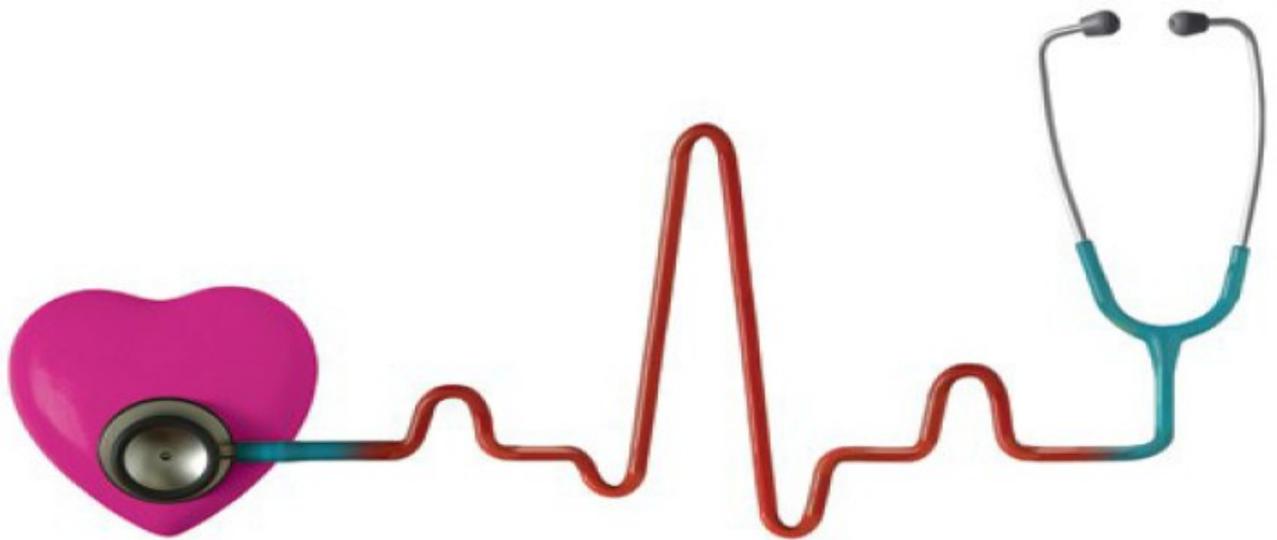


FORMACIÓN EN RCP. SIMULACIÓN CLÍNICA EN EL ADULTO 2017

(NORMAS DEL 2015 SEGUN ERC)

MATERIAL DIDÁCTICO



***Elaborado por : Araceli Aibar, Enfermera Supervisora de Neumología
Silvia Lagar, Enfermera Supervisora de Hospitalización Pediatría.***

Componentes de un sistema de atención

Se han identificado elementos universales de un sistema de atención que proporcionan a los actores de la RCP un marco común, con el que pueden construir un sistema integrado de reanimación.

La prestación de cuidados médicos requiere una estructura (personas, equipamiento y educación) y un proceso (políticas, protocolos y procedimientos) que, cuando se integran, conforman un sistema (programas, organizaciones y culturas) que da resultados óptimos (supervivencia y seguridad del paciente; calidad y satisfacción). Un sistema de atención efectivo combina todos estos elementos (estructura, proceso, sistema y evolución del paciente) en un marco de mejora continua de la calidad. (1)



(1) (Aspectos destacados de las guías de la American Heart Association Guidelines 2015/CPR&ECC)

Cadena de supervivencia en el paro cardiaco intrahospitalario



(1) Aspectos destacados de las guías de la American Heart Association Guidelines 2015/CPR&ECC

En los adultos que necesitan RCP, la probabilidad de una causa cardíaca primaria es alta. Cuando el flujo sanguíneo se detiene después de una parada cardíaca, la sangre en los pulmones y el sistema arterial permanece oxigenada durante algunos minutos. (2)

Tras una parada cardíaca intrahospitalaria, la división entre SVB y SVA es arbitraria; en la práctica el proceso de resucitación es un continuo y se basa en el sentido común. (2)

Cuando los profesionales sanitarios ven en un área clínica el colapso de un paciente o le encuentran aparentemente inconsciente,

- deberían inicialmente solicitar ayuda (p.ej. activar timbre de emergencia, gritar),
- a continuación evaluar si el paciente responde. Deben agitar suavemente los hombros y preguntar en voz alta: "¿Está bien?" (2)

La realización de compresiones torácicas a un paciente con latido cardíaco es poco probable que cause daño. Sin embargo, los retrasos en el diagnóstico de la parada cardíaca y el comienzo de la RCP afectarán negativamente a la supervivencia y deben evitarse. (2)



EUROPEAN
RESUSCITATION
COUNCIL

Soporte Vital Básico y Desfibrilación Externa Automatizada (DEA)



www.erc.edu | info@erc.edu

Publicado Octubre 2015 por European Resuscitation Council vzw Emile Vanderveldelaan 35, 2845 Niel, Belgium
Copyright © European Resuscitation Council vzw Referencia de producto: Poster_BLS_Algorithm_SPA_V20151214

Poster 1. www.erc.edu | info@erc.edu Publicado Octubre 2015 por European Resuscitation Council vzw, Emile Vanderveldelaan 35, 2845 Niel, Belgium Copyright: © European Resuscitation Council vzw Referencia de producto: Poster_BLS_Algorithm_SPA_V20151214

Comienzo de la RCP en el hospital (2)

A continuación se enumeran los pasos clave:

1-Una persona comienza la RCP mientras otros llaman al equipo de resucitación y consiguen el equipamiento de resucitación y un desfibrilador. Si solo está presente un miembro del personal, esto significará dejar solo al paciente.

