se diseminó para practicarse a cualquier paciente y en cualquier lugar.¹

En la actualidad, las enfermedades cardiovasculares y cerebro vasculares, 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”²

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. Esta enfermedad se inicia en la infancia, progresa durante la adolescencia llegando a la edad adulta (sin ningún síntoma), por lo que hasta un 50% de los casos tienen una obstrucción severa de las arterias coronarias, pudiendo debutar de manera súbita, con un paro cardio respiratorio, siendo a veces el primer, el único y el último síntoma. (VIGO RAMOS JORGE. Revista Peruana med. exp. Salud

pública “Muerte súbita y emergencias cardiovasculares: problemática actúa”³

De acuerdo a datos tomados de las últimas publicaciones de la Sociedad Americana del Corazón (AHA, por sus siglas en inglés), a nivel mundial, hay 135 millones de muertes cardiovasculares cada año, y la prevalencia de la cardiopatía coronaria se incrementa. La incidencia de un paro cardíaco extra hospitalario va de entre 200 y 140 por cada 100.000 habitantes y su tasa de supervivencia varía del 2% al 11%. En Ecuador, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en su “Anuario de Estadísticas Vitales del año 2013”, muestra que las 10 primeras causas de muerte están relacionadas directa o indirectamente con enfermedades cardiovasculares.

Desde los inicios de la RCP en 1950 se han venido realizando varios estudios científicos para mejorar las técnicas, en 2010 la Sociedad Americana del Corazón publicó sus últimas directrices para la Resucitación Cardiopulmonar y Atención Cardiovascular de Emergencia (RCP-ACE), aumentó el énfasis en los métodos para asegurar una alta calidad en todos los intentos de reanimación cardiopulmonar (CPR) que se realice. La AHA describe 5 componentes críticos de la RCP de alta calidad: minimizar las interrupciones de las compresiones torácicas, proporcionar compresiones de frecuencia y profundidad adecuada, evitar inclinarse entre las compresiones y evitar la ventilación excesiva⁴

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente trabajo de investigación, se relaciona con la línea de investigación de práctica de enfermería en el cuidado directo.

La reanimación cardiopulmonar, es un procedimiento de emergencia para salvar vidas que se utiliza cuando la persona ha dejado de respirar y el corazón ha cesado de palpitar.

Esto puede suceder después de una descarga eléctrica, un ataque cardíaco o ahogamiento. Enfermería como parte del equipo de salud, debe contar con conocimiento, habilidades y capacidades, continuamente entrenado para cumplir con los protocolos establecidos.

El servicio de Cardiología y Cirugía Cardíaca del Hospital Luis Vernaza es un centro de especialidad en medicina cardiovascular que da atención integral a pacientes con enfermedades de tipo cardíaco tanto patologías de resolución médica como intervencionismo y cirugía cardiovascular.

Este estudio se realiza en la sala de cardiología del Hospital Luis Vernaza de la ciudad de Guayaquil, esta sala tiene disponibilidad las 24 horas del día donde podremos observar los niveles de conocimiento del personal de enfermería en el cumplimiento del protocolo de reanimación cardiopulmonar.

El objetivo de esta investigación es determinar el cumplimiento de enfermería en el protocolo de reanimación cardiopulmonar, consideramos que este proyecto demostrará el nivel de capacidad en el cumplimiento del protocolo.

El propósito es observar el cumplimiento y la capacidad del personal de enfermería en el protocolo de reanimación cardiopulmonar en pacientes con alguna anomalía cardíaca también se basa en establecer medidas de bioseguridad del personal al momento de realizar el protocolo.

Esta investigación es de tipo descriptivo, observacional. En relación con las actividades que realiza el personal de enfermería para dar los cuidados en una parada cardiopulmonar en sala de cardiología del Hospital Luis Vernaza de la ciudad de Guayaquil durante el periodo octubre 2015 a febrero 2016. Es factible porque se dispone del tiempo para su estudio, de los recursos humanos, de los recursos económicos y tecnológicos para su desarrollo. Así como también se cuenta con la apertura de la sala de cardiología por parte del personal de enfermería.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el cumplimiento de las intervenciones de enfermería en el protocolo de RCP?

¿Cuáles son las características del personal de enfermería que labora en el área de emergencia?

¿Cuál es el conocimiento y capacitación del personal de enfermería en la aplicación del protocolo de RCP?

¿Cuáles son las Actividades que realiza el personal de enfermería en el protocolo de RCP?

JUSTIFICACIÓN

Las paradas cardíacas continúan siendo uno de los principales problemas de salud pública en todos los países de desarrollo, a nivel mundial constituyen una de las causas principales de mortalidad y morbilidad en el mundo.

En el continente Americano las paradas cardíacas, sino son tratadas en los primeros minutos puede constituir una de las causas de muerte en personas de todas las edades, especialmente en pacientes adultos y adultos mayores.

Para la prevención de dicha causa de mortalidad se ha recurrido a un procedimiento no invasiva que es la reanimación cardiopulmonar (RCP). La acción rápida e inmediata del personal de enfermería con la reanimación cardiopulmonar puede evitar en un 11% de muerte al año por parada cardíaca.

Este trabajo constituirá un gran aporte científico en las intervenciones de enfermería al momento de una parada cardíaca, además ayudará a conocer la capacidad del personal de enfermería, en los principales factores de riesgo que influyan para la aplicación de una RCP, en pacientes hospitalizados de la sala de cardiología del Hospital Luis Vernaza de la ciudad de Guayaquil.

Esta investigación es de tipo descriptivo transversal, observacional no experimental, prospectivo el cual se realizara una encuesta, que es un método de recolección de datos, esta encuesta está dirigida hacia el personal de enfermería de la sala de cardiología, se considera que por intermedio de los datos obtenidos se proporcionara un aporte científico de las intervenciones de enfermería en la institución hospitalaria en la que se realizará este proyecto.

La presente investigación nos revelará el cumplimiento del protocolo del personal de enfermería al momento de una reanimación cardiopulmonar, además nos permitirá describir las características personales del personal de enfermería que labora en el área de cardiología del Hospital Luis Vernaza de la ciudad de Guayaquil donde se realiza el proyecto

El estudio realizado nos permitirá verificar u observar si el personal de enfermería cumple o no cumple con el protocolo.

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Determinar el cumplimiento de intervenciones de enfermería en la aplicación del Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar.

Objetivos Específicos:

- Describir las características personales del personal de enfermería que labora en el área de cardiología
- Establecer el conocimiento y capacitación del personal de enfermería que labora en el área de cardiología en la aplicación del protocolo de Reanimación Cardiopulmonar.
- Identificar las actividades que realiza enfermería para dar los cuidados en una parada cardiopulmonar

CAPÍTULO II

FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

Protocolo de reanimación cardiopulmonar

La American Heart Association (AHA) por medio del Comité Internacional de Resucitación realizó una revisión de la literatura con el tema resucitación cardiopulmonar. La misión era identificar y revisar las ciencias y los conocimientos internacionales relevantes en PCR y ofrecer un consenso en las recomendaciones de su atención.

El proceso de revisión para las nuevas directrices se inició en el 2003 cuando los representantes del International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) establecieron seis tópicos de interés en RCP: soporte básico de vida; soporte avanzado de vida; síndrome coronario agudo; soporte de vida en pediatría; soporte de vida en neonatología y la acción interdisciplinaria sobre tópicos de educación. Este comité se reunió en enero de 2005, en la ciudad de Dallas en el Internacional Consensus Conference (ICC) y CPR Science with Treatment Recommendations.⁵

Los estudios científicos y las recomendaciones de tratamiento fueron publicados en el International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations (CoSTR). Los enfermeros entre otros elementos del equipo de salud, educadores en la área de la salud (escuelas de enfermería, medicina, odontología, fisioterapia, educación física, etc.) investigadores que participan directa o indirectamente con el tema, sea en, la asistencia, la enseñanza o en la investigación, deben leer el documento completo de las nuevas directrices que están publicadas tanto

en la revista *Resuscitation* en noviembre de 2005 como en la *Circulation* de diciembre de 2005.⁶

Las modificaciones recomendadas en 2005 tienen por objetivo simplificar las directrices de la RCP, eliminando las diferencias en los procedimientos técnicos y también en los diferentes intervalos de edad de la víctima; aumentando el número de compresiones torácicas y la calidad de esas compresiones continuas. Actualmente lo recomendado en la relación compresión-ventilación es de 30:2 para atender víctimas de todas las edades (excepto en recién nacidos), con uno o dos enfermeros de socorro, hasta que una vía artificial (por Ej.: tubo endotraqueal) sea instalado. Se recomienda también que en lactantes y niños, realizada por dos enfermeros de socorro, debe utilizarse una relación compresión-ventilación de 15:2.

