



**Universidad de Valladolid**

**Facultad de Enfermería**

**GRADO EN ENFERMERÍA**

**Curso académico 2013/14**

**TRABAJO DE FIN DE GRADO**

**PARADA CARDÍACA INTRAHOSPITALARIA.  
PROPUESTA DE NUEVA ACTUACIÓN**

**Autor/a: Elisabet Pindado Sánchez**

**Tutor/a: Esther Torres**

**Cotutor/a: Alfonso Pérez**



## RESUMEN

En este trabajo se muestra una propuesta para mejorar la supervivencia de la parada cardíaca intrahospitalaria. Por eso, se hace referencia a lo qué es y conocer las causas más frecuentes que pueden llegar a causarla.

Esta propuesta se basa en una reanimación cardiopulmonar (RCP), sobre todo antes de que llegue el equipo de reanimación, en las que se tratan aspectos muy importantes como una detención precoz de la parada cardíaca, una desfibrilación precoz y realizar todos los pasos de la RCP de una manera correcta, para dar al paciente una respuesta rápida y eficaz del problema.

Todo esto nos lleva a que se debe realizar una RCP de calidad para aumentar la supervivencia al alta de la parada cardíaca intrahospitalaria.

Palabras clave: Parada Cardíaca, Reanimación Cardiopulmonar, Intrahospitalario, Supervivencia.



## ÍNDICE

1. Justificación	pág. 4
2. Objetivos	pág. 4
3. Desarrollo del tema	pág. 4
3.1 Introducción	pág. 4
3.2 ¿Qué es la Parada cardíaca?	pág. 5
3.3 Etiología de la Parada Cardíaca	pág. 5
3.4 Epidemiología de la Parada Cardíaca	pág. 9
3.5 Cadena de Supervivencia	pág. 9
3.6 Reanimación Cardiopulmonar	pág. 11
3.7 RCP Básica o Soporte Vital Básico	pág. 11
3.8 Eficacia de la RCP	pág. 21
3.9 Prevención de la Parada Cardíaca	pág. 22
4. Conclusiones	pág. 24
5. Bibliografía	pág. 25
6. Anexos	pág. 27



## 1. Justificación

El porcentaje de la supervivencia al alta de la parada cardíaca es muy reducido, por eso se debe establecer un protocolo común en todo el hospital, para lograr una supervivencia mayor.

Para ello se debe tener en cuenta el deterioro del paciente que a veces no es reconocido, ni tratado de forma adecuada, lo que lleva a una disminución de la supervivencia.

Destacar como puntos importantes el reconocimiento precoz de la parada cardíaca, realizar una RCP de calidad y una desfibrilación precoz antes de que llegue el equipo de reanimación.

Todos estos puntos realizados de una forma correcta y eficaz, además de sumarle una prevención, llevará a mejorar la supervivencia al alta de la parada cardíaca intrahospitalaria.

## 2. Objetivo

Establecer un protocolo común de reanimación cardiopulmonar (RCP) en el hospital para responder a la parada cardíaca de forma rápida y eficaz, y así mejorar la supervivencia intrahospitalaria.

## 3. Desarrollo del Tema

### 3.1 Introducción

La parada cardíaca es una enfermedad que afecta a muchas personas en la edad media de la vida. En muchas ocasiones se presenta de forma repentina, pero también puede haber síntomas previos, que producen el deterioro del paciente antes de que se produzca la parada cardíaca.

Por eso se debe realizar unas pautas comunes para aumentar la supervivencia al alta de pacientes que han sufrido esta enfermedad.

### 3.2 ¿Qué es la Parada Cardíaca?

La parada cardíaca la podemos definir como la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible, de la actividad mecánica del corazón y de la respiración y de forma inmediata se produce la parada respiratoria.

Una consecuencia de la parada cardíaca es la anoxia tisular de los tejidos (falta de oxígeno que lo transporta la sangre a través de la hemoglobina) y la afectación en el cerebro puede llegar a provocar causas irreversibles, sino se actúa con rapidez en un intervalo de unos 5 minutos aproximadamente.

La parada cardíaca se puede identificar por:

- Pérdida de consciencia, lo que le lleva a no responder a los estímulos.
- Apneas o respiraciones agónicas, lo que nos provoca un cese en la respiración o una parada respiratoria. <sup>(1,2)</sup>

### 3.3 Etiología de la Parada Cardíaca

La mayoría de las paradas cardíacas son de origen cardíaco. Pero también existen otro tipo de causas que pueden ser respiratorias, vasculares y neurológicas. <sup>(3)</sup>

#### **Etiología cardíaca**

La parada cardíaca puede estar producida por distintas alteraciones cardíacas. Dependiendo de la alteración que nos encontremos, deberemos seguir un tipo de tratamiento para tratar la parada cardíaca.

Estas alteraciones suelen ser distintos tipos de arritmias. La arritmia es un trastorno en la conducción de los impulsos cardíacos del corazón, lo que provoca una alteración del ritmo sinusal. Destacamos:

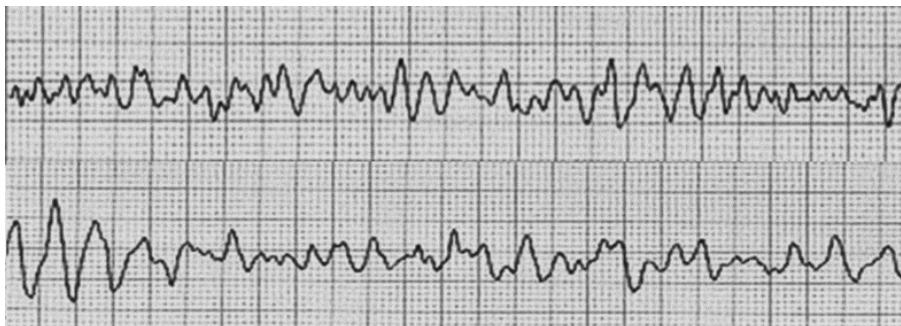
#### *Fibrilación ventricular*

Es la arritmia más frecuente en los adultos y aparece sobre todo en los infartos agudos de miocardio (bloqueo de una de las ramas de una arteria coronaria, suele ser lo suficiente grande para interrumpir la función cardiaca, causando la muerte o la necrosis de esa área, puede ocurrir por la formación de un trombo o la constricción prolongada de las arterias).