2-Dar 30 compresiones torácicas seguidas de dos ventilaciones.

3-Comprimir hasta una profundidad de aproximadamente 5 cm pero no más de 6 cm.

4-Las compresiones torácicas deberían realizarse a una frecuencia de 100 - 120/min.

5-Dejar que el tórax se reexpanda completamente tras cada compresión; no permanezca apoyado sobre el pecho.

6-Minimizar las interrupciones (no más de 10") y asegurar compresiones de alta calidad.

7-Realizar compresiones torácicas de alta calidad durante un tiempo prolongado produce cansancio; con la mínima interrupción, hay que intentar cambiar a la persona que hace las compresiones torácicas cada 2 minutos.

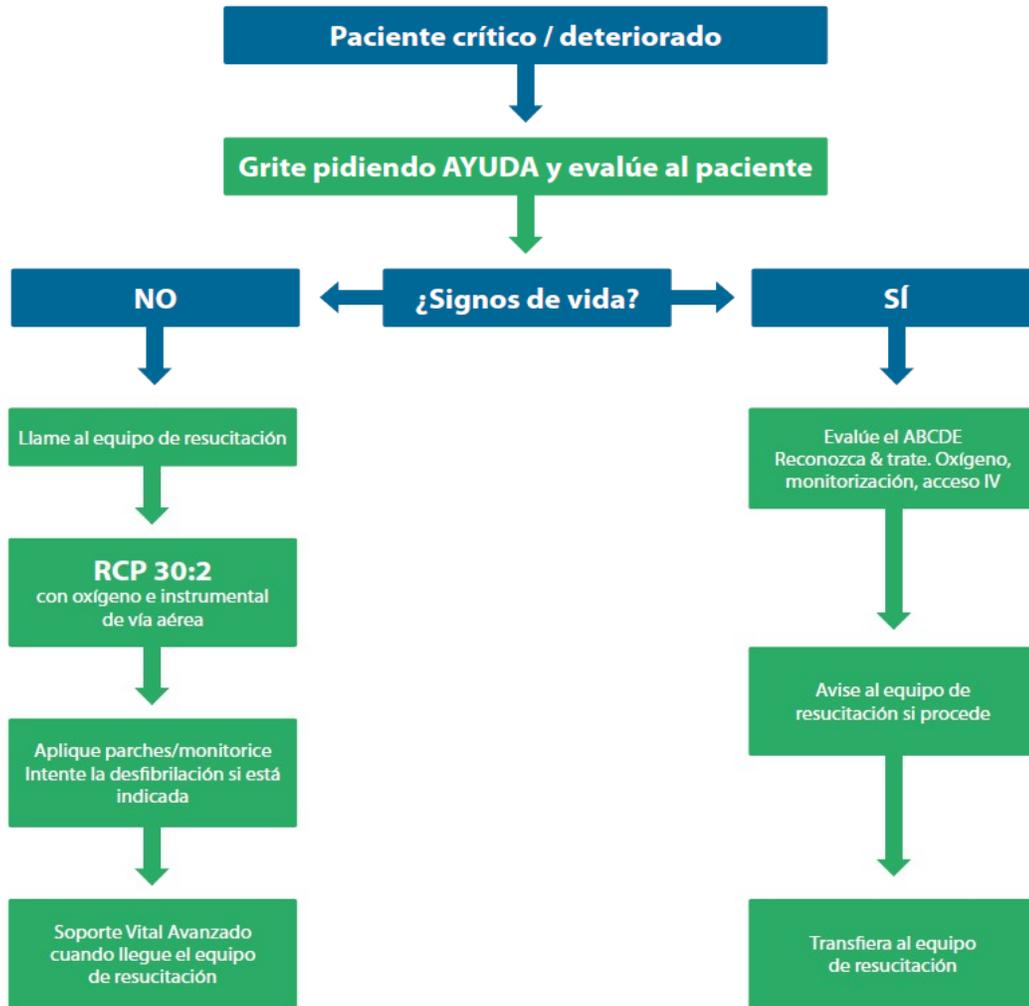
8-Mantener la vía aérea y ventilar los pulmones con el equipamiento más apropiado que se tenga a mano inmediatamente. Debería comenzarse la ventilación con mascarilla de bolsillo o con balón mascarilla por dos reanimadores, que puede ser complementada con una cánula orofaríngea. De forma alternativa, utilice un dispositivo supraglótico de vía aérea (DSVA) y un balón autoinflable. La intubación traqueal sólo debería intentarse por aquellos que estén formados, y sean competentes y experimentados en esta técnica.

9-Utilizar un tiempo inspiratorio de 1 segundo y administrar suficiente volumen para producir una elevación normal del tórax. Añadir oxígeno suplementario, tan pronto como sea posible, para administrar mayor concentración de oxígeno inspirado.

La desfibrilación en los 3-5 primeros minutos del colapso puede producir tasas de supervivencia tan altas como 50- 70%. Se puede conseguir desfibrilación precoz por los que hacen la RCP mediante la utilización de DEA de acceso público in situ.



Resucitación en el hospital



www.erc.edu | info@erc.edu
 Publicado Octubre 2015 por European Resuscitation Council vzw, Emile Vanderveldelaan 35, 2845 Niel, Belgium
 Copyright: © European Resuscitation Council vzw Referencia de producto: Poster_ALS_IHCAT_Algorithm_SPA_V20151214

Poster 2. www.erc.edu | info@erc.edu

Publicado Octubre 2015 por European Resuscitation Council vzw, Emile Vanderveldelaan 35, 2845 Niel, Belgium

Copyright: © European Resuscitation Council vzw Referencia de producto: Poster_ALS_IHCAT_Algorithm_SPA_V20151214

Supuestos prácticos:

En situaciones de emergencia el equipo de enfermería debe organizarse como tal ante la necesidad de ser efectivos y eficientes en la RCP antes de que acuda el equipo médico. A continuación se muestran unas sugerencias de supuestos prácticos.

Cuando un profesional detecta una parada cardiaca hace una primera valoración y avisa al resto del equipo.

Supuesto 1:

2 personas en una unidad (enfermera y auxiliar)

- Independientemente de quien detecte o sospeche una parada cardiaca o respiratoria, avisa a la otra persona.
- La enfermera se queda con el paciente, si este no muestra signos vitales, inicia la RCP.
- La auxiliar de enfermería avisa al 52001, sala contigua y lleva el carro de paradas
- Mientras acude la ayuda, la auxiliar de enfermería releva a la enfermera
- La enfermera administrará oxigenoterapia mediante ambú.

Supuesto 2:

4 personas en la unidad (2 enfermeras y 2 auxiliares)

1ª enfermera responsable del paciente y 1ª auxiliar responsable del paciente.

2ª enfermera de la unidad y 2ª auxiliar de enfermería de la unidad

- Independientemente de quien detecte o sospeche una parada cardiaca o respiratoria, avisa al resto del equipo.
- La 1ª enfermera (si es la 1ª que acude), inicia la RCP durante 2 min (aprox. 8 ciclos de 30 compresiones)
- La 1ª auxiliar de enfermería (en su defecto 1ª persona que escuche la llamada) llama al 52001, después comprueba constantes. Retira cabezal de la cama por si se tiene que intubar al paciente.
- La 2ª auxiliar de enfermería mientras tanto lleva el carro de paradas y desfibrilador o DESA, comprueba y/o prepara aspirador de secreciones.
- La 2ª enfermera proporciona oxigenoterapia mediante ambú y/o releva a la persona que inició la RCP.

Si hubiera una tercera enfermera comprobará o colocará una vía periférica para iniciar la RCPA cuando venga el equipo de reanimación y coloca palas del desfibrilador.

Como se menciona anteriormente, la desfibrilación en los 3-5 primeros minutos del

colapso puede producir tasas de supervivencia del 50- 70%. Esto se puede lograr con la desfibrilación precoz por quien hace la RCP, mediante la utilización de DEA de acceso público in situ, por tanto la colocación de las palas no es función exclusiva de ningún profesional (en otros ámbitos son colocadas por personal ajena al medio hospitalario)

Todos estos pasos se producen en un corto espacio de tiempo y generalmente de manera simultánea. Los miembros de equipo tienen que ser conscientes de sus limitaciones, por lo que se pondrán ordenadamente de acuerdo para modificar el quién hace qué en cada momento, obedeciendo las órdenes de quien más experiencia tenga.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aspectos destacados de las guías de la American Heart Association Guidelines 2015 / CPR & ECC
http://cpr.heart.org/idc/groups/heartpublic/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_317346.pdf
2. Monsieurs KG, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 1. Executive Summary. Resuscitation (2015),
<http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.038>

Poster 1. www.erc.edu | info@erc.edu

Publicado Octubre 2015 por European Resuscitation Council vzw, Emile Vanderveldelaan 35, 2845 Niel, Belgium Copyright: © European Resuscitation Council vzw Referencia de producto: Poster_BLS_Algorithm_SPA_V20151214

Poster 2. www.erc.edu | info@erc.edu

Publicado Octubre 2015 por European Resuscitation Council vzw, Emile Vanderveldelaan 35, 2845 Niel, Belgium
Copyright: © European Resuscitation Council vzw Referencia de producto: Poster_ALS_IHCAAT_Algorithm_SPA_V20151214