

**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CUIDADO AL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO**

**PROGRAMA DE ACTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA TAXONOMÍA DE
LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN PARA LA REANIMACIÓN
CARDIOPULMONAR. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. INSTITUTO
AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES. ENERO-
SEPTIEMBRE 2016.**

Trabajo especial de grado realizado por la Lcda. Miroslava Eloisa Aranguren Lobo, C.I: 13.577.978 ante la División Estudios de la Universidad de Los Andes, como credencial de mérito para la obtención del grado de Especialista en Enfermería en Cuidado al Paciente en Estado Crítico.

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CUIDADO AL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO

**PROGRAMA DE ACTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA TAXONOMÍA DE
LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN PARA LA REANIMACIÓN
CARDIOPULMONAR. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. INSTITUTO
AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES. ENERO-
SEPTIEMBRE 2016.**

AUTOR: MIROSLAVA ARANGUREN

TUTOR: ROSMARY RIVAS

Mérida, 2016

AUTOR: Miroslava Eloisa Aranguren Lobo

Licenciada en Enfermería Residente del segundo año del posgrado de Enfermería en el cuidado al paciente en estado crítico.

TUTOR: Rosmary Rivas

Lcda. En enfermería

Esp. Cuidados al paciente en estado crítico

Profesora instructora de la Universidad de los Andes

www.bdigital.ula.ve

Se dedica este trabajo a:

Primeramente a Dios todopoderoso y el sagrado corazón de Jesús, te agradezco por cubrirme siempre con su manto divino, por darme salud, sabiduría, por iluminarme y darme la fuerza para levantarme cada vez que caí, por escuchar mis plegarias diarias y nunca dejar que me sintiera desamparada. Amén.

A mi familia por apoyarme, orientarme y motivarme incondicionalmente. Sin ustedes no lo habría logrado. Gracias.

www.bdigital.ula.ve

**Se agradece por su contribución al desarrollo
de esta tesis a:**

Al personal que labora en la Unidad de Cuidados
Intensivos- IAHULA.

A los pacientes que son la razón de ser de esta
profesión. Dios los bendiga.

Esp. Rosmary Rivas por su tutoría, dedicación,
apoyo y motivación.

A la Ilustre Universidad de los Andes forjadora de
excelencia.

www.bdigital.ula.ve

ÍNDICE GENERAL

Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice General	v
RESUMEN	vii
SUMMARY	viii
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Objetivos	6
1.3 Justificación	7
1.4 Consideraciones éticas	8
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes de la investigación	10
2.2 Bases teóricas	16
CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO	
3.1. Diseño, tipo, nivel y modalidad de la investigación	28
3.2 Población y Muestra	30
3.3 Técnica e instrumento de recolección de datos	32
3.4 Validación del instrumento	32
3.5 Validación del Programa	33
3.6 Operacionalización de la variable	33
CAPITULO IV: PRESENTACION DE DATOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	
4.1 Datos Sociodemográficos	35
4.2 Datos del nivel de Conocimiento y aplicabilidad de la Taxonomía delos sistemas de Atención.	39
4.3 Datos del Área de importancia en la Taxonomía de los Sistemas de Atención	42
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 Conclusiones.	43
5.2 Recomendaciones	43
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	46
ANEXOS	

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CUIDADO AL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO

**PROGRAMA DE ACTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA TAXONOMÍA DE
LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN PARA LA REANIMACIÓN
CARDIOPULMONAR. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. INSTITUTO
AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES. ENERO-
SEPTIEMBRE 2016.**

AUTOR: MIROSLAVA ARANGUREN

TUTOR: ROSMARY RIVAS

RESUMEN

Introducción: Esta investigación pretende dar a conocer las actividades del profesional de enfermería que puede ejecutar en la UCI ante un PCR, esto de forma organizada, rápida, eficaz utilizando los procedimientos indicados para cada caso según lo descrito por el consenso de la AHA 2015. **Objetivo:** Proponer un programa de actualización de enfermería en la taxonomía de los sistemas para la atención en la reanimación cardiopulmonar. Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. Enero-Septiembre 2016. **Método:** Se realizó un estudio no experimental, de campo, descriptivo, bajo la modalidad de proyecto factible, para fase diagnóstica se contó con una población de 35 personas conformada por profesionales de enfermería quienes se les aplicó un instrumento estructurado en dos partes: la primera parte de 4 preguntas y la segunda parte una escala de Likert compuesta por 22 ítems referente a la aplicabilidad de la taxonomía de los sistemas de atención en la UCI. **Resultados:** Se obtuvieron datos relevantes tales como que 26% de los enfermeros expresaron que muy pocas veces o nunca han contado con la planificación de actividades para prevenir la PCR, un 63% algunas veces presenta debilidades en la técnica del RCP, un 46% nunca cuenta con un dispositivo cerca para activar el sistema de emergencia, un 77% de las áreas de hospitalización no cuentan con los equipos necesarios para RCP, 51% desconoce que la naloxona o esteroides son drogas que deben estar en el carro de paro, el 57% acepta que la sistematización del proceso de RCP facilitaría el rol de reanimador y un 51% considera útil el test de autoevaluación. Es como a partir de lo mencionado se crea el programa el cual se enfocó en los cuidados enfermeros, sistematización de RCP, Test de autoevaluación de calidad de RCP. **Palabras clave:** taxonomía, reanimación cardiopulmonar (RCP), sistema de atención, cuidados enfermeros.