Las compresiones torácicas eficaces restablecen el flujo sanguíneo durante la RCP y las directrices enfatizan los siguientes aspectos: para aplicar compresiones torácicas eficaces, todos los enfermeros de socorro deben hacer "una compresión fuerte, rápida, sin parar"; comprimir el tórax con una frecuencia de aproximadamente 100 compresiones por minuto, para todas las víctimas (excepto recién nacidos); permitir que el tórax retroceda totalmente (vuelva a la posición normal) después de cada compresión, y utilizar aproximadamente el mismo tiempo para compresión y relajamiento; tratar de minimizar las interrupciones de las compresiones torácicas, ya que cada vez que las compresiones torácicas son interrumpidas, el flujo sanguíneo cesa. (Cucalo, 2016)

Las modificaciones tienen por objetivo simplificar y enfatizar las maniobras del soporte básico de vida como estrategias fundamentales para mejorar la sobrevivencia después de una parada cardiaca. Todos los enfermeros de socorro deben realizar una RCP de alta calidad: esos enfermeros de socorro deben aplicar compresiones torácicas de

profundidad y número adecuados, permitir el retroceso torácico después de cada compresión y minimizar las interrupciones de las compresiones torácicas.

El mensaje más importante de las directrices 2005 es que una RCP de alta calidad, o sea realizada adecuadamente, salvará vidas, y todas las víctimas de parada cardíaca deben recibir una RCP de alta calidad⁷.

Protocolo de reanimación cardiopulmonar Hospital Luis Vernaza

En el Hospital Luis Vernaza, la RCP está enfocado a sustituir de forma inicial la circulación, para mantener un flujo sanguíneo y cerebral adecuado ante un evento de parada cardíaca, mediante el masaje cardíaco, ventilación asistida por medio de fármaco y descarga eléctrica. El objetivo del Hospital Luis Vernaza es preparar al personal profesional de salud, para que estén capacitados, reconozcan distintas emergencias potencialmente fatales y puedan resolver casos de forma segura a tiempo y eficaz.

Como reconocer o confirmar el paro cardiorrespiratorio

- ✓ Evaluar al paciente
- ✓ Ausencia de pulso
- ✓ Perdida súbita del estado de conciencia
- ✓ Apnea o respiración agónica

Recomendaciones iniciales

- Iniciar de inmediato el RCP
- Coordinar las acciones que se efectúen, Pedir ayuda al personal entrenado de llamada rápida
- Tomar el tiempo que inicio el evento
- Considerar la edad del paciente y antecedentes patológicos
- Antecedentes con la enfermedad actual
- Establecer necesidades de sustitución o complementación de función circulatoria y respiratoria
- Proporcionar el material necesario para la ventilación asistida y la desfibrilación

Secuencia del RCP

El RCP debe seguir en forma simultánea el aporte de oxígeno y asistencia circulatoria. El RCP consta de cuatro elementos principales:

1. Vía aérea
2. Circulación
3. Desfibrilación
4. Evaluación

Vía aérea (oxigenación/ventilación)

Durante el PCR, la principal alteración está relacionada con la hipoxia tisular que es una repercusión del GC alterado por el colapso circulatorio.

Esto condiciona alteraciones en el metabolismo celular, por lo que el primer objetivo es la administración de oxígeno suplementario.

Se debe iniciar la administración de oxígeno con mascarilla/ ambú; posteriormente considerar la inserción del tubo endotraqueal y la ventilación mecánica invasiva.

Circulación (asistencia circulatoria)

La maniobra inicial es la compresión o masaje cardiaco externo. Se recomienda que este sea efectivo para lograr la actividad cardiaca.

Desfibrilación

La desfibrilación es una medida que se da ante la presencia de arritmias ventriculares malignas, como resultados del RCP.

Esta debe darse inmediato ante la presencia de fibrilación ventricular / taquicardia ventricular. Se debe considerar:

1. El tipo de desfibrilador que existe en la unidad médica.
2. El tamaño de las palas, a mayor tamaño menor resistencia.
3. La corriente utilizada puede ser insuficiente o exagerada y esto puede empeorar en lugar de ayudar a recuperar el ritmo cardiaco y puede lesionar el miocardio.⁸

Evaluación de la respuesta

La efectividad de la existencia se podrá evaluar mediante el restablecimiento de pulso y actividad cardiaca, signos de actividad cerebral (recuperación de cambios pupilares), presencia o recuperación de ventilación espontanea o reflejos.

Durante el RCP pueden presentarse arritmias ventriculares, que en este caso deben ser tratados de acuerdo a la alteración que presente.

Reanimación cardiopulmonar

La RCP se practica de acuerdo a las recomendaciones basadas en los consensos internacionales actualizados periódicamente por el ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation) según las mejores evidencias científicas disponibles. En Europa es el European Resuscitation Council quien adecua las recomendaciones sobre RCP del ILCOR a las condiciones y peculiaridades de nuestro continente. Estas recomendaciones incluyen un capítulo sobre cuestiones éticas a considerar en la RCP, el cual emana preferentemente de la cultura anglosajona. En España el Plan Nacional de RCP realiza una espléndida labor de educación, difusión y puesta al día de los consensos europeos. También en nuestro país diversos autores han reflexionado sobre aspectos éticos de la RCP, incluyendo la pediátrica. Aunque dichos aspectos son en su mayor parte compartidos por los clínicos, el Grupo de Bioética de la SEMICYUC consideró oportuno actualizarlos en un documento basado en nuestras leyes y prácticas clínicas, procurando equilibrar los extremos de un autonomismo a ultranza y un paternalismo trasnochado⁹

Parada cardiaca

La Parada Cardiaca (PC) se define como la interrupción súbita, inesperada y potencialmente reversible de la circulación y de la respiración espontánea. Obviamente, cuando esta situación no se revierte en los primeros minutos de evolución, el resultado inexorable es la muerte biológica. La Resucitación Cardiopulmonar (RCP) moderna se articuló en la 5.a y 6.a décadas del siglo pasado como un conjunto de procedimientos para revertir la PC que ocurría a pacientes en el

quirófano, desde cuyo escenario se diseminó para practicarse a cualquier paciente y en cualquier lugar.

El entusiasmo inicial por la RCP se atemperó al observar los malos resultados que se obtenían de su aplicación indiscriminada y se comenzó a reconocer que la RCP no estaba indicada «en casos de enfermedad terminal irreversible cuando la muerte no es inesperada», apareciendo poco después las primeras guías clínicas sobre órdenes médicas para no resucitar. Paulatinamente se ha comprobado que las personas que llegan al final de su vida con salud frágil apenas se benefician de la resucitación. Es muy posible, además, que nadie hubiera desarrollado tal procedimiento para usarlo en dicha población¹⁰.

El desarrollo de las técnicas modernas de reanimación cardiopulmonar tiene su origen en el descubrimiento de la anestesia general en Boston, por Thomas Morton, quien utilizó éter sulfúrico el 16 de octubre de 1846 durante un procedimiento quirúrgico que realizó el cirujano Warren.