En este tipo de arritmia los ventrículos laten de forma irregular e ineficazmente, ya que, el impulso no llega a todo el ventrículo completo, solo a una parte.

Esto produce un escaso llenado del corazón, disminución del gasto cardiaco, disminución del riego coronario y cese del pulso. La tensión arterial cae a cero y se produce la parada circulatoria. Por eso se considera una parada cardiaca, ya que no tenemos actividad mecánica efectiva.

En el electrocardiograma observamos complejos rápidos e irregulares, sin ondas P y donde el complejo QRS no le podemos identificar. Según pasa el tiempo los complejos se van aplanando, lo que da lugar a la asistolia.



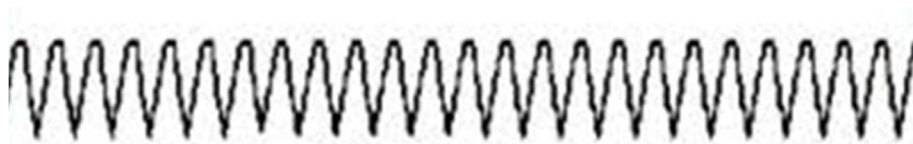
### *Taquicardia ventricular*

Es producida por un foco ectópico ventricular que controla el ritmo cardiaco y suele ser una frecuencia superior a la normal 140 – 230 latidos minuto. Si la frecuencia está muy alterada el corazón no puede realizar su función mecánica y da lugar a una taquicardia ventricular sin pulso.

En el electrocardiograma lo identificamos al observar complejos ventriculares anchos, que aparecen de manera consecutiva, estos complejos son

denominados extrasístoles ventriculares. Varias extrasístoles ventriculares seguidas es lo que denominamos taquicardia ventricular y esto puede dar lugar a una fibrilación ventricular.

A menudo la causa es de origen isquémico.



### *Asistolia*

Es producida por no tener ni actividad eléctrica ni mecánica del corazón, aunque podemos llegar a registrar algún complejo aislado, hasta que aparece una línea más o menos plana (siempre debemos comprobar el pulso del paciente).

Es preciso siempre diferenciarla de una fibrilación ventricular de grano fino amplificando la señal en la pantalla del monitor.

### *Actividad eléctrica sin pulso (AESP)*

Se refiere a la actividad eléctrica sin actividad mecánica del corazón. El diagnóstico de este tipo de arritmia es muy difícil ya que nos encontramos sin pulso, sin latido o sin sonidos del corazón.

Entonces buscamos la causa que ha llegado a provocar esta actividad eléctrica sin pulso y a partir de ahí podremos tratar la causa. Cuando no sabemos cuál puede ser la causa aplicamos el tratamiento de la asistolia. Las causas más frecuentes y potencialmente reversibles pueden ser: <sup>(2, 3)</sup>

- Las 4 H:
  - Hipoxia.
  - Hipovolemia.
  - Hipo/hiperkalemia.
  - Hipotermia.

- LAS 4 T:
  - Trombosis.
  - Taponamiento cardiaco.
  - Tóxicos.
  - Neumotórax a Tensión. <sup>(4)</sup>

Ritmo Inicial	RCE (%)*	Sobrevida al alta (%)
FV	58.5	33.8
TV	64	33.9
AESP	41.5	11.1
Asistolia	36.9	9.5

- RCE: Restablecimiento Circulación Espontanea <sup>(5)</sup>

### Etiología respiratoria

A la parada cardiaca siempre se le suele suma la parada respiratoria. También una de las causas más importantes que nos puede llevar a la parada es la obstrucción de la vía aérea.

Otras causas que dan lugar a parada cardiaca pueden ser las infecciones pulmonares y el asma en sus manifestaciones agudas, y el embolismo pulmonar.

### Etiología neurológica

Los accidentes cerebrovasculares, la epilepsia y algunos trastornos convulsivos pueden dar lugar a distintos tipos de arritmias y dar lugar a una parada cardiaca.

<sup>(3)</sup>

## 3.4 Epidemiología de la Parada Cardíaca





La parada cardíaca puede aparecer en cualquier momento de nuestra vida, aunque ocurre con mayor frecuencia en torno a los 45 – 50 años y en la vejez.

La cardiopatía isquémica es la principal causa de muerte en el mundo. En Europa, las enfermedades cardiovasculares suponen alrededor del 40% del total de muertes en menores de 75 años. La parada cardíaca súbita es responsable de más del 60% de las muertes de adultos por enfermedad coronaria.