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CUIDADO AL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO

**NURSING PROGRAM UPDATE ON THE TAXONOMY OF CARE SYSTEMS
CPR. INTENSIVE CARE UNIT. INDEPENDENT INSTITUTE UNIVERSITY
HOSPITAL LOS ANDES. January- September 2016.**

AUTHOR: MIROSLAVA ARANGUREN

TUTOR: ROSMARY RIVAS

SUMMARY

Introduction: This research aims to publicize the activities of the nurse in the ICU can run before a PCR, this in an organized, quick, effective using procedures for each case as described by the consensus of the AHA 2015. **Objetivo:** Propose a updatar nursing taxonomy care systems in CPR. Intensive care unit of the University Hospital of the Andes Autonomous Institute. January to September 2016. **Method:** A non-experimental descriptive study field, in the form of feasible project for diagnosis phase was conducted was counted with a population of 35 people made up of nurses who were applied a structured instrument in two parts the first part of 4 questions and the second part a Likert scale consisting of 22 items concerning the applicability of the system taxonomy of ICU care. **Results:** Relevant data such as that 26% of nurses said they rarely or never received planning activities to prevent PCR, 63% sometimes presents weaknesses in the technique of CPR, it was obtained by 46% never has a device close to activate the emergency system, 77% of hospital areas do not have the necessary equipment for CPR, 51% do not know that naloxone or steroids are drugs that should be at the trolley stop, 57 % agree that systematizing the process of CPR facilitate the role of rescuer and 51% considered useful self-assessment test. It is as mentioned from the program which focused on nursing care, systematization of CPR, self-assessment test quality CPR is created.

Keywords: taxonomy, cardiopulmonary resuscitation (CPR), system care, nursing care.

INTRODUCCIÓN

El cuidado al paciente en estado crítico cuenta con características propias de complejidad crecientes debido a su condición grave, sus complicaciones y la necesidad de un cuidado integral continuo e intensivo, en donde resalta el trabajo especializado del equipo multidisciplinario de salud incluyendo al personal de enfermería quien provee los cuidados en pro de valorar, prevenir y gestionar la recuperación de los mismo con el mínimo de secuelas.

Los profesionales de enfermería al aplicar acciones de cuidado, puede garantizar el bienestar del enfermo que alejado de su entorno social se sumerge en un ambiente diferente. Entre las enfermedades más atendidas dentro de los centros asistenciales se encuentran los trastornos cardiovasculares, por lo general en las unidades críticas el paro cardiorrespiratorio (PCR) se produce como un mecanismo secundario a otra patología o como una complicación secundaria.

Asimismo, en la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA), siendo esta de alta complejidad, se tratan pacientes críticos con diferentes patologías graves que pueden causar una Parada Cardiorrespiratoria, es por esto que es importante que el profesionales de enfermería identifiquen las amenazas que se puedan presentar para evitar mayores complicaciones.

Además, que en la instauración de las maniobras de Reanimación Cardiopulmonar, según la actualización de la guía de la American Heart

Association (AHA) para reanimación cardiopulmonar (RCP) y atención cardiovascular de emergencia (ACE) de 2015, juega un rol importante el personal de enfermería, tanto en las técnicas y procedimientos empleados en el soporte vital básico y avanzado , como en la valoración, identificación e iniciación precoz de la reanimación, organizada, trabajo en equipo y todo los elementos o factores que el evento requiere.

Por esta razón, que esta investigación pretende que la intervención de enfermería sea organizada, más rápida, oportuna, adecuada y a la vez eficaz utilizando los procedimientos indicados para cada caso.

La investigación se estructuró, en cinco capítulos:

En el Capítulo I, comprende el planteamiento del problema, estableciendo los objetivos tanto general como los específicos, justificación de la investigación y las consideraciones éticas. El Capítulo II, presenta los antecedentes de las investigaciones previas, junto a ellos un marco teórico que reúne conceptos, definiciones acerca del problema investigado. El Capítulo III, hace referencia al marco metodológico, donde se presenta diseño tipo, nivel y modalidad de la investigación, población y muestra, técnica e instrumento de recolección de datos, validación del instrumento, validación del programa, técnica, procesamiento y análisis de datos y la operacionalización de la variable. El Capítulo IV, presentación de datos y análisis de resultados que se obtuvieron en tablas y graficas con sus respectivos análisis mediante el instrumento aplicado. El Capítulo V, se formularan las conclusiones y recomendaciones que dieron cumplimiento a

los objetivos planteados. Finalmente, se exponen las referencias bibliográficas utilizadas para la investigación y en los anexos se incluye el programa propuesto.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema.

En lo que se refiere a Reanimación Cardiopulmonar (RCP) es un procedimiento de emergencia para salvar vidas que se utiliza cuando la persona ha dejado de respirar o el corazón ha cesado de palpar, esto puede suceder después de una descarga eléctrica, un ataque cardíaco o ahogamiento, entre otros¹.

Con relación a esta definición, se puede considerar universal, no cambia en ninguna parte siempre están incluidos los mismos elementos causales, por tal sentido, a nivel mundial existen asociaciones encargadas de estudiar de manera continua los factores causales así como los procedimientos aplicados para garantizar el nivel de supervivencia; entre estas asociaciones se encuentran: la American Heart Association (AHA), donde cada 5 años se condensan experiencias científicas de los procedimientos de evaluación con evidencias internacionales.

De tal forma, que para el año 2015 la actualización del consenso de AHA se llevó a cabo a través de un procedimiento de revisión sistemática donde los grupos de trabajo del comité de resucitación internacional clasificaron los temas de objeto de revisión por prioridades y se seleccionaron aquellos que presentaron un nivel suficientes de planteamientos científicos nuevos o de controversia².