El paro cardiorrespiratorio (PCR), es una de las grandes emergencias médicas, es potencialmente reversible y tiene una alta incidencia tanto en los servicios de Urgencia como en las salas hospitalarias. En Cuba se han diseñado numerosos estudios con el objetivo de evaluar tanto el comportamiento de la parada cardiorrespiratoria como la preparación del personal de salud para enfrentarla con diversos resultados

El notable desarrollo alcanzado en Cuba, por el Sistema de Salud ha elevado la expectativa de vida de sus ciudadanos, al mismo tiempo que cambiaron las causas principales de muerte. En el año 2007, fueron las enfermedades del corazón, tumores malignos, enfermedad cerebrovascular y accidentes en este orden decreciente la mortalidad prevalente. Esto lleva implícito un aumento en la incidencia de paradas cardiorrespiratorias en Cuba y constituye un problema de salud. Se deben

considerar un interesante espectro de actividades que va desde la vigilancia epidemiológica e investigación, pasando por programas de prevención y enseñanza, hasta la conducta ante las paradas cardiorrespiratorias.¹¹

Desde los inicios de la RCP en 1950 se han venido realizando varios estudios científicos para mejorar las técnicas, en 2010 la Sociedad Americana del Corazón publicó sus últimas directrices para la Resucitación Cardiopulmonar y Atención Cardiovascular de Emergencia (RCP-ACE), aumentó el énfasis en los métodos para asegurar una alta calidad en todos los intentos de reanimación cardiopulmonar (CPR) que se realice. La AHA describe 5 componentes críticos de la RCP de alta calidad: minimizar las interrupciones de las compresiones torácicas, proporcionar compresiones de frecuencia y profundidad adecuada, evitar inclinarse entre las compresiones y evitar la ventilación excesiva.¹²

Durante los últimos 50 años, con la introducción de la resucitación cardiopulmonar (RCP), ocurrieron muchos avances en la atención de las emergencias cardiovasculares y en el soporte avanzado de vida en cardiología. Esas intervenciones han contribuido para restaurar la circulación y mejorar la sobrevivencia de víctimas de paradas cardiorrespiratorias.

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es una ocurrencia, a veces inesperada, constituyéndose en una grave amenaza a la vida de las personas, principalmente las que sufren parada cardíaca súbita (PCS) fuera del hospital, siendo que muchos de esos pacientes presentan fibrilación ventricular (FV). El manejo de esas víctimas en cualquier nivel de atención, de menor o mayor complejidad, necesita de RCP precoz y desfibrilación. Y, en parte, esas maniobras dependen de la disponibilidad

y funcionalidad del equipamiento de reanimación, que debe estar preparado para uso inmediato y también del entrenamiento del equipo, el que puede ser hecho por medio de cursos de Soporte Básico de Vida y Avanzado de Vida, en Cardiología. Una RCP de alta calidad, puede duplicar o triplicar las tasas de sobre vivencia después de una PCR.¹³

Parada cardiaca primaria

Fibrilación Ventricular

Fibrilación Ventricular (FV) o Taquicardia Ventricular sin Pulso (TVSP). La FV es el ritmo ECG inicial más frecuente en pacientes que presentan PCR secundaria a enfermedad coronaria. La FV degenera en Asistolia, de forma que después de 5 minutos de evolución sin tratamiento solo en menos de un 50% de las víctimas se comprueba su presencia.

Es de vital importancia el poder realizar una desfibrilación precoz, ya que se han comprobado supervivencias inmediatas de hasta un 89% cuando la FV es presenciada y la desfibrilación es instantánea, descendiendo ésta supervivencia en aproximadamente un 5% por cada minuto perdido antes de realizar la DF.

Asistolia.

Constituye el ritmo primario o responsable de la aparición de una situación de PCR en el 25% de las acontecidas en el ambiente hospitalario y en el 5% de las extrahospitalarias.

No obstante, se encuentra con más frecuencia al ser la evolución natural de las FV no tratadas. Su respuesta al tratamiento es mucho peor que la

de la FV, cuando es causada por enfermedad cardíaca, presentando una supervivencia menor de un 5%.

Las tasas de supervivencias pueden ser mejores cuando se presenta asociada a hipotermia, ahogamiento, intoxicación medicamentosa, bloqueo A-V completo por afectación trifascicular, bradicardia extrema, o cuando se trata de un fenómeno transitorio tras la DF de una FV.¹⁴

Actividad eléctrica sin pulso

Se define como la presencia de actividad eléctrica cardíaca organizada, sin traducirse en actividad mecánica (ausencia de pulso arterial central) o TAS < 60 mmHg. En ausencia de flujo en las coronarias las ondas coordinadas en el ECG solo pueden existir de forma transitoria. La presencia de DEM provoca una situación de muy mal pronóstico (supervivencia inferior al 5% cuando está causada por enfermedad coronaria), excepto en aquellos casos en que se trata de un fenómeno transitorio tras la DF o es secundaria a una causa rápidamente corregible. Por ello desde un primer momento es sumamente importante diagnosticar y tratar sus posibles causas, como hipovolemia, hipoxia, neumotórax a tensión, taponamiento cardíaco, alteraciones electrolíticas y del equilibrio ácido-base, intoxicación por fármacos, hipotermia, infarto agudo de miocardio y embolismo pulmonar masivo¹⁵.

Intervenciones de enfermería post-reanimación

1. Mejoramiento de la función cardiopulmonar y perfusión de órganos vitales.
 2. Transferencia al hospital o unidad de cuidados intensivos apropiado que disponga de un sistema de tratamiento postparo.
 3. Diagnóstico y tratamiento de los SCA y otras causas reversibles.
-

4. Control de la temperatura para optimizar la recuperación neurológica.
5. Anticipación, tratamiento y prevención de disfunción multiorgánica, evitar la hiperventilación y la hiperoxia.

La valoración neurológica es importante y se debe reconocer los trastornos neurológicos susceptibles de tratamiento, como puedan ser las convulsiones. El diagnóstico de convulsiones puede resultar complicado, especialmente en situaciones de hipotermia y bloqueo neuromuscular, la monitorización EEG se ha convertido en una importante herramienta de diagnóstico para estos pacientes. El manejo de pacientes en situaciones de hipotermia requiere la participación de expertos en la valoración neurológica e instrumentos de diagnóstico adecuados tanto en su uso como interpretación. Siempre que se cuente con el equipo apropiado, una vez restablecida la circulación espontánea (ROSC) conviene ajustar la Fio₂ a una concentración mínima necesaria para conseguir una saturación de oxihemoglobina arterial igual o superior al 94%, con el fin de evitar la hiperoxia y garantizar una administración adecuada de oxígeno; en el principio que una saturación de oxihemoglobina del 100% puede ser equivalente a una Pao₂ de entre 80 y 500 mm Hg aproximadamente¹⁶

SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS

Se han actualizado las recomendaciones sobre los síndromes coronarios agudos (SCA) con el fin de definir cuál es la meta del tratamiento en pacientes con sospecha y/o confirmación de SCA en las primeras horas de la aparición de los síntomas. Los objetivos están en concordancia con las Guías de la AHA/ACE/American College of Cardiology: Reducir la necrosis miocárdica en el infarto agudo de miocardio, para preservar al máximo la función del ventrículo izquierdo. Prevenir la insuficiencia cardíaca y limitar complicaciones cardiovasculares. Prevenir eventos

cardíacos graves: muerte, infarto de miocardio no fatal y necesidad de revascularización urgente. Tratar complicaciones agudas del SCA potencialmente mortales, como FV, TV sin pulso, las taquicardias inestables y las bradicardias sintomáticas.

ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR

El objetivo de los cuidados en el manejo del ACV es controlar la lesión cerebral aguda y maximizar la recuperación del paciente e iniciar tratamiento definitivo lo más pronto posible. El tiempo es un factor muy importante, al integrar la educación pública, atención telefónica, la detección y el triage pre-hospitalario, el desarrollo de sistemas de tratamiento en el hospital y la gestión de unidades especializadas, se ha mejorado el resultado de forma efectiva. Se han actualizado las indicaciones, contraindicaciones y precauciones de uso del activador tisular del plasminógeno recombinante para que sean coherentes con las recomendaciones de la American Stroke Association/AHA.¹⁷

SOPORTE VITAL AVANZADO PEDIÁTRICO

En el Soporte Vital Pediátrico, se incorporan temas como hipertensión pulmonar y cardiopatías congénitas, que en las condiciones actuales se han tornado diagnósticos importantes y factores de riesgo en el área pediátrica. En el control avanzado de vía aérea se da valor a la capnografía / capnometría para confirmar la posición del tubo traqueal, además de evaluar y optimizar la calidad de las compresiones torácicas en concordancia con los cambios en adultos. El algoritmo de SVPA/PALS se refuerza la condición de organizar períodos de alrededor de dos minutos de RCP ininterrumpida e inicio de los cuidados postparo. Respecto a la dosis inicial de energía de desfibrilación se establece que

de 2 a 4 J/kg de ondas monofásicas o bifásicas es aceptable. Para la segunda dosis y las siguientes, se recomienda una dosis de 4 J/kg como mínimo. Se observa que las dosis superiores a 4 J/kg (sin superar los 10 J/kg o la dosis de adulto) también pueden ser seguras y eficaces, especialmente si se administran con un desfibrilador bifásico. Para establecer concordancia con el aspecto de una saturación transcutánea óptima se recomienda ajustar la dosis de oxígeno inspirado, limitando los daños por hiperoxia; una vez recuperada la circulación espontánea (ROSC), para una saturación de oxihemoglobina arterial igual o superior al 94% pero inferior al 100%. Las recomendaciones de las medicaciones en todos los algoritmos se han ajustado. Entre ellas, se incluyen la de no administrar calcio salvo en condiciones muy específicas (hipocalcemia, sobredosis de calcio-antagonistas, hipermagnesemia o Hiperkalemia documentadas) y limitar el uso de etomidato en caso de shock séptico (efecto hemodinámico). Se revisan las indicaciones de la hipotermia terapéutica y manejo posterior a la reanimación, la hipotermia terapéutica (entre 32 y 34 °C) también puede ser una opción en el caso de lactantes y niños que continúan en coma tras la reanimación post-paro cardíaco en base a los conceptos de adultos. Se aconseja, si es posible, consultar a un especialista al momento de administrar amiodarona o procainamida en pacientes hemodinámicamente estables con arritmias. Se ha modificado la definición de la taquicardia de complejo ancho de más de 0,08 segundos a más de 0,09 segundos para optimizar el umbral diagnóstico y de tratamiento.

Víctimas de muerte súbita cardíaca en pediatría Cuando un niño o un adulto joven sufre una muerte súbita cardíaca inexplicable, es preciso obtener una historia médica y los antecedentes familiares completos (incluida una historia de episodios de síncope, convulsiones, accidentes/ahogamientos inexplicados o muerte súbita inesperada de adultos de menos de 50 años), y revisar los ECG anteriores. Debe conservarse tejido para realizar un análisis genético y determinar la presencia de canalopatías. Finalmente, creo que es muy importante

revisar las fuentes primarias de cada cambio y la lectura de los artículos de ERC y AHA. La estrategia de casos escenarios dentro de un ámbito de simulación clínica es un método excelente para la adquisición de conocimientos, habilidades y competencias durante el desarrollo de la misma, creemos que el comprender y aprender la ciencia de la RCP logrará mejores perspectivas y una sobrevivencia con calidad. Es obligación de todo el personal de salud, de las autoridades competentes y en principio del Estado comprometerse en una tarea de esta índole. La importancia de todos estos aspectos involucrados en el artículo no sería de la dimensión y el compromiso que nos toca si es que no educamos a la comunidad en criterios de primera respuesta y calidad de RCP.¹⁸

Intervención de enfermería

1. Resucitación;
2. Regulación hemodinámica;
3. Cuidados cardíacos;
4. Administración de fármacos;
5. Monitorización de los signos vitales;
6. Monitorización de líquidos;
7. Manejo de líquido manejo acido-base.

Resucitación

Administrar medidas de emergencia para mantener la vida

Actividades:

- Vigilar el nivel de conciencia función sensorial, motora;
 - Utilizar la maniobra de inclinación de la cabeza o empuje de la mandíbula para mantener una vía aérea;
 - Limpiar las secreciones bucales, nasales y traqueales si procede
 - Administrar ventilación manual, si es proceso;
-

- Realizar resucitación cardiopulmonar, si procede;
- Ayudar con masaje cardiaco si es el caso;
- Llamar al equipo médico de respuesta rápida;
- Monitorizar al paciente;
- Poner en marcha una I.V y administrar líquidos I.V según indiquen;
- Disponer del equipo o carro de paro cardiaco;
- Comprobar que el equipo electrónico funcione correctamente;
- Obtener un electrocardiograma;
- Ayudar con la intubación endotraqueal;
- Valorar sonidos pulmonares después de la intubación para determinar la correcta posición del tubo;
- Solicitar cama en UCI y ventilador si procede, disponer un transporte seguro.

Regulación hemodinámica

- Auscultar pulso apical, valorar frecuencia y ritmo cardiaco;
- Palpar pulso periférico;
- Auscultar los sonidos cardiacos;
- Vigilar los niveles de electrolitos;
- Monitorizar el gasto cardiaco o índice cardiaco e índice de trabajo ventricular izquierdo, si procede;
- Administrar medicamentos inotrópicos de contractilidad positivos;
- Evaluar los efectos secundarios de fármaco inotrópicos negativos;
- Observar los pulsos periféricos, el llenado capilar y la temperatura y el color de las extremidades;
- Elevar el cabecero de la cama si procede;
- Colocar en posición Trendelenburg, cuando se precise;

- Mantener el equilibrio de líquidos administrados I.V o diuréticos, según el caso¹⁹.

Materiales de resucitación

1. Tanque de Oxígeno;
 2. Cánula o Mascarilla;
 3. Pulsímetro;
 4. Monitor cardiaco;
 5. Desfibrilador, electrodos;
 6. Guantes estériles;
 7. Guantes de manejo;
 8. Jeringuillas;
 9. Sondas;
 10. Equipo de venoclisis;
 11. Equipo de Volutrol;
 12. Catéter;
 13. Llave de 3 vías;
 14. Bisturí;
 15. Esparadrapo;
 16. Sujetadores;
 17. Tubos de muestra de sangre;
 18. Ambú;
 19. Humificador, arbolito;
 20. Tabla para masaje cardiaco²⁰.
-

Medicamentos que debe tener el chararo

- ✓ Adrenalina;
- ✓ Atropina;
- ✓ Amiodarona;
- ✓ Aminofilina.
- ✓ Fentanyl;
- ✓ Dormicum;
- ✓ Diazepan;
- ✓ Dobutamina;
- ✓ Dopamina;
- ✓ Nitroglicerina;
- ✓ Propofol;
- ✓ Nitroprusiato de sodio;
- ✓ Parches de nitroderm;
- ✓ Sulfato de magnesio;
- ✓ Manitol;
- ✓ Cloruro de sodio;
- ✓ Lactato de ringer;
- ✓ Dextrosa²¹.

Fundamentación legal

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.²²

VARIABLES GENERALES: Cumplimiento de las intervenciones de enfermería en RCP

DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	INSTRUMENTOS
Acción y efecto de cumplir con determinados procedimientos en la atención de diferentes alteraciones ante problemas cardiovasculares.	Características	Edad	20-30 años__ 31-40 años__ 41-50 años__ + de 50 años__	Cuestionario de preguntas.
		Genero	Masculino__ Femenino__	
		Cargo	Líder__ Coordinador__ Cuidado directo__ Auxiliar de enfermería__ TSE__ Otros__	
		Años de servicio	3-6 meses__ 6-12 meses__ 1 – 2 años__ + de 2 años__	
		Horario de trabajo.	Mañana__ Tarde__ Noche__	

		Grado académico.	Licenciada (o) __ Magister __ Especialista __ Otros __
--	--	------------------	---

VARIABLES GENERALES: Cumplimiento de las intervenciones de enfermería en RCP.

DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	INSTRUMENTOS
Acción y efecto de cumplir con determinados procedimientos en la atención de diferentes alteraciones cardiovasculares	Conocimiento y Capacitación	Reanimación Cardiopulmonar .	SI __ NO __ Poco __	Cuestionario de preguntas.
		Protocolo de RCP	SI __ NO __	Cuestionario de preguntas
		Intervenciones de enfermería generales.	Evaluar __ Ausencia pulso __ Perdida conciencia __ Apnea __ Coordina acciones __ Tiempo evento __ Edad paciente __ Otros datos __ Establece sustitución complementaria __ Proporciona material __	Cuestionario de preguntas. Matriz de observación directa.
		Intervenciones de enfermería específicas durante RCP	Llamado equipo salud __ Preparación carro de paro __ Disponibilidad de oxígeno __ Disponibilidad	Cuestionario de preguntas. Matriz de observación directa.

			de tabla fija__ Colocar__ vía EV__ Administración soluciones EV__ Calcula__ y administra dosis__ Registra novedades__	
--	--	--	---	--

VARIABLES GENERALES: Cumplimiento de las intervenciones de enfermería en RCP.

DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	FUENTE
Acción y efecto de cumplir con determinados procedimientos en la atención de diferentes alteraciones cardiovasculares		Intervenciones de enfermería específicas durante RCP	Asiste intubación__ Control SV__	
		Intervenciones de enfermería posteriores	Monitorización__ Valoración neurológica__ Evaluación__ Registros__ Notificación a familiares__	Cuestionario de preguntas. Matriz de observación directa.
		Tiempo de capacitación.	Semanal__ Mensual_ Anual__ Siempre__ Continuamente__ SI__ NO__	

CAPITULO III

METODOLOGÍA: MATERIALES Y MÉTODOS

Población y Muestra

Población

El presente trabajo investigativo se realizó en la sala de cardiología del Hospital de Especialidades Luis Vernaza. Para la aplicación de la encuesta, se tomó el mes de enero 2016, por lo que está constituida por la siguiente población:

El presente estudio es descriptivo, observacional, cuantitativo acerca del cumplimiento del protocolo de reanimación cardiopulmonar por el Personal de Enfermería en pacientes hospitalizados en la sala de cardiología del Hospital Luis Vernaza, en el periodo de noviembre 2015 a marzo 2016.

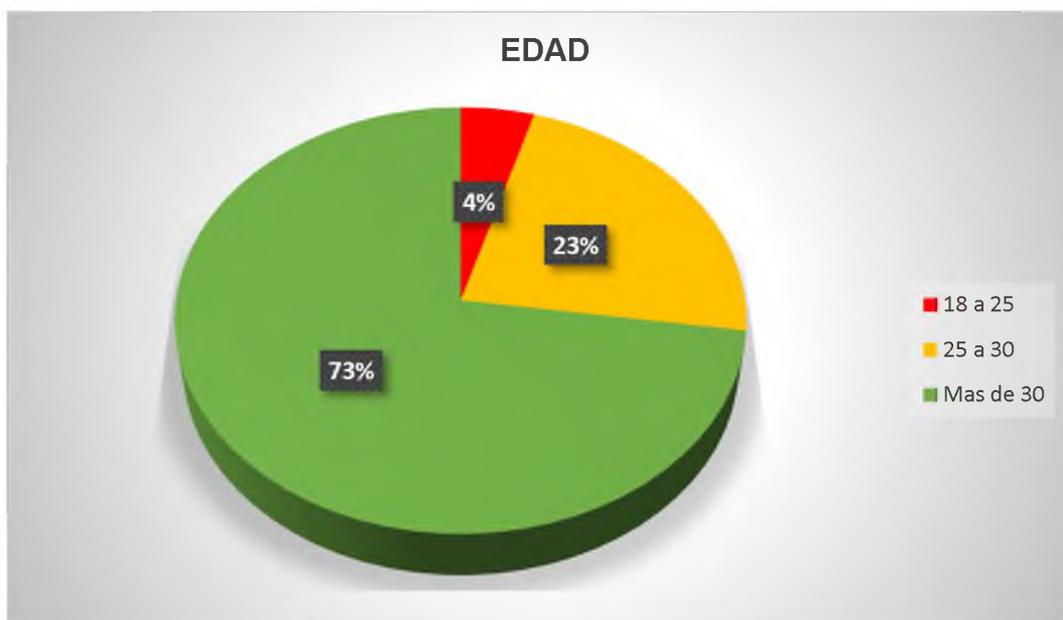
La población para el presente estudio será 22 personas de enfermería que corresponden el 100% de la cantidad de personas encuestadas, resultando accesible en su totalidad y no será necesario extraer una muestra. En consecuencia, se podrá investigar u obtener datos de toda la población.

Los métodos de recolección de datos fueron: observación y en encuesta directa dirigidas al personal de enfermería con una población y una muestra de 22 personas cada uno.

ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

GRÁFICO N°1

1) ¿CUÁL ES SU EDAD?



AUTOR: BETTY CUCALÓN

FUENTE: HOSPITAL LUIS VERNAZA SALA DE CARDIOLOGÍA

ANÁLISIS: En el siguiente gráfico se puede observar que el 73% tienen más de 30 años que representan a 5 personas, el 23% tienen entre 25 y 30 años que representa a 6 personas y el otro 4% tienen entre 18 y 25 años lo que representa a 1 persona, estas encuestas nos demuestran una prevalencia del personal de salud mayores de 30 años, que aparte del conocimiento también demuestran su experiencia al momento de un RCP.

GRÁFICO N°2

2) ¿CUÁL ES EL CARGO QUE USTED DESEMPEÑA EN EL ÁREA?



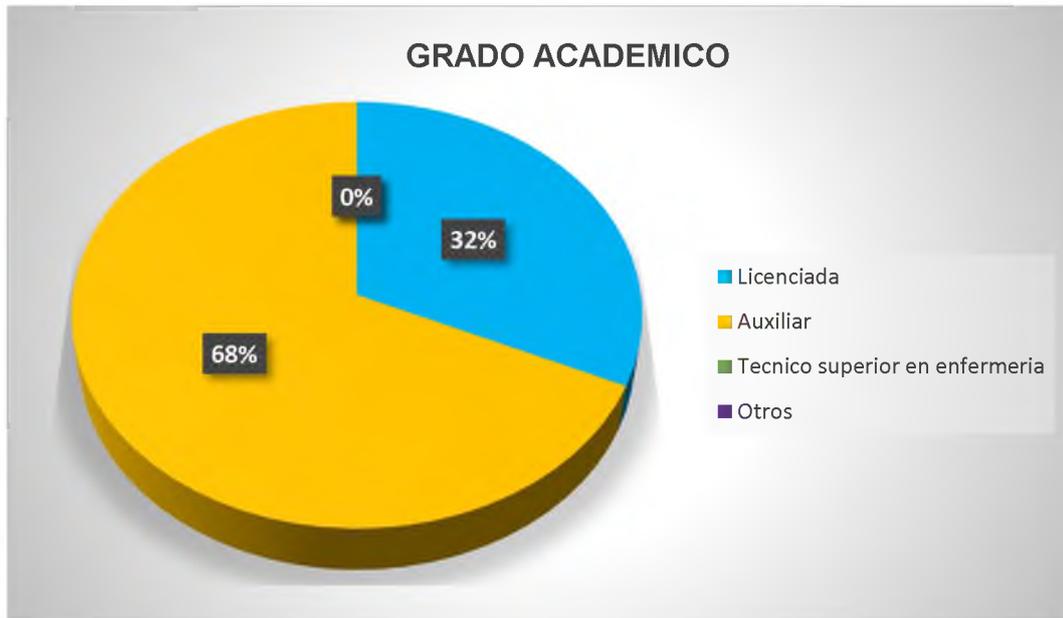
AUTOR: BETTY CUCALÓN

FUENTE: HOSPITAL LUIS VERNAZA SALA DE CARDIOLOGÍA

ANÁLISIS: En el siguiente gráfico se puede observar que el 68% que representa a 15 personas afirmaron que sus funciones como personal de salud es de cuidado directo, el 32% que representa a 7 personas afirmaron que su función como personal de salud es de líderes, llegando a la conclusión que la mayoría del personal de salud en la sala de cardiología cumple una función de cuidado directo.

