

LA ENFERMERA ANTE UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Valdayo Rosado, Beatriz*; Martín Almenta, Rocío**; Cruz Morales, Elena María*

*Enfermera. Servicio Andaluz de Salud; **Enfermera. Servicio Aragonés de Salud;

INTRODUCCIÓN

Los ritmos que se puede desfibrilar son la fibrilación ventricular y la taquicardia ventricular.

La fibrilación ventricular es un trastorno del ritmo cardíaco que presenta un ritmo ventricular rápido (> 250 latidos por minuto), irregular, de morfología caótica y que lleva irremediablemente a la pérdida total de la contracción cardíaca, con una falta total de bombeo sanguíneo y por tanto a la muerte.

La taquicardia ventricular es el aumento de la frecuencia cardíaca (entre 120-200 latidos por minuto), detectándose en EKG complejos de QRS anchos y rítmicos. Puede aparecer con mayor frecuencia en relación a la cardiopatía isquémica. El pronóstico empeora en relación a la ausencia de pulso y situación clínica del paciente.

OBJETIVO

Analizar la actuación de enfermería en urgencias ante una parada cardiorrespiratoria con ritmo desfibrilables.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de artículos científicos en la base de datos Medline, Cochrane y Cuiden; los artículos seleccionados fueron un total de 10 publicados en español realizados en los últimos 10 años con los descriptores: enfermería, fibrilación ventricular, paro cardíaco, taquicardia ventricular.

RESULTADOS

Primero confirmar parada, pedir ayuda e iniciar cuanto antes RCP (30:2).

Localizar el desfibrilador. Continuando con compresiones torácicas mientras se colocan las palas del desfibrilador. Se debe identificar ritmo (comprobar que el desfibrilador esté en función Palas/Derivaciones) y aplicar el algoritmo de Soporte Vital Avanzado.

Si se confirma FV/TV cargar desfibrilador mientras otro reanimador continúa con las compresiones torácicas. Una vez cargado el desfibrilador, hacer una pausa en las compresiones torácicas, se debe asegurar que todos los reanimadores están alejados del paciente y entonces se descarga: 360 J en Monofásico o 150-200 J en bifásico.

Minimizar la demora entre el cese de compresiones y la administración de la descarga.

Sin valorar el ritmo ni palpar pulso reanudar RCP (relación 30:2) inmediatamente tras la descarga.

Continuar con la RCP durante 2 minutos (5 ciclos). Luego pausa breve para valorar ritmo. Si persiste FV/TV realizar nueva descarga: 360 J en Monofásico o 150-360 J Bifásico.

Sin reevaluar ritmo ni palpar pulso reanudar RCP inmediatamente tras la descarga.

Continuar RCP durante 2 minutos (5 ciclos). Luego pausa breve y reevaluar el ritmo. Si persiste FV/TV aplicar tercera descarga. Sin reevaluar ritmo ni palpar pulso reanudar RCP durante otros 2 minutos.

Mientras se realizan las maniobras de RCP uno de los reanimadores deberá intentar canalizar acceso intravenoso periférico al menos 1, si es posible 2 de un calibre importante (Catéter IV nº 16-18).

Tras la tercera descarga está aconsejado administrar adrenalina 1 mg y amiodarona 300 mg (en caso de que no se haya conseguido la recuperación de la circulación espontánea) en bolo. La adrenalina se administra tras la tercera descarga una vez reanudadas las compresiones torácicas, luego repetir cada 3-5 minutos durante la parada (Ciclos alternos). No interrumpir la

RCP para administrar los fármacos.

CONCLUSIONES

El paciente en parada cardiorrespiratoria sucede en ocasiones en los servicios de urgencias, por lo tanto, desde el punto de vista de enfermería debe tener conocimiento y saber manejar con rapidez esta situación, ya que el retraso de la RCP por encima de 4-5 minutos hace muy improbable la supervivencia y de producirse podrían quedar serias secuelas cerebrales. Cuando la RCP Básica se aplica durante los primeros 4 minutos y la RCP avanzada en 8 minutos, la supervivencia se aproxima a 45%. Mientras que, si se retrasa por encima de los 16 minutos la supervivencia baja a un 10%, con el riesgo de secuelas seguras.

BIBLIOGRAFÍA

-Tirapu B, Rodrigo I, Gost J, Aranguren MI, Ezcurra P. Evaluación del plan de actuación ante la urgencia vital en el Hospital de Navarra. Medicina Clínica. 2010 Julio; 135.

-Fuente-Rodríguez Adl, Hoyos-Valencia Y, Gutiérrez-García L, Muñoz-Esteban C, Sevillano-Marcos A, León-Rodríguez C, et al. Guía rápida de fármacos en soporte vital avanzado. SEMERGEN - Medicina de Familia. 2009 Octubre; 35(8).