Por otra parte, el Consejo Europeo de Resucitación que define paro cardíaco (PC) como el cese de la actividad mecánica cardíaca, confirmado por la ausencia de conciencia, pulso detectable y respiración (o respiración agónica entrecortada). Este consejo europeo establece continuamente nuevas evidencias que suponen cambios en los cuidados diarios a los pacientes, con la aprobación internacional sobre el paro cardíaco (conocido como estilo Utstein)³.

Para el Continente Americano la guía utilizada es la creada por AHA la cual se actualizó el año 2015, donde expresan ampliamente la mejora continua de calidad en la aplicación de RCP, la cual está enmarcada en un componente de gran importancia como lo es la taxonomía de los sistemas de atención la cual define que para la prestación de los cuidados requiere de una estructura y un proceso que al integrarse conformen un sistema que da resultados óptimos².

En Venezuela, las estadísticas sobre mortalidad con relación a las enfermedades cardiovasculares (principalmente enfermedad isquémica del corazón) emergen como la principal causa de muerte en la población adulta, siendo los factores de riesgo la hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, hábito tabáquico y factores psicosociales y económicos⁴.

En consecuencia, es de gran importancia que los profesionales de enfermería que integran las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y áreas de emergencias, deben tomar en cuenta continuamente la actualización de los consensos para así disminuir en las personas hospitalizadas una parada cardiorrespiratoria PCR, esto se da con la coordinación entre el equipo de trabajo, logrando así, un manejo

eficaz para prevenir otras complicaciones. Asimismo, la actualización continua permite poseer conocimiento y desarrollar habilidades en la realización RCP avanzado según la guía de la AHA, donde posteriormente se podría recoger información veraz y científica trayendo consigo una evolución continua de tal forma que pueda producir un impacto positivo en el nivel de supervivencia.

En cuanto a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Instituto Autónomo del Hospital Universitario de los Andes (IAHULA), es un área de alta complejidad ya que ingresan personas con diferentes patologías con riesgos de presentar PCR, la respuesta ante esta situación implica un escenario donde la emergencia pone en riesgo la vida del paciente, esta situación hace necesario una intervención organizada, rápida, oportuna adecuada y eficaz, ejecutado por profesionales del grupo multidisciplinario de dos categorías para la práctica de RCP, como son los reanimadores calificados y reanimadores lego, por ello se considera relevante un programa de actualización de enfermería en la taxonomía de los sistemas de atención en la reanimación cardiopulmonar, con el fin de renovar y fortalecer la práctica de todos los enfermeros (a) intensivistas, para comprender e implementar de forma efectiva las prioridades y sugerencias que establece la AHA para este próximo quinquenio.

De tal forma que surge la siguiente interrogante de investigación:

¿Es necesario proponer un programa de actualización de enfermería en la taxonomía de los sistemas de atención para la reanimación cardiopulmonar en la

Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA). Enero-Septiembre 2016?

1.2. Objetivos de la Investigación.

1.2.1. Objetivo General.

Proponer un programa de actualización de enfermería en la taxonomía de los sistemas para la atención en la reanimación cardiopulmonar. Unidad de cuidados intensivos del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. Enero-Septiembre 2016.

www.bdigital.ula.ve

1.2.2 Objetivos Específicos.

1- Describir los datos sociodemográficos del personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos.

2- Determinar el nivel de conocimiento y aplicabilidad de la taxonomía de los sistemas de atención utilizados en la reanimación cardiopulmonar en la Unidad de Cuidados Intensivos.

3- Categorizar el área de importancia en la taxonomía de los sistemas de atención utilizados en la reanimación cardiopulmonar en la Unidad de Cuidados Intensivos.

4- Diseñar un programa de actividades de enfermería para la aplicación de reanimación cardiopulmonar en la Unidad de Cuidados Intensivo.

1.3 Justificación.

Es importante considerar que desde el punto de vista práctico los cuidados de enfermería han evolucionado a lo largo de la historia, pero en el último quinquenio se han desarrollado estrategias y avances en la actuación ante un PCR, que tiene como misión mejorar la calidad de atención, a las personas en situación de riesgo de vida, ofreciendo capacitación a todos los profesionales de la salud, que deben atender estas emergencias, de manera que puedan resolverlas en forma idónea.

Desde otra perspectiva a nivel internacional, las instituciones de salud cuentan con programas educativos continuos que permiten la capacitación de los profesionales, es de esta forma que la AHA recoge la información para la actualización del consenso, sería relevante que la UCI del IAHULA pudiera participar en los aportes para futuras actualizaciones, pero esto solo sería posible si en la UCI se analizara con detenimiento todos los componentes de la taxonomía del sistemas de atención con relación a RCP, esto desde el punto de vista práctico contribuye a la estandarización y aplicación de un programa, así como a facilitar las técnicas de cuidado en RCP y su posterior retroalimentación.

Desde el punto de vista social la adecuada aplicación de la taxonomía de la sistemas de atención permitiría resultados óptimos logrando que los profesionales de enfermería construyan una interacción enfermero - paciente, dando así prioridad a los eventos fisiopatológicos que pueda presentar ya que habitualmente son quienes detectan los cambios hemodinámicos de la persona hospitalizada, un programa específico facilitará la realización de procedimientos disminuyendo el

tiempo de complicación y de esta forma logrará mayor supervivencia y discapacidad de la persona, ya que el fin común de la taxonomía es calidad seguridad y satisfacción.