GRÁFICO N°3

3) ¿CUÁL ES SU GRADO ACADÉMICO?



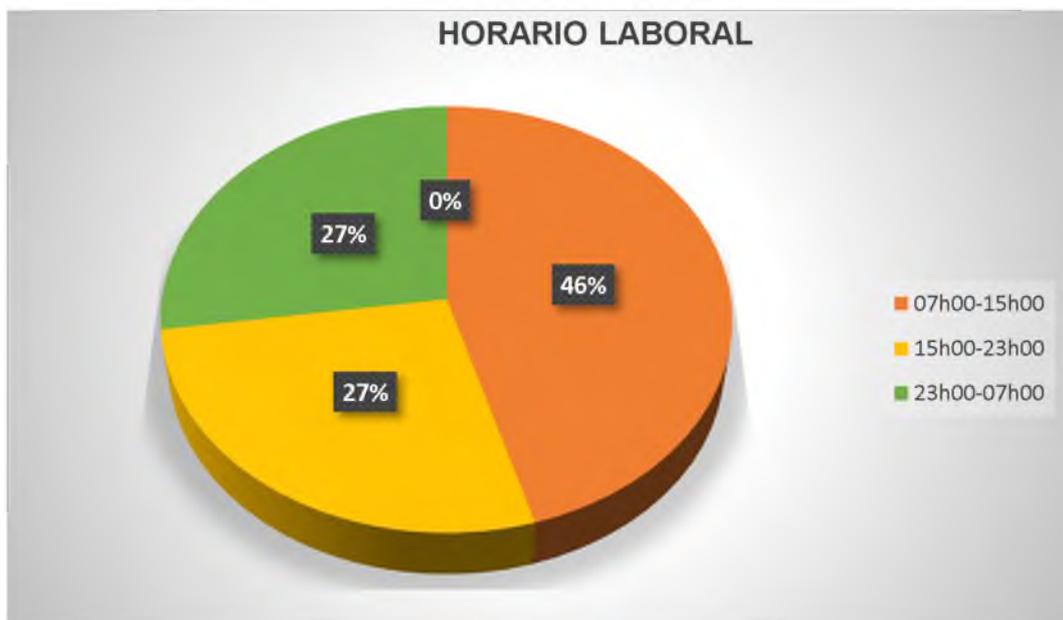
AUTOR: BETTY CUCALÓN

FUENTE: HOSPITAL LUIS VERNAZA, SALA DE CARDIOLOGÍA

ANÁLISIS: En el siguiente gráfico podemos observar que el 68% que representan 15 personas afirmaron que su grado académico es auxiliar de enfermería mientras que el 32% que representan a 7 personas son licenciadas en enfermería, llegando a la conclusión que el número de licenciadas y auxiliares es adecuado para una sala de cardiología.

GRÁFICO N°4

4) ¿EN QUÉ HORARIO DE TRABAJO LABORA USTED?



AUTORA: BETTY CUCALÓN

FUENTE: HOSPITAL LUIS VERNAZA, SALA DE CARDIOLOGÍA

ANÁLISIS: En el siguiente gráfico se puede observar que el 43% que representa a 10 personas aseguran que su horario laboral es de 07h00-15h00, el 27% que representa a 6 personas afirma que su horario laboral es de 15h00-23h00, y el 27% restante afirma que su horario de trabajo es de 23h00-07h00 dándonos la conclusión que en el horario de 07h00-15h00 hay mayor personal de enfermería atendiendo en la sala de cardiología.

GRÁFICO N°5

5) ¿QUÉ TIEMPO TIENE LABORANDO EN EL ÁREA?



AUTOR: BETTY CUCALÓN

FUENTE: HOSPITAL LUIS VERNAZA, SALA DE CARDIOLOGÍA

ANÁLISIS: En el siguiente grafico se puede observar que el 77% que representan 17 personas afirman que laboran más de 5 años, el 23% que representa a 15 personas afirman que ya tienen un tiempo laboral entre 1 y 5 años lo cual nos refleja que hay personal con capacidad y experiencia dentro de la sala de cardiología.

GRÁFICO N°6

6) ¿USTED TIENE CONOCIMIENTO SOBRE EL PROTOCOLO DE RCP?



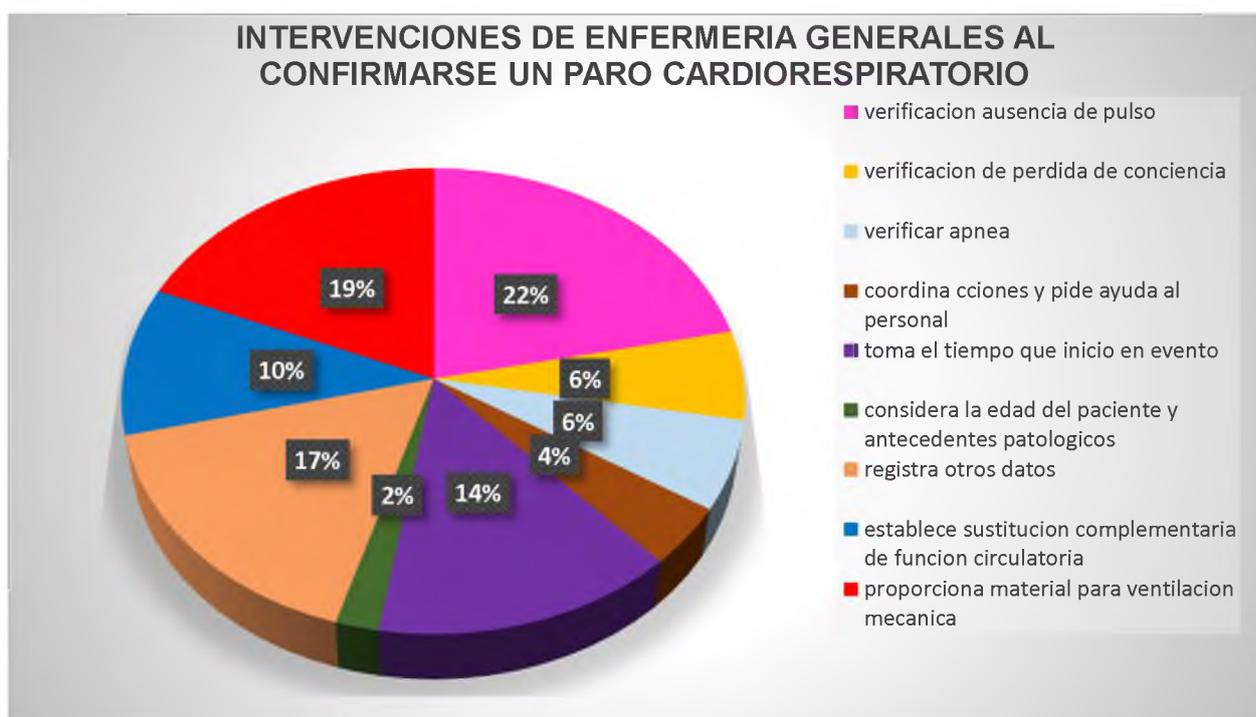
AUTOR: BETTY CUCALÓN

FUENTE: HOSPITAL LUIS VERNAZA, SALA DE CARDIOLOGÍA

ANÁLISIS: En el siguiente gráfico se puede observar que el 100% que representan a las 22 personas de la sala de cardiología afirman que tienen un amplio y extenso conocimiento sobre el protocolo de Reanimación Cardiopulmonar tanto teórico como práctico.

GRÁFICO N°7

7) ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA GENERALES AL CONFIRMARSE UN PARO CARDIORRESPIRATORIO?



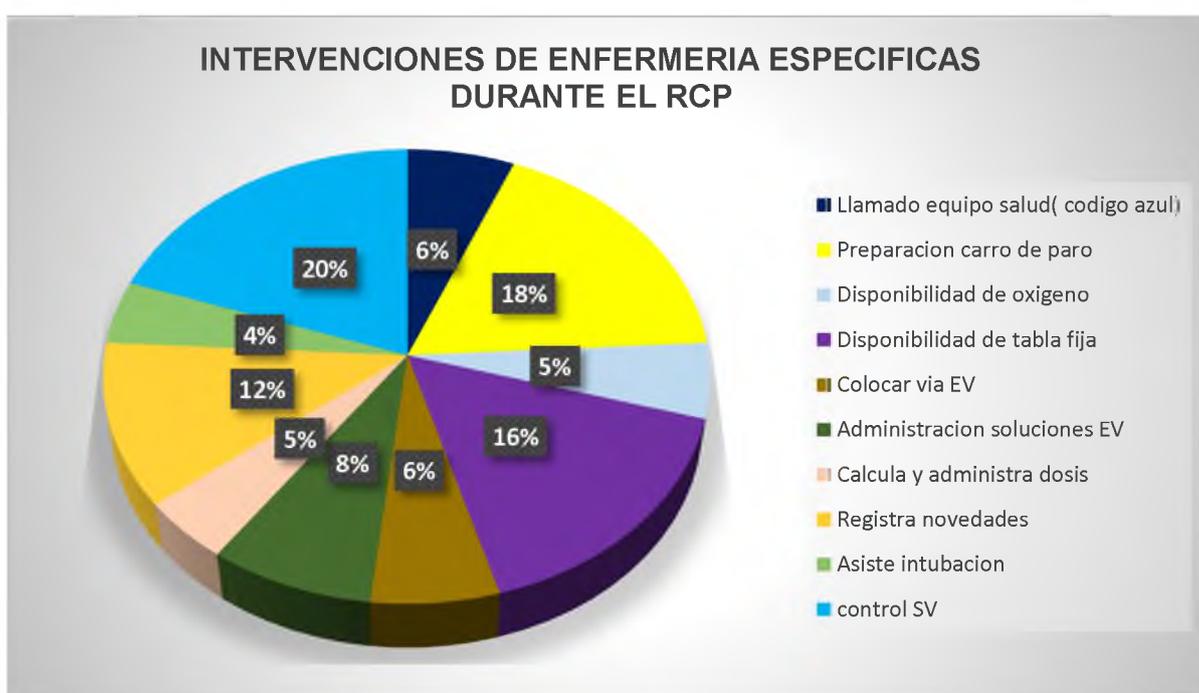
AUTORA: BETTY CUCALÓN

FUENTE: HOSPITAL LUIS VERNAZA, SALA DE CARDIOLOGÍA

ANÁLISIS: En el siguiente gráfico con referencia a las intervenciones de enfermería se puede observar que el 22% realizan verificación ausencia pulso, el 19% proporciona material para ventilación mecánica, el 17% registra otros datos, el 14% toma el tiempo que inicio el evento, el 10% establece situación complementaria de función circulatoria, el 6% verificación de pérdida de conciencia al igual que verificación de apnea, el 4% coordina acciones y pide ayuda al personal, y el 2% considera la edad del paciente concluimos que cada persona sabe su función al momento de una RCP.

GRÁFICO N°8

8) ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECÍFICAS QUE UD. CUMPLE DURANTE EL RCP?



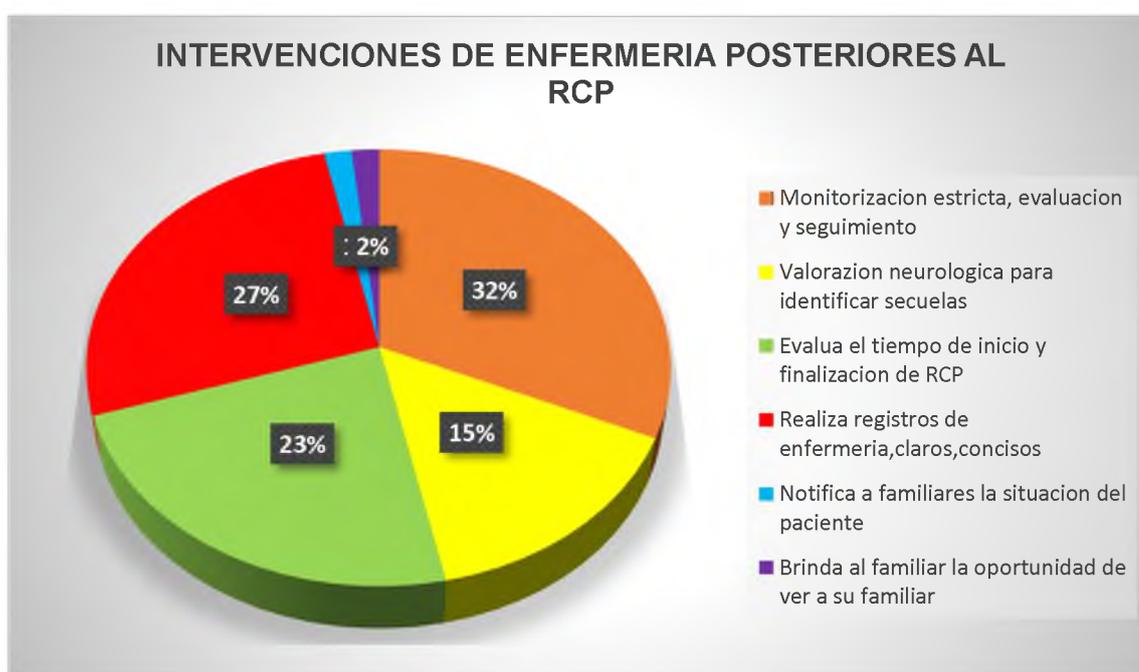
AUTORA: BETTY CUCALÓN

FUENTE: HOSPITAL LUIS VERNAZA, SALA DE CARDIOLOGÍA

ANÁLISIS: En el siguiente grafico se puede observar con referencia a la intervención que se cumple durante el RCP que, el 20% que representan a las 22 personas realizan control de SV, el 18% preparación carro de paro, el 16% disponibilidad de tabla fija, el 12% registra novedades, el 8% administra solución EV, el 6% llamado equipo azul y colocar vía EV, el 5% disponibilidad d oxígeno al igual que calcula y administra dosis, 4% asiste intubación, esto nos demuestra que el personal de enfermería está preparada ante una parada cardiaca.

GRÁFICO N°9

9) ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA POSTERIORES AL RCP?



AUTOR: BETTY CUCALÓN

FUENTE: HOSPITAL LUIS VERNAZA, SALA DE CARDIOLOGÍA

ANÁLISIS: En el siguiente gráfico se puede observar que el 32% que representa 19 personas aseguran que realiza monitorización estricta, evaluación y seguimiento al pacientes después de una RCP, el 27% realiza registros de enfermería, claros y concisos para tener un diagnóstico exacto del paciente, 24% evalúa el tiempo de inicio y finalización de RCP, el 15% realiza una valoración neurológica para identificar secuelas, y un 2% notifica a familiares la situación del paciente al igual que brinda al familiar la oportunidad de ver a su familiar, con estas

estadísticas podemos observar que hay un seguimiento estricto al paciente después de una RCP

CONCLUSIONES

De acuerdo a la información obtenida mediante la realización de encuestas al personal de enfermería del área de Cardiología del Hospital de Especialidades Luis Vernaza, concluyo que:

- Que la parada cardiorrespiratoria constituye una emergencia sanitaria que necesita de una rápida actuación, pues el tiempo de inicio de la reanimación cardiopulmonar es fundamental para su pronóstico y posterior recuperación, y así evitar dentro de lo posible, las temidas secuelas neurológicas.
- Las características del personal de enfermería que labora en el Departamento de Cardiología se cumplen a cabalidad, toda vez que todos actúan en equipo con destreza, motivados y con responsabilidad al momento que se presenta una RCP, ya que se observa la intervención oportuna y precisa con el fin de disminuir la mortalidad.
- El personal que trabaja en el Departamento de Cardiología del nosocomio, considero que se encuentra debidamente capacitado puesto que posee el conocimiento necesario para afrontar emergencias ante una posible parada cardiaca.
- Las actividades que realiza enfermería ante una parada cardiopulmonar, están debidamente identificadas, con la puesta en práctica de manera estricta del protocolo, lo que hace que en la medida de lo posible se garantice en un alto porcentaje la sobrevivencia del paciente con una RCP, el cumplimiento de esta garantía en su atención, está en el seguimiento de los cuidados de enfermería antes y después.

• BIBLIOGRAFÍAS

- 1) Autores; Maria Celia Barcellos Dalri, Izilda Esmenia Muglia Araújo; Renata Cristina de Campos Pereira Silveira; Silvia Rita Marin da Silva Canini; Regilene Molina Zacareli CyrilloNuevas directrices para la resucitación cardiopulmonar Rev. Latino-Am vol.16 no.6 Nov./Dec. 2008

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000600020&script=sci_arttext&tlng=es

- 2) Autores; J.L. Monzo'n. I. Saralegui , R. Molina , R. Abizanda , M. Cruz Martin , L. Cabre, J.J. Ariash , V. Lopez. Ética de las decisiones en resucitación cardiopulmonar Med. Intensiva v.34 n.8 Barcelona nov. 2010

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912010000800006

- 3) Autor, Raffo Escalante-Kanashiro Guías de Reanimación Cardiopulmonar Acta méd. peruana v.27 n.4 Lima oct./dic. 2010

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172010000400012

- 4) Autores, Dr. Diego Enríquez, Dra. Adriana Castro, Dra. Cecilia Rabasa, Dra. Carola Capelli, Dra. Florencia Cores Ponte, Dra. Susana Gutiérrez, Dr. Gonzalo Mariani, Dr. Sergio Pacchioni, Dra. Amorina Pardo, Dr. Gastón Pérez, Dra. Mariana Sorgetti y Dr. Edgardo Szyld, Cursos de reanimación cardiopulmonar básicos para padres de recién nacidos y lactantes vol.112 no.2 Buenos Aires abr. 2014

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752014000200020&script=sci_arttext

- 5) Autores Dra. Mayuri de la Caridad Machado Álvarez¹, Dra C. Rosalba Roque González², Dra C. Irene Barrios Osuna³, Dra. Josefina Nodal Ortega⁴, Dr. Juan B Olive González ⁵ y Dra. Ingrid Quintana Pajón Nivel de conocimientos en reanimación cardiopulmonar cerebral Rev cuba anestesiol reanim v.9 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2010

<http://scielo.sld.cu/pdf/scar/v9n2/ane04210.pdf>

6) DR: Narciso Perales Rodríguez De Viguri RCP: unos minutos para salvar una vida (2003)

https://books.google.com.ec/books?id=K147SH8D46sC&printsec=frontcover&dq=rpc&hl=es&sa=X&ved=0ahukewirpozhs6zlahuc_r4khsi7cq0q6aeigjaa#v=onepage&q=rpc&f=false

7) Autor: Alton Thygeron Primeros auxilios, RCP y DAE estándar (2006)

https://books.google.com.ec/books?id=hdImpaaacaaj&dq=rpc&hl=es&sa=X&ved=0ahukewiw_cnntkzlahvclb4khsqxcbk4chdoaqpmam

8) Editorial vértice S.L RCP básica y primeros auxilios (2011)

https://books.google.com.ec/books?id=ypvZM1hEeiUC&printsec=frontcover&dq=rpc&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiRpozhs6zLAhUC_R4KHSI7Cq0Q6AEIHjAB#v=onepage&q=rpc&f=false

9) Autor: Eugenio Hurtado Recomendaciones de Rcp y Soporte Vital: Conferencia Ilcor 2010

https://books.google.com.ec/books?id=fmtrrrqeacaaj&dq=rpc&hl=es&sa=X&ved=0ahukewiw_cnntkzlahvclb4khsqxcbk4chdoaqhhmak

10) Autores, Dolores Arriaza, Sandra Granados, Juan Martínez, Cristina Sánchez, Técnicas básicas de enfermería (2013)

https://books.google.com.ec/books?id=C_1raqaaqbaj&printsec=frontcover&dq=tecnicas+basicas+de+enfermeria+purificacion+dolores+arriaza&hl=es&sa=X&ved=0ahukewiemzcsqzlahvf1h4khspibniq6aeigjaa#v=onepage&q=tecnicas%20basicas%20de%20enfermeria%20purificacion%20dolores%20arriaza&f=false



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Cucalón Betty Mireya, con C.C: # 0907244107 autor/a del trabajo de titulación: cumplimiento del protocolo de reanimación Cardiopulmonar por el personal de enfermería en pacientes hospitalizados en la sala de cardiología del Hospital Luis Vernaza, previo a la obtención del título de **LICENCIADA DE ENFERMERÍA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 15 de marzo de 2016

Betty Cucalón

f. _____

Nombre: Cucalón Betty Mireya
C.C: 0907244107

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Cumplimiento Del Protocolo De Reanimación Cardiopulmonar Por El Personal De Enfermería En Pacientes Hospitalizados En La Sala De Cardiología Del Hospital Luis Vernaza		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Cucalón Betty Mireya		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Muñoz Aucapiña Miriam		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Medicina		
CARRERA:	Escuela de Enfermería		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	15 de marzo de 2016	No. DE PÁGINAS:	52
ÁREAS TEMÁTICAS:	Cardiología Clínica		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Reanimación Cardiopulmonar, Protocolo, Parada Cardiaca, Código Azul, Desfibrilador, Charol de Paro.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):	<p>El presente estudio descriptivo, observacional acerca del cumplimiento del protocolo de reanimación cardiopulmonar por el Personal de Enfermería en pacientes hospitalizados en la sala de cardiología del Hospital Luis Vernaza, en el periodo de noviembre 2015 a marzo 2016 se realiza con el fin de Determinar el cumplimiento de intervenciones de enfermería en la aplicación del Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar. Los métodos de recolección de datos fueron: Observación y encuestas directas dirigido al personal de enfermería, con respuestas dicotómicas, continuas para establecer el conocimiento y capacitación del personal de enfermería que labora en el área de cardiología, en la aplicación del protocolo de Reanimación Cardiopulmonar. Mediante la presente investigación efectué un estudio por medio de encuestas hacia el personal de enfermería, obteniendo la siguiente información, con una muestra total de 22 encuestados del personal de enfermería, de los cuales 68% son auxiliares mientras que el 32% son licenciadas, es decir que hay una prevalencia mayor de auxiliares que licenciadas, siguiendo con los resultados del cumplimiento del protocolo de Reanimación Cardiopulmonar me dio los siguientes resultados, el 20% realiza control de signos vitales, el 18% preparación carro de paro, el 16% disponibilidad de tabla fija, el 12% registra novedades, el 8% administra solución endovenosa, el 6% llamado equipo código azul y colocar vía endovenosa, el 5% disponibilidad de oxígeno al igual que calcula y administra dosis, y el 4% asiste en la intubación.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 042-896960 0994345311	E-mail: bettycucalon1963@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Lcda. Muñoz Aucapiña Miriam Mgs.		
	Teléfono: 0983315817		
	E-mail: mili5682@hotmail.com		

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a <u>datos</u>):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	