En relación con la parada cardíaca intrahospitalaria se estima que entre 1 – 5 paradas por 1.000 ingresos. Un estudio de la AHA (American Heart Association) nos dice que la supervivencia tras una parada cardíaca intrahospitalaria es del 17,6% en cualquier tipo de ritmo. El ritmo inicial en la parada cardíaca suele ser FV o TV sin pulso en el 25% de los casos y de este 25%; el 37% sobrevive al alta hospitalaria; tras asistolia el 11,5% sobrevive al alta hospitalaria. <sup>(4)</sup>

En España, cada año más 24.000 personas son afectadas por esta enfermedad; unas 18.000 personas en los hospitales, entre un 0,4 – 2% de los ingresados. La mayoría de las paradas cardíacas se producen en el domicilio y hasta un 50% de las paradas cardíacas ocurridas en el hospital, suceden fuera de los servicios especiales. <sup>(6)</sup>

Las muertes por parada cardíaca son un gran problema, que en algunos casos podemos llegar a solucionar si actuamos con rapidez y aplicando una RCP (reanimación cardiopulmonar) de calidad.

### 3.5 Cadena de Supervivencia

Cadena de supervivencia se denomina a las actividades que relacionan a la víctima de una parada cardíaca súbita con la supervivencia. Esto es un esquema de los pasos que debemos seguir al identificar una parada cardíaca.

Esta serie de pasos incluyen el reconocimiento precoz de la situación de urgencia y pida ayuda al equipo de reanimación, realice la reanimación cardiopulmonar, desfibrilación precoz y soporte vital avanzado junto a cuidados post-resucitación.

En el primer paso debe reconocer aquellos pacientes que puedan llegar a tener una parada cardíaca y pedir ayuda para abordar la parada cardíaca con rapidez. En el segundo paso se procede a realizar las maniobras de la RCP. En el tercer paso se realiza una desfibrilación precoz para tratar de revertir la parada cardíaca. En el cuarto y último paso, el soporte vital avanzado y el tratamiento necesario para la post-resucitación, para mantener las constantes vitales.

Descripción de los pasos de la cadena de supervivencia:

1. Reconocer rápidamente la emergencia médica y activar el protocolo de ayuda, avisando al equipo de reanimación. Una respuesta rápida y efectiva podría llegar a prevenir la parada cardíaca.
2. Realice las maniobras de RCP de manera precoz. Pueden incluir las compresiones torácicas y las ventilaciones, esto lleva a aumentar la supervivencia de la parada cardíaca.
3. Desfibrilación, utilizada para recuperar el pulso, en el caso de que sea una fibrilación ventricular. Al combinar el paso dos y tres se produce un gran aumento de la supervivencia.
4. Soporte vital avanzado y cuidados post- resucitación: es muy importante para poder restablecer las funciones y tener una buena calidad de vida. Esto es realizado por el médico de guardia, avisado con anterioridad. (4,7)



### 3.6 Reanimación Cardiopulmonar (RCP)

El conjunto de maniobras o pasos que necesitan o no material instrumental, utilizadas para reestablecer la parada cardíaca se denomina reanimación cardiopulmonar (RCP). La función de estas maniobras es sustituir primero la circulación y respiración del paciente. Esta RCP puede ser básica o avanzada. (Anexo I y II). <sup>(1)</sup>

Las paradas cardíacas que nos podemos llegar a encontrar en un hospital es un gran problema social, sanitario y económico. Entre un 0,4 – 2% de los pacientes ingresados precisan maniobras de RCP y hasta un 30% de los fallecimientos han precisado las maniobras de RCP. <sup>(8)</sup>

La parada cardíaca suele afectar sobre todo a los pacientes que ingresan por una patología de origen respiratorio (38%), pero también de origen pluripatológico (27%), quirúrgico (12%), cardíaco (10%), renal o cáncer. <sup>(9)</sup>

### 3.7 RCP Básica o Soporte Vital Básico

Se puede definir como las maniobras utilizadas para mantener la circulación y respiración y que no necesita ningún tipo de instrumental. Esto se realiza a través de compresiones torácicas y ventilaciones desde el reanimador. Es importante reconocer la parada cardíaca para realizar una desfibrilación precoz. <sup>(3)</sup>

#### **Secuencia de SVB del Adulto**

El tratamiento de las dos funciones vitales respiratoria y circulatoria se efectúa de forma simultánea dado que la ausencia de una conduce a la ausencia de la otra por lo que forman un conjunto único. Por tanto, en la valoración comprobará el estado de consciencia y el estado de respiración. <sup>(3)</sup>

Solo con una detección precoz o comprobación de los signos vitales, estado de consciencia, la respiración y desfibrilación precoz. Puede remediar las secuelas que la parada cardíaca puede originar.

*Valoración consciencia*

Mediante el aviso de los familiares o por medio de la monitorización de las constantes puede llegar a reconocer los signos que dan lugar a una parada cardíaca, como pueden ser, una disminución de la tensión arterial, aumento o disminución brusca de la frecuencia cardíaca, cambios en la frecuencia respiratoria y una disminución de la saturación de oxígeno. <sup>(6)</sup>

Se debe valorar la conciencia o no del paciente. Para ello procede a hablar a la víctima o gritarle, también puede pellizcarle los hombros, las mejillas o los lóbulos de las orejas.

Si el paciente no responde debe considerarlo como inconsciente.



© 2010 European Resuscitation Council

Por otro lado, si el paciente está inconsciente y respira debe colocarlo en posición lateral de seguridad.



© 2010 European Resuscitation Council

### *Pedir ayuda*

Avise a los profesionales sanitarios que estén con usted, o bien pida ayuda a través del timbre del que disponen en las plantas de hospitalización, para activar el protocolo de reanimación cardiopulmonar y avisar al equipo de reanimación.

Mientras uno se queda en la habitación iniciando las maniobras de reanimación, otra persona avisa por teléfono al equipo de reanimación, utilice la palabra clave “PARADA” además de indicar la planta y habitación y así quedará activado el protocolo. También traerá el carro de paradas.

### *Apertura de vía aérea.*

Cuando el paciente se encuentra inconsciente la vía aérea queda bloqueada con la lengua, para ello se debe colocar una cánula orofaríngea, si es posible. El paciente debe estar colocado en posición de decúbito supino.

Para dejar la vía aérea permeable realice la maniobra frente – mentón produciéndose la hiperextensión del cuello. Colocar una mano en la frente e inclinar la cabeza hacia atrás y colocar la otra mano en el mentón para abrir la vía aérea.



© 2010 European Resuscitation Council

Para poder comprobar si hay respiración realice el ver, oír y sentir: ver la elevación del pecho a la hora de respirar, oír como respira a la altura de la boca y sentir el aire en la mejilla al respirar. Este paso se debe realizar de forma rápida y no debe durar entre 5 segundos y no más de 10 segundos.



© 2010 European Resuscitation Council

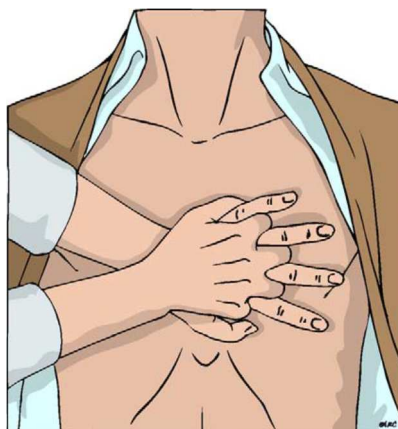
De esta forma podrá decidir el tipo de respiración que tiene el paciente: normal o anormal.

### *Compresiones torácicas.*

Mientras el personal sanitario está avisando al equipo de reanimación y traen el carro de paradas y el desfibrilador automatizado, inicie las compresiones torácicas.

Coloque al paciente en posición decúbito supino sobre una superficie dura y plana. Puede utilizar la modalidad de “cama parada cardíaca” o también puede utilizar la tabla del carro de paradas, cuando dispongas de ella.

Realice la compresión en la mitad del pecho o a nivel del tercio inferior del esternón, colocando el talón de la mano y entrelazando los dedos, ejerciendo toda la presión en el talón de la mano sobre el esternón.



© 2010 European Resuscitation Council

Debe colocarse al lado de la cama del paciente. Mantén los brazos rectos y no debe doblarlos cuando vaya a ejercer la presión sobre el tórax del paciente. Cuando realice la presión, debe ejercer tal presión, que el tórax se deprima al menos unos 5 cm.



© 2010 European Resuscitation Council

Al terminar la presión ejercida, no debe retirar las manos del lugar, debe realizar las compresiones de forma seguida, que lleguen a producir al menos unas 100 compresiones por minuto.



© 2010 European Resuscitation Council



## Ventilaciones

Para iniciar las ventilaciones deberá tener el carro de paradas para utilizar el material adecuado.

Debe volver a realizar la maniobra frente – mentón para poder realizar las respiraciones de forma correcta y sean efectivas.



© 2010 European Resuscitation Council

Para mantener la vía aérea permeable debe colocar una cánula orofaríngea en cuanto llegue el personal con el carro de paradas. Para elegir el tamaño adecuado para el paciente, debe tener en cuenta la distancia en la comisura del labio y el ángulo de la mandíbula, esto solo debe ser utilizado cuando el paciente se encuentra inconsciente.



© 2010 European Resuscitation Council

Debe ventilar los pulmones con una mascarilla conectada a una bolsa autoinflable y conéctelo al oxígeno en cuanto sea posible. Para ello debe sujetar la mascarilla, que cubra la nariz y la boca, y utilizar la técnica de la “C” y “E” para sujetar la mascarilla con una mano y la otra en la bolsa autoinflable. Es mucho mejor que esta técnica se realice con dos personas.

Una persona sujeta la mascarilla facial con las dos manos y la otra aprieta la bolsa autoinflable, de esta forma se consigue un sellado correcto y una ventilación más efectiva.



© 2010 European Resuscitation Council

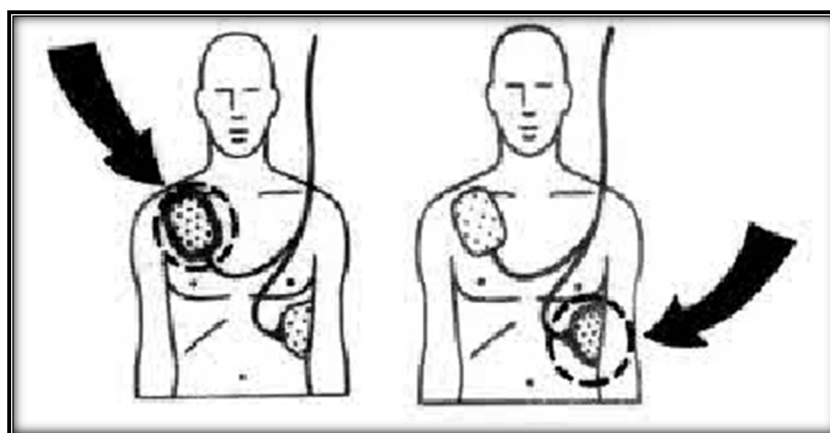
Si se hace de forma correcta, verá como el pecho se eleva, siendo una ventilación efectiva. Estas ventilaciones irán relacionadas con las compresiones y se llevará una secuencia de: 30 compresiones y 2 respiraciones. <sup>(10)</sup>

### *Desfibrilación precoz*

Cuando se reconozca una parada cardíaca el personal sanitario debe trasladar el carro de paradas del que se dispone en las plantas más cercano al lugar donde se ha producido la parada cardíaca. <sup>(11)</sup>

El personal sanitario podrá hacer uso del desfibrilador automatizado del carro de paradas (si dispone de él) antes de que llegue el equipo de reanimación avisado con anterioridad. Para ello, deben seguir con las compresiones y ventilaciones (30:2), hasta que el desfibrilador esté listo. (Anexo IV)

El uso de parches autoadhesivos para la utilización del desfibrilador, nos proporciona una pérdida de tiempo menor, ya que, mientras coloca los parches puede seguir realizando las compresiones en el tórax. <sup>(6, 9)</sup>



Si el paciente despertase, se moviera o abriese los ojos y empezase a respirar, realice una nueva valoración de las constantes del paciente. Si no ocurre nada de esto, debe seguir de manera continua con las compresiones y las respiraciones.



(Anexo III)

Los materiales utilizados del carro de paradas para realizar la RCP son:

A la hora de realizar las compresiones torácicas en el tórax utilizaremos la tabla del carro de paradas. Para dejar la vía aérea permeable utiliza la cánula orofaríngea y para realizar las ventilaciones utilice la mascarilla con la bolsa autoinflable.

También utilice el desfibrilador automatizado si el carro de paradas dispone de él.

### 3.8 Eficacia de la RCP

La eficacia a la hora de realizar las maniobras de reanimación cardiopulmonar es muy positiva. Para que la supervivencia mejorase al realizar estas maniobras, deberían ser practicadas en el momento óptimo.

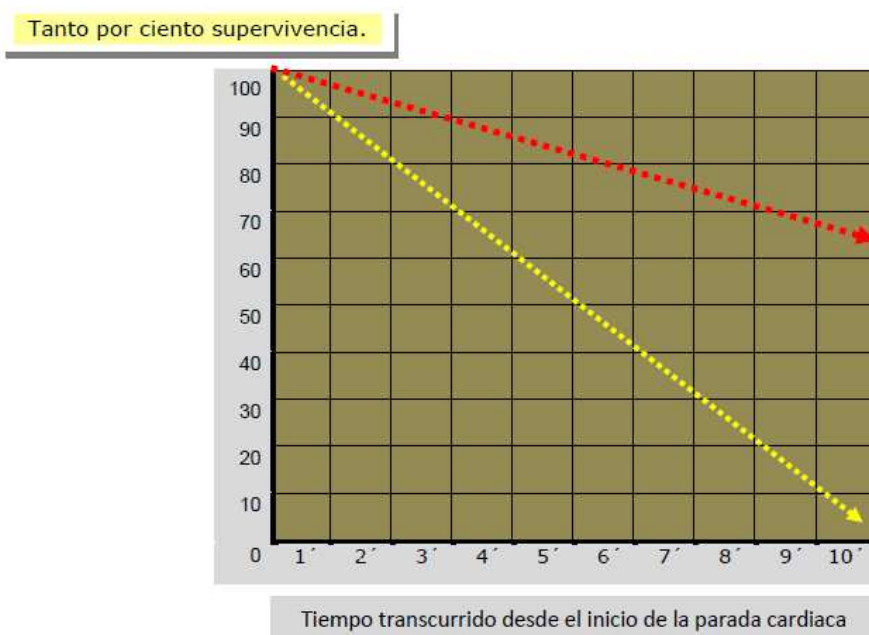
Como podemos ver en la siguiente tabla, la RCP, la desfibrilación y la supervivencia están muy relacionadas. Lo que nos lleva a plantear que una RCP precoz y una desfibrilación rápida mejoran los valores de supervivencia de la parada cardíaca.

<b>Maniobras</b>	<b>Desfibrilación</b>	<b>Supervivencia</b>
<b>Sin RCP</b>	Retrasada: 10 minutos	0 – 2%
<b>RCP precoz</b>	Retrasada: 10 minutos	2 – 8%
<b>RCP precoz</b>	Precoz: 6 minutos	20%
<b>RCP precoz</b>	Muy precoz: 4 minutos	30%

Muchos estudios muestran la mejora en la supervivencia al realizar la RCP precoz. Cada vez que van avanzando los minutos sin realizar la RCP y la desfibrilación la supervivencia es menor y produce mayores efectos perjudiciales en el paciente. <sup>(3)</sup>

Si el tiempo de respuesta supera los 4 – 5 minutos, debe realizar un periodo de maniobras de RCP antes de realizar la desfibrilación precoz, esto puede originar una mejora en el restablecimiento de la circulación espontánea y una mayor supervivencia al alta hospitalaria.

Otra forma de mejorar la supervivencia es seguir realizando las compresiones torácicas, mientras llega y se carga el desfibrilador.



Relación entre el tiempo transcurrido desde que ocurre la parada cardíaca y la supervivencia. La línea roja representa la supervivencia cuando se realiza la RCP y la línea amarilla cuando no se realiza la RCP. <sup>(12)</sup>

### 3.9 Prevención de la Parada Cardíaca

Se debe realizar o elaborar una guía para que la supervivencia de la parada cardíaca en los hospitales, menos de 20% sobreviven a ella, sea mayor. Esto sobre todo suele ocurrir en las áreas donde el paciente no está monitorizado.

Este hecho no suele ser repentino o impredecible, ni es producido por una enfermedad cardíaca primaria. Estos pacientes llegan a tener un deterioro progresivo y fisiológico, con hipoxia e hipotensión, que el personal sanitario no es capaz de reconocer o que no es tratado correctamente. Por eso, la supervivencia al alta es muy baja.

Para prevenir la parada cardíaca se deben dar unas series de ideas o pautas que nos sirvan para una correcta identificación del problema:

- Una guía con diversos criterios para identificar o tratar de forma correcta la parada cardíaca, a través del deterioro del paciente.
- Formación del personal sanitario sobre los signos de alerta que llevan al paciente a un deterioro y a una posible parada cardíaca.
- Sistema único y claro para la petición de ayuda.
- Respuesta rápida y eficaz a la petición de ayuda.
- Monitorización regular y eficaz de los signos vitales.

Algunas de las estrategias que se nombran a continuación, previenen las paradas cardíacas intrahospitalarias evitables:

- El personal sanitario debe estar formado y entrenado en el reconocimiento, monitorización y cuidados del paciente crítico. Deben de conocer sus funciones hasta que llegue el equipo de resucitación.
- Registrar las mediciones de los signos vitales (pulso, presión arterial, frecuencia respiratoria, temperatura, nivel de conciencia y saturación parcial de oxígeno); tomadas con regularidad y utilizar las valoraciones correspondientes para una detección precoz de la parada cardíaca.
- Respuesta clara para identificar al paciente en estado crítico. Avisar al servicio móvil o al equipo de resucitación para resolver el problema. Este dispositivo debe estar operativo todos los días del año a cualquier hora.
- Determinar aquellos pacientes en los que la RCP es inapropiada o algunos pacientes que no desean que se les practique la RCP.
- Utilizar los sistemas de alarma para poder identificar a los pacientes que estén en situación crítica o tengan un deterioro progresivo.
- Realizar cuidados a aquellos pacientes que se encuentren en una situación de riesgo o con deterioro clínico. Valorando los signos de alerta.
- Los hospitales deben permitir a todo el personal poder llamar pidiendo ayuda, cuando se encuentren a un paciente en riesgo o con parada cardíaca.



- Tener diferentes pautas para dar una respuesta a la situación clínica, que incluye aspectos como manejo del paciente durante la parada cardíaca y las responsabilidades del personal sanitario.
- Realizar informes sobre muertes inesperadas, paradas cardíacas, falsas paradas cardíacas e ingresos en UCI no previstos. Además de registrar los antecedentes y la respuesta a la parada cardíaca. <sup>(4,9)</sup>

La monitorización de los pacientes, la formación del personal, el reconocimiento precoz, un sistema rápido y eficaz para pedir ayuda y una respuesta rápida; ayudan a mejorar la supervivencia y a prevenir la parada cardíaca.

#### 4. Conclusiones

Establecer un protocolo de RCP común en el hospital.

Detección precoz de la parada cardíaca para poder realizar una RCP rápida y de calidad.

Prevención de la parada cardíaca intrahospitalaria para mejorar la supervivencia al alta.





## 5. Bibliografía

- 1- Sánchez Manzanera R. Atención Especializada de Enfermería al Paciente Ingresado en Cuidados Intensivos. Jaén: Formación Alcalá; 2003.
- 2- Gómez Ferrero O, Salas Campos L. Manual de Enfermería en Cuidados Intensivos. España: Jims Prayma; 2006.
- 3- Serradell Cabra A, Cateura López P. Enfermería en Urgencias. 2º ed. Barcelona: Monsa / Prayma; 2008.
- 4- Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar. Guías para la Resucitación 2010 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC). Sección 1. Resumen Ejecutivo; 2010.
- 5- Anibal Illanes V. Paro Cardíaco Intrahospitalario. Rev Chil Anest. 2012; 41: 9 – 12.
- 6- Subcomité de procedimientos de Enfermería. Reanimación Cardiopulmonar Intrahospitalaria. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Comunidad de Madrid; 2013.
- 7- Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar. Recomendaciones 2005 en Resucitación Cardiopulmonar del Consejo Europeo de Resucitación; 2005.
- 8- Comité Hospitalario de RCP. Plan Hospitalario de Reanimación Cardiopulmonar (RCP). Hospital Virgen de las Nieves. Servicio Andaluz de Salud; 2009.
- 9- Herrera Carranza M, López Camacho F. Plan Hospitalario de Reanimación Cardiopulmonar y Soporte Vital. 2º ed. Servicio Andaluz de Salud.
- 10- Comité de Reanimación Cardiopulmonar. Plan de Asistencia al Paro Cardiorrespiratorio en el Hospital San Agustín. Hospital San Agustín. Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2009.
- 11- AulaCardioprotección.org, Epidemiología de la Parada Cardiorrespiratoria y Eficacia de la Resucitación Cardiopulmonar y de la Desfibrilación Externa Semiautomática [sede web]. Madrid: AulaCardioproteccion.org; 2013. Disponible en:



- [http://aulacardioproteccion.org/index\\_htm\\_files/Epidemiolog%C3%ADa%20de%20la%20Parada%20Cardiorespiratoria.pdf](http://aulacardioproteccion.org/index_htm_files/Epidemiolog%C3%ADa%20de%20la%20Parada%20Cardiorespiratoria.pdf)
- 12-Semicyuc.org, SEMICYUC: Los profesionales del enfermo crítico [sede web]. Madrid: semicyuc.org; 2013. Disponible en:  
<http://www.semicyuc.org/>
- 13-Servicio de Medicina Intensiva. Plan Hospitalario de Asistencia a la Parada Cardiorrespiratoria y la Emergencia Vital. Hospital Santa Bárbara. Gerencia de Área de Puertollano.
- 14-Moreno Arroyo MP. Formación en Reanimación Cardiopulmonar en las Facultades de Odontología Públicas de España [Tesis Doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Odontología, 2009.
- 15-Alonso Fernandez JI. Características Epidemiológicas y Cronobiológicas de la Parada Cardio-Respiratoria en Castilla y León [Tesis Doctoral]. Valladolid: Universidad de Valladolid. Facultad de Medicina, 2012.
- 16-Consejo de la Asociación Americana del Corazón. Aspectos destacados de las Guías de la Asociación Americana del Corazón de 2010 para RCP y ACE; 2010.

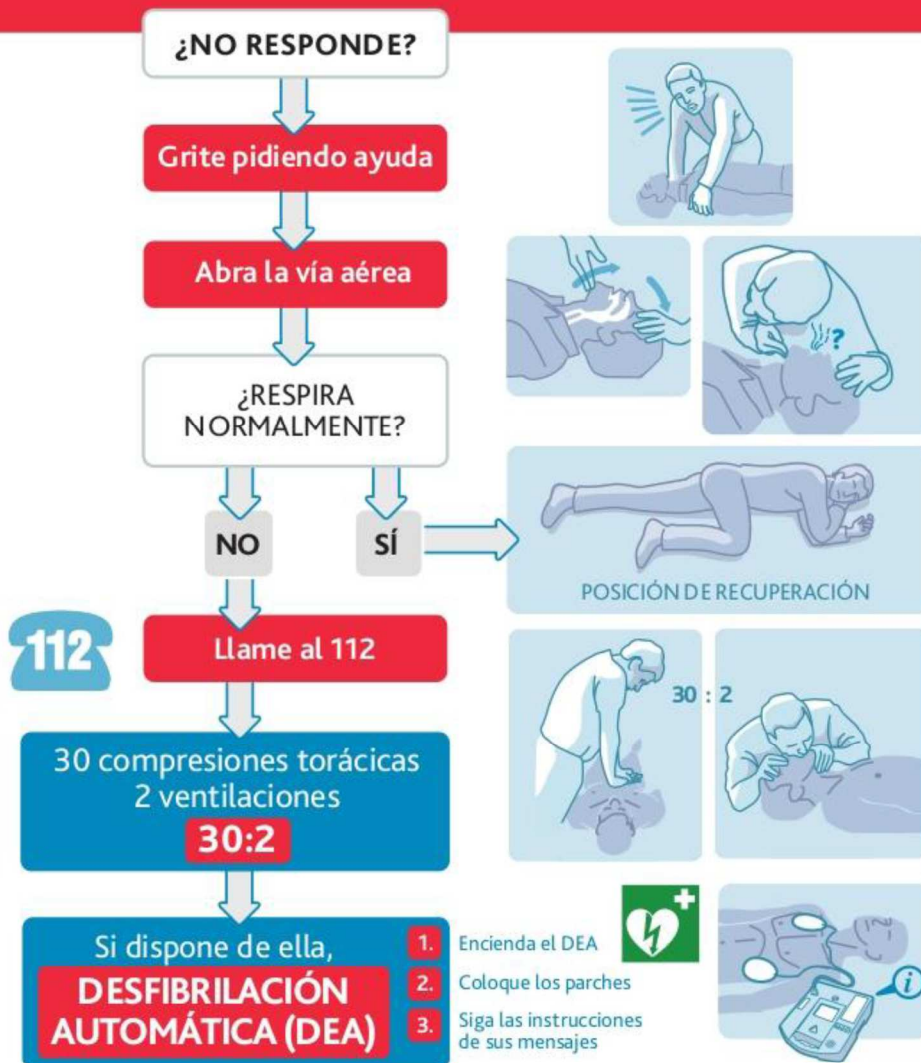


## 6. Anexos

6.1 Anexo I

# Soporte Vital Básico

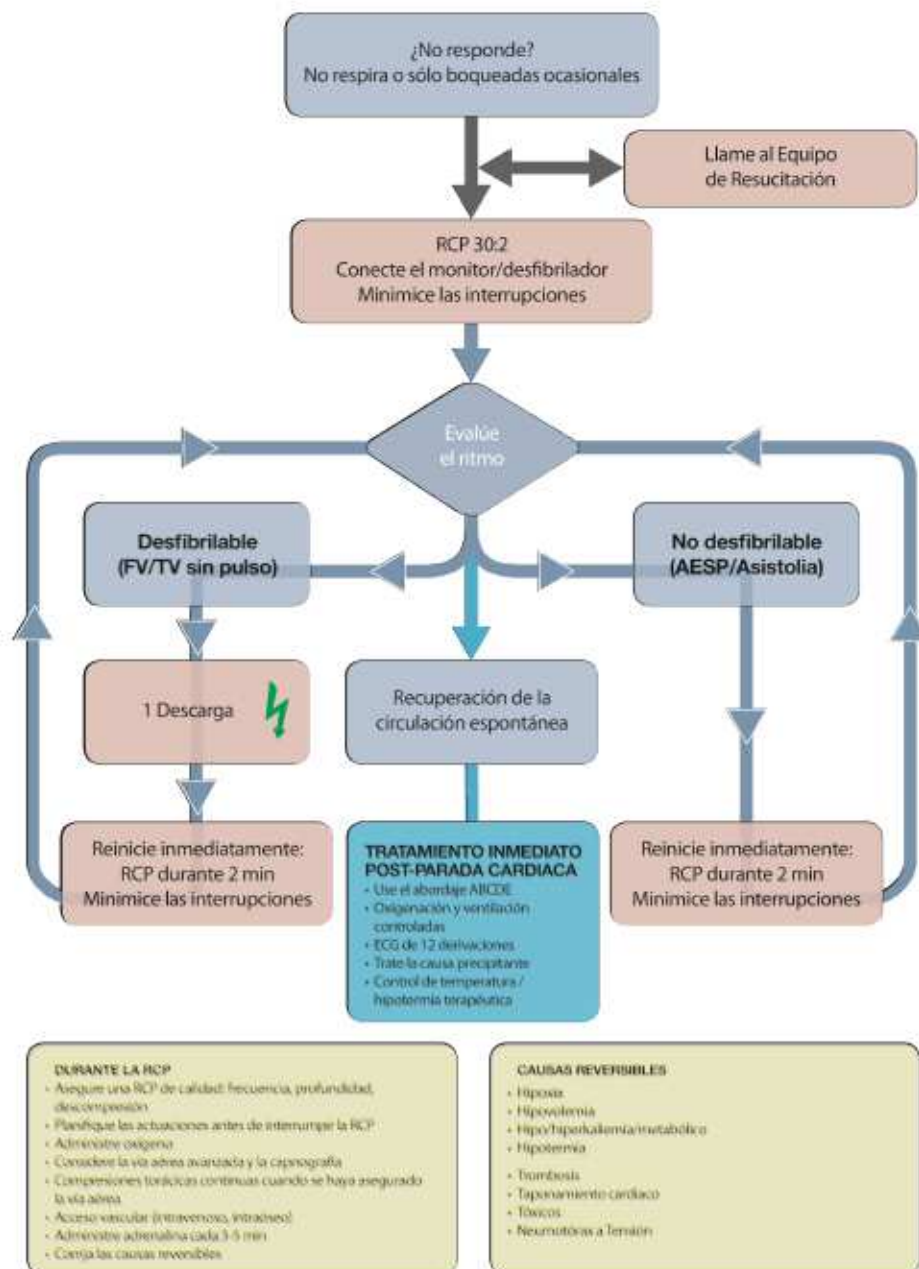
(SEGÚN RECOMENDACIONES 2010 DEL EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL)



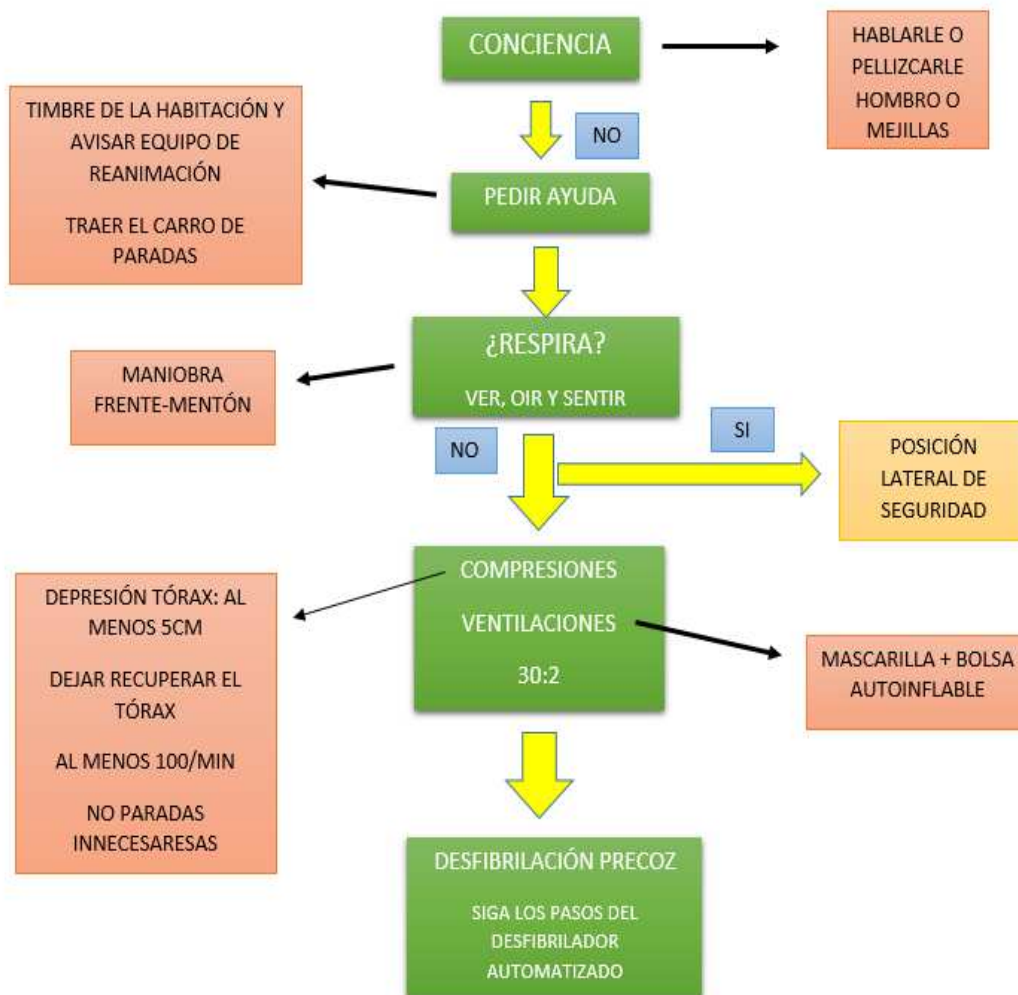
**¡Usted puede evitar una muerte prematura!**

6.2 Anexo II

# Soporte Vital Avanzado



### 6.3 Anexo III



6.4 Anexo IV

# Desfibrilación Externa Automática

(SEGÚN RECOMENDACIONES 2010 DEL EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL)