Así mismo, desde el punto de vista metodológico esta investigación pretende ser renovadora, ya que se tomó en cuenta el último consenso de la AHA para RCP 2015, donde se identifican estrategias prácticas y metodológicas que invitan al éxito de la aplicación de RCP y donde se considera prioritario la supervivencia o mejora de calidad.

Desde el punto de vista teórico, y considerando a la Teorizante en enfermería Imogene King, ella establece que el modelo de Interacción de los Sistemas facilita el rol de enfermería en cuanto a los procesos de interacción, para este estudio será de importancia ya que a través de esta teoría se sustenta la aplicación de la taxonomía de los sistemas de atención, de tal forma que se pueda lograr el diagnóstico situacional en la UCI así como la posible creación del programa para facilitar actividades que se deben desarrollar en un RCP y así obtener logros positivos.

1.4 Consideraciones Éticas.

El cuidado de enfermería tiene como base una constitución ética y moral que orienta las conductas de los profesionales, son herramientas fundamentales para desempeñar con calidad y satisfacer las necesidades de la persona críticamente enferma⁵.

Dentro de los principios éticos se encuentran: beneficencia, autonomía, veracidad que nos conduce a decir siempre la verdad para crear la confianza entre los individuos, justicia es la forma de ser equitativo o justo de acuerdo a la necesidad de cada persona, confiabilidad principio ético de salvaguardar la información de carácter personal obtenida durante su función. Cada uno de estos principios permite la toma de decisiones y actuación de los profesionales de enfermería. Para objeto de esta investigación se considera el principio de beneficencia que se define como hacer el bien y evitar el daño⁵, este será aplicado según los conocimientos, destrezas y habilidades que tiene del profesional de enfermería de la UCI con relación a la práctica habitual de RCP, con el fin de obtener datos específicos para el diseño del programa donde se desarrollaran actividades de enfermería orientadas a proveer un cuidado de calidad.

www.bdigital.ula.ve

CAPITULO II: MARCO REFERENCIAL

2.1. Antecedentes

Con relación a la temática en estudio se expresan los siguientes antecedentes:

En un estudio titulado: Factores que comprometen la calidad de la reanimación cardiopulmonar en unidades hospitalarias. Percepción de enfermería. Hospital clínico instituto Sao Paulo. 2015. El objetivo a estudiar fue identificar los factores que afectan la calidad de la RCP según la percepción de las enfermeras en las unidades de hospitalización de adultos. El método de estudio fue descriptivo, exploratorio mediante la aplicación de un cuestionario a cuarenta y nueve (49) enfermeras que trabajan en las unidades de hospitalización, donde los resultados fueron reportados por enfermeras que dan un número elevado de profesionales en un (75,5%), la falta de armonía (77,6%) o el estrés de cualquier miembro del personal (67,3%), la falta de materiales y / o fallo del equipo (57,1 %), la falta de familiaridad con los carros de emergencia (98,0%) y la presencia de miembros de la familia en el comienzo de la asistencia parada cardiorrespiratoria (57,1%). Con relación a los resultados los investigadores concluyeron que la identificación de los factores que afectan a la calidad de la RCP según la percepción de las enfermeras sirve como parámetro para introducir mejoras y la formación del personal que trabaja en las unidades de hospitalización⁶.

Este estudio, permite guiar la fase diagnostica del trabajo de investigación ya que la taxonomía de los sistemas de atención establece que para lograr resultados óptimos

es necesario la aplicación de los cuatro componentes universales: estructura, proceso, sistema y evolución. De tal forma que al analizar los resultados anteriormente mencionados se podría decir que el componente estructura presenta debilidades en la taxonomía.

En otro estudio que lleva por nombre: Efecto del entrenamiento de RCP en el rendimiento de las enfermeras en hospitales seleccionados de la Universidad Shahrekord de Ciencias Médicas, cuyo objetivo fue: evaluar el efecto del entrenamiento de RCP en el rendimiento de las enfermeras en algunos hospitales de Irán. Métodos: fue un estudio cuasi-experimental que consistió en evaluar al personal de enfermería de la UCI y áreas de emergencia, donde después de haber participado en un taller de RCP, se evaluó el rendimiento mediante una lista de comprobación y se comparó con su desempeño antes del taller. Los resultados del estudio fueron 89,2% de los participantes eran mujeres y la edad media fue de 31,29 años. Con relación a la valoración de la conciencia de los pacientes antes del estudio la puntuación de los resultados en la evaluación de las enfermeras fue de 81,8% y la puntuación del trabajo en equipo era 81.53%. Estos resultados aumentaron a 100% después del estudio. La puntuación de la utilización de la máscara de oxígeno fue de 42,9% que el aumento de 56,25% después del estudio. Ellos determinaron en todos los hospitales, que la variación entre las puntuaciones de los resultados fueron estadísticamente significativas antes y después del estudio ($p < 0,05$). Es por ello que concluyen del siguiente modo que la participación del personal de enfermería en un taller educativo puede aumentar sus conocimientos y habilidades acerca de la RCP. Parece que es necesario centrarse en los programas educativos, prácticos y equipo

de trabajo para preparar al personal de enfermería e involucrar de forma activa en la RCP⁷.

Esta investigación es relevante para la temática en estudio ya que evalúan el proceso en la aplicación de RCP donde se evidencia aspectos de interés que podrían fortalecerse con la creación de guías o protocolos que especifiquen estándares de trabajo.

Como se puede apreciar en el 2013, un trabajo de grado titulado: Papel de Enfermería en los protocolos y guías de Reanimación Cardiopulmonar, realizado en la Universidad de Almería España, la cual tiene como objetivo: Evaluar el papel de enfermería en los protocolos y guías publicados sobre RCP. La metodología fue documental a través de una búsqueda bibliográfica de los principales protocolos y guías publicados sobre RCP a nivel de España, Europa, América y Asia con el fin de establecer una comparación sobre la figura y función del profesional de enfermería en dichos documentos. Tuvo como resultado que el profesional de enfermería aparece en todos los protocolos y guías como miembro del equipo de resucitación cardiopulmonar, sin embargo no en todos estos protocolos se les da el mismo protagonismo. Es en los documentos españoles y americanos, en donde se destaca más el papel de enfermería en la RCP. Este trabajo concluyó que la actuación de la enfermera en las maniobras de RCP cobra una vital importancia, sin embargo estas funciones no son reflejadas de la misma manera en todos los protocolos y guías de RCP, restándole en ocasiones de autonomía y responsabilidad al propio profesional dentro de este ámbito⁸.

Por otra parte, un artículo titulado: Nivel de Conocimientos de las Enfermeras, sobre maniobras de resucitación cardiopulmonar. Revista de enfermería. Herediana. La cual tiene como objetivo, la reanimación cardiopulmonar (RCP) es un conjunto de maniobras destinadas a sustituir y restaurar la respiración espontánea y la circulación.⁹ Es una secuencia de fases, que se debe tomar secuencial y sistemática como el éxito de estos movimientos depende de la ejecución conocimiento y adecuada de sus fases. Objetivos: Determinar el nivel de conocimiento del profesional de enfermería en las maniobras de reanimación cardiopulmonar. Los materiales y métodos utilizados fueron el estudio descriptivo donde la muestra estuvo compuesta por treinta y nueve (39) enfermeras en el cuidado de la clínica hospitalaria Maison de Santé. El instrumento fue un cuestionario de veinte un (21) preguntas acerca de la RCP. Resultados: Los resultados muestran que la mayoría de las enfermeras (59%) tenían un nivel de conocimiento regular sobre RCP, según las fases del RCP su conocimiento fue regular, sólo en la fase de circulación (48,7%) el nivel de conocimiento fue bueno. El nivel de conocimiento era independiente de años de experiencia y la formación recibida. Conclusiones: La PCR no es un evento frecuente, pero el reconocimiento y la acción oportuna por el personal de salud determinarán la calidad de vida de los pacientes tratados⁹

Con relación a este estudio se evidencia una vez más debilidades en la aplicación de la taxonomía ya que la falta de conocimiento entorpece el proceso y por consiguiente falla el sistema, esto influye directamente en la supervivencia de la persona a la que se le aplica RCP.

En forma similar en el 2011, un trabajo de investigación tuvo como objetivo formular una propuesta de un sistema de registro de la parada cardiaca, con base al Sistema Estandarizado Internacional al Estilo Utstein, para profesionales de enfermería que labora en la UCI, del IAHULA, y orientado hacia el mejoramiento del cuidado al paciente en estado crítico. Para ello se basó en la elaboración de un proyecto factible. La metodología empleada fue un estudio descriptivo, con diseño de campo, transversal. La técnica de recolección de datos utilizada fue la aplicación de un instrumento al personal de enfermería que labora en la UCI, validado mediante juicio de expertos, en el cual emitieron su opinión en cuanto a la factibilidad de aplicar dicho instrumento. Los porcentajes obtenidos en cuanto a la opinión acerca de los aspectos generales sobre la aplicabilidad de un sistema de registro al estilo Utstein ante la PCR, encontrándose que el mayor porcentaje del promedio se ubicó en la categoría de acuerdo, con el 54%. De igual manera; la mayoría de los profesionales de enfermería encuestados, consideran estar de acuerdo con aplicabilidad y facilidad de registro estándar y de la variable del evento con el 58,9%.¹⁰

A pesar de que este estudio está fuera del rango de años que exige la norma es relevante porque se realizó en la UCI del IAHULA y permite evidenciar el componente proceso y evolución de la taxonomía, esto favorece la investigación ya que al integrar los componentes podría obtenerse resultados óptimos en la retroalimentación.

Finalmente en Huelva-España, en el 2010 ejecutaron una investigación intitulada: “Resultados del primer año de funcionamiento del plan de resucitación cardiopulmonar del Hospital Juan Ramón Jiménez”. El objetivo fue presentar los

resultados del primer año de funcionamiento de un plan hospitalario de resucitación cardiopulmonar y describir las características de los pacientes con parada cardiorrespiratoria en unidades de hospitalización no monitorizadas. Estudio observacional prospectivo de una cohorte de pacientes que han presentado PCR durante un período de un año, en las unidades de hospitalización de un hospital general y de referencia provincial; se tomaron los pacientes ingresados en las unidades hospitalarias desde mayo de 2007 hasta mayo de 2008 con PCR y asistidos según un plan de RCP propio del hospital, organizado sobre la base de: a) descentralizar la RCP mediante la formación de la enfermera como primer interviniente capaz de realizar una RCP inmediata y una desfibrilación temprana (menos de 4 min); b) un teléfono específico de alarma hospitalaria de PCR, y c) la continuación de las maniobras de RCP por un equipo de soporte vital avanzado de intervención precoz (menos de 8 min); se consideraron como variables principales: características del paciente, episodio de PCR y resultados según el estilo "Utstein".

En cuanto a los resultados:

Se incluyó a 73 pacientes con activación de la alarma de PCR, 8 de ellas falsas, con edad media de 70 años y el 60% hombres. El 65% se produjo en áreas médicas en pacientes con insuficiencia cardíaca, respiratoria, sepsis o shock séptico. El ritmo cardíaco inicial de los enfermos atendidos fue asistolia en el 74%, fibrilación ventricular en el 18% y disociación electromecánica en el 8%. El primer interviniente fue la enfermera en el 79% de los casos, la RCP se inició siempre en menos de 1 min, la desfibrilación en menos de 2 min en el 92%. Y el equipo de soporte vital avanzado en menos de 8 min en el 96%. Un 55% de los enfermos atendidos sobrevivió y aun 38% se les dio de alta del hospital vivos, el 78% con buena

evolución neurológica. En conclusión, el plan de RCP del Hospital Juan Ramón Jiménez es una iniciativa aplicable y efectiva en nuestro entorno¹¹.

Al igual que el estudio anterior este se encuentre fuera del rango de años que exige la norma es importante destacar como se evidencia el componente de evolución del paciente, ya que el estudio expresa de forma clara los eventos atendidos y los resultados de supervivencia.

2.2. Bases Teóricas.

Las bases teóricas que se presentan a continuación constituyen un marco de referencia, conformado por términos y conceptos que sustentan y guían el trabajo.

Taxonomía de los sistemas de atención.

Conviene destacar que taxonomía es la forma clara y ordenada en la cual se clasifican todos los organismos vivientes.¹² En sentido más general podemos decir que la taxonomía es la ciencia de la clasificación.

Cabe señalar que se define taxonomía de los sistemas como un sistema viable que es capaz de adaptarse al medio en su cambio.¹³

En cualquier caso, lo decisivo es que bajo todas estas expresiones se trata de aumentar la calidad de los cuidados de enfermería, así como la visibilidad del cuidado a través de una documentación que proporcione información confiable sobre la práctica de la enfermería.¹⁴

De igual manera en la nueva actualización de la American Heart Association Guidelines del año 2015, proporcionada para profesionales de la salud que intervienen en RCP integran un nuevo aspecto de los sistema de atención como es la taxonomía universal de los sistemas, la cual se destaca una estructura que tiene que ver con las persona, el equipamiento y la educación, un proceso (políticas, protocolos y procedimientos), cuando se incorporan forman un sistema organizado (programas, organizaciones y culturas). Ya que un sistema de atención efectivo al juntar estos elementos asegura la calidad de la persona afectada y así disminuir las consecuencias que un PCR puede ocasionar.²

Estructura.

Una estructura clara y definida permite identificar las unidades departamentales y los puestos que la conforman así como la ubicación jerárquica de los mismos y las relaciones entre las unidades estructuradas.¹⁵ Conviene destacar que una estructura, facilita los roles en que cada profesional de enfermería debe de actuar durante una PCR, para que la actuación sea eficaz, organizada y rápida en cada situación que se presente.

Educación.

Es importante para aumentar al máximo las probabilidades de que las víctimas de paros cardíacos reciban la mejor atención médica, basada en la evidencia, la educación en reanimación, para que los conocimientos científicos se traduzcan a la práctica.² Cabe señalar que todos aquellos estudios encaminados al aprendizaje y

actualización de conocimientos, facilitan una actuación rápida y oportuna en cada evento que se pueda presentarse en la UCI.

Equipo.

Suele servirse de medicamentos e instrumentos de monitorización y reanimación para emergencias. Aunque la evidencia evoluciona continuamente, el concepto de disponer de equipos entrenados en la compleja coreografía de la reanimación sigue considerándose válido.² De igual importancia podemos decir:

Trabajo en equipo.

Conviene destacar las estructuras de las empresas modernas funcionan con una base clara de la división del trabajo para conseguir unos objetivos en común, aplicándolo a nuestro sistema de salud este objetivo será el conseguir la mejor y rápida actuación del profesional de enfermería, para garantizar alivio, rehabilitación o la muerte digna. Al contrario en un hospital como lo es IAHULA, de alta complejidad con una realidad cambiante y un gran volumen de actividad, el trabajo en equipo favorece la organización, la innovación, la satisfacción, la calidad y la excelencia en la atención del usuario. De esta forma que se puede decir que trabajo en equipo es la mutua colaboración de personas a fin de alcanzar la consecución de un resultado determinado, entonces, el trabajo en equipo resulta ser fundamental en muchos ámbitos de la vida y su éxito radica en saber sumar los talentos individuales. Un equipo funciona satisfactoriamente cuando sus integrantes trabajan en la misma dirección, cuando son capaces y cuando respetan los lineamientos que oportunamente se hayan planteado.¹⁶

Asimismo, se mencionan que el factor esencial para el éxito de una organización es la participación completa de todos sus miembros, sean estos de los niveles superiores o de nivel operativo.¹⁷

Podemos decir, que un trabajo en equipo resulta una actividad desafiante e integradora que además puede involucrar a individuos de diversas áreas y niveles de la organización, ya que permite alcanzar la participación y el compromiso de los miembros de la organización en el logro de los objetivos planteados.

Alarma temprana: Es la forma de detectar mediante la clínica y paraclínica la respuesta del paciente en riesgo de sufrir una Parada Cardiopulmonar.²

Respuesta rápida: Son aquellos equipos integrados por diversas personas, como son los médicos, personal de enfermería, y otros especialistas como son los de terapia respiratoria.² Así dar la atención óptima y oportuna, lo más pronto posible con el fin de reducir el riesgo a las distintas complicaciones que puede presentarse en el paciente en estado crítico.

Reanimadores Legos: Son testigos presenciales, que pueden activar el sistema de respuesta rápida al observar a la víctima y utiliza un desfibrilador con rapidez.²

Proceso.

Es una secuencia de pasos dispuesta con algún tipo de lógica que se enfoca en lograr resultados específicos de comportamiento diseñados para mejorar y establecer un orden, o eliminar algún tipo de problema.¹⁸

Protocolo.

Es un método estándar que permite la comunicación entre procesos (que potencialmente se ejecutan en diferentes equipos), es decir, es un conjunto de reglas y procedimientos que deben respetarse para el envío y la recepción de datos a través de una red.¹⁹

Políticas.

Las políticas de salud son el marco donde los individuos, las organizaciones, y las asociaciones de una comunidad pueden ejercer su actividad y condicionan además la forma y el contexto en el que se desenvuelven nuestras vidas. Las políticas tienen que ver con los procesos y el poder para situar los valores (recursos e ideas) en la sociedad.²⁰

www.bdigital.ula.ve

Procedimiento: Los principales cambios de la actualización de la Guía 2015 son:

Parada cardiopulmonar.

Se define como la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible, de la actividad mecánica del corazón y de la respiración espontánea.²¹

Por otra parte el consenso internacional sobre paro cardíaco, conocido como «estilo Utstein», define el paro como el cese de la actividad mecánica cardíaca, confirmado por la ausencia de conciencia, pulso detectable y la respiración (o respiración agónica entrecortada)³.

En otras palabras podemos decir que una PCR es una situación clínica inesperada, brusca y en la gran mayoría reversible de las funciones cardiaca o respiratoria espontaneas, de la persona críticamente enferma.

Soporte Vital Avanzado.

Es importante subrayar el desarrollo de un sistema razonable de orientar ante todo paciente que presenta una parada cardiaca y/o respiratoria, constituyendo el conjunto de conocimientos, técnicas y maniobras dirigidas a proporcionar el tratamiento definitivo a las situaciones de RCP, optimizando la sustitución de las funciones respiratorias y circulatorias hasta el momento en que estas se recuperen.

En comparación se define RCP como el conjunto de medidas a seguir de modo reglado y secuencial para inicialmente sustituir, y posteriormente restablecer, las funciones básicas respiratoria, circulatoria y de prevención del daño cerebral hipóxico.²²

Una vez cumplidos los requisitos del sostén vital básico, se pueden comenzar las maniobras encaminadas a conseguir el tratamiento definitivo de la RCP y el restablecimiento espontáneo de las funciones cardiorrespiratorias. La RCP avanzada implica el uso de equipos y técnicas especiales: desfibrilación, monitorización electrocardiográfica, aislamiento de la vía aérea, establecimiento y mantenimiento de vías venosas, utilización de fármacos.²³

Por lo tanto el soporte Vital Avanzado (SVA) constituye uno de los eslabones de la cadena de supervivencia que incluye acciones encaminadas a prevenir, tratar y mejorar la supervivencia de los pacientes que sufren una parada cardiaca.²³

Compresiones: deben de ser eficaces con una frecuencia de 100 a 120 por cada minuto.²

Profundidad: De compresión para adulto de 5 cm como mínimo, pero no debería sobrepasar los 6 cm.²

Descompresión: Permitir una descompresión de la pared torácica completa.²

Ventilación: Dos ventilaciones después de 30 compresiones, realizando cada ventilación durante 1 segundo y asegurándose de que produce elevación torácica.² En pacientes que tengan colocado un dispositivo avanzado para la vía aérea, se recomienda una frecuencia de ventilación simplificada de 1 ventilación cada 6 segundos (10 ventilaciones por minuto).

Interrupciones: Minimizar las interrupciones con el objetivo de alcanzar la fracción de compresión torácica más alta posible, de al menos el 60%.

Sistemas.

Ludwig von Bertalanffy definió el sistema como: “un conjunto de elementos interdependientes e interactuantes; un grupo de unidades combinadas que forman un todo organizado y cuyo resultado es mayor que el resultado que las unidades podrían tener si funcionaran independientemente”. No hay sistema fuera de un medio específico; el sistema existe en un medio, que lo condiciona. El medio es el conjunto

de todos los elementos que, dentro de límites específicos, puede ejercer alguna influencia sobre el funcionamiento del sistema, ejemplos de estos sistemas podrían ser una célula, una planta, un insecto, el hombre, una organización social.²⁴

Programas.

Los sistemas de equipos de respuesta rápida (ERR), o los sistemas de equipos médicos de emergencias (EME), se crearon para llevar a cabo una intervención temprana, con el propósito de prevenir el paro cardíaco intrahospitalario, reducir los retrasos en la medida de lo posible y promover una evaluación simultánea y una respuesta rápida y eficiente. Estos equipos pueden estar compuestos por diversas combinaciones de médicos, personal de enfermería y especialistas en terapia respiratoria.²

www.bdigital.ula.ve

Organización.

Podemos definirla como estructuración de organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, con unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, que garantizan las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia para atender al paciente que, requiere soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todo paciente complejo que requiera soporte por fallo multiorgánico.²⁵

Culturas.

Es el conjunto de saberes, creencias y pautas de conducta de un grupo social, incluyendo los medios materiales que usan sus miembros para comunicarse entre sí y resolver necesidades de todo tipo.²⁶

Una cultura es esencialmente en la organización, los procesos y los procedimientos de trabajo están enfocados a mejorar la seguridad, y donde todos los profesionales están concienciados de manera constante y activa del riesgo de que se produzcan errores, o dicho de otra manera “de que algo puede ir mal”, y de que tienen un papel y contribuyen a la seguridad del paciente en la institución.²⁵ También es una cultura abierta, donde los profesionales son conscientes de que pueden y deben comunicar los errores, de que se aprende de los errores que ocurren y de que se ponen medidas para evitar que los errores se repitan (cultura de aprendizaje).²⁵

Evolución del paciente.

Los registros de enfermería pueden emplearse en beneficio de la evolución del paciente. Son varios los registros elaborados por el personal de enfermería, complejos acerca de las observaciones del paciente, tomando en cuenta su estado físico, mental y emocional, así como la evolución de la enfermedad.

Satisfacción.

Existen pruebas de que el uso de la retroalimentación de la RCP puede resultar efectivo para modificar las frecuencias y profundidad de la compresión y la descompresión torácica.²

Calidad.

Es necesario que se lleven a cabo iniciativas de forma continua para optimizar los cuidados de reanimación con el fin de acortar las distancias entre el concepto ideal y la práctica real de la reanimación.²

Mejora continua de calidad: Conviene destacar el concepto de calidad es traducir las necesidades futuras de los usuarios en características medibles, solo así un producto puede ser diseñado y fabricado para dar satisfacción a un precio que el cliente pagará; la calidad puede estar definida solamente en términos del agente.²⁷

También calidad es conformidad con los requerimientos. Los requerimientos tienen que estar claramente establecidos para que no haya malentendidos; las mediciones deben ser tomadas continuamente para determinar conformidad con esos requerimientos; la no conformidad detectada es una ausencia de calidad.²⁷

Además desde este punto de vista, una de las principales ventajas de tener un sistema establecido de mejora continua es que todas las personas que participan en el proceso tienen capacidad de opinar y proponer mejoras lo que hace que se identifiquen más con su trabajo y además se tiene la garantía que la fuente de información es de primera mano ya que quien plantea el problema y propone la mejora conoce el proceso y lo realiza todos los días.

La Sociedad Americana para el Control de Calidad define la calidad como: Conjunto de características de un producto, servicio o proceso que le confieren su aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente.²⁸

En la práctica, podemos encontrar dos tipos de calidad:

Calidad externa: Corresponde a la satisfacción de los clientes. El logro de la calidad externa requiere proporcionar productos o servicios que satisfagan las expectativas del cliente. Por lo tanto, este tipo de procedimientos requiere permitir que se consideren las necesidades implícitas que los clientes no expresan²⁸. Así que la aplicación de la taxonomía se requiere para que la persona críticamente enferma se integre ante la sociedad en condiciones sin complicaciones para la vida cotidiana.

Calidad Interna: Corresponde al mejoramiento de la operación interna de una compañía. El propósito de la calidad interna es implementar los medios para permitir la mejor descripción posible de la organización y detectar y limitar los funcionamientos incorrectos. La calidad interna pasa generalmente por una etapa participativa en la que se identifican y formalizan los procesos internos²⁸. Es así que con la aplicación de la taxonomía los sistemas de atención en la UCI lo que se pretende es aumentar el nivel organizacional con relación a RCP.

Por otra parte la Norma Técnica Peruana, International Standard Organization (NTP-ISO) 9004:2001.²⁹ presenta ocho principios de gestión de la calidad, que han sido desarrollados para liderar el mejoramiento continuo del desempeño en la organización. De estos ocho principios son relevantes para esta investigación mencionar los siguientes:

- Participación del personal: El personal, a todos los niveles, es la esencia de una organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.²⁹

- Enfoque a los procesos: Un resultado deseado se alcanza eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.²⁹
- Sistema enfocado hacia la gestión: Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.²⁹
- Mejoramiento continuo: La mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de ésta.²⁹
- Toma de decisiones basada en hechos: Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.²⁹

En otras palabras la mejora de calidad en una UCI, es pretender mejorar los procesos para asegurar la estabilización y el crecimiento de los profesionales que laboran y así dar lo mejor de sí mismo a la persona críticamente enferma que se encuentra en nuestras manos en tiempo inesperado de su vida.

Seguridad.

El hombre por experiencias a través del tiempo ha aprendido a conocer las situaciones o hechos que pueden ocasionar daños en su entorno social, ambiental, de trabajo por lo que es necesario proteger la salud y la vida de los pacientes. La finalidad que persigue los trabajadores de la salud en especial los enfermeros es incrementar los niveles de calidad de vida con la taxonomía de los sistemas para dar resultados óptimos a cada paciente que se encuentre en la UCI, a través de procedimientos y estrategias que logran resolver los problemas de cada enfermo.

Teoría: La teoría de Imogene King se encuentra en la fase de planificación y aplicación del proceso de enfermería. Dentro de su teoría ella afirma que es la única que ha proporcionado una teoría en la que se incluye las decisiones, las alternativas, la participación de todos los individuos en la toma de decisiones y que trata específicamente sobre los resultados de los cuidados de enfermería.³⁰

La enfermera aporta conocimientos y habilidades específicas para el proceso de la enfermería.

Es una profesión de servicio, que satisface una necesidad, utilizando una planificación, que aplica y evalúa los cuidados de enfermería, orientado hacia una meta, para fomentar la salud.

www.bdigital.ula.ve

CAPITULO III: METODOLOGÍA.

3.1 DISEÑO, TIPO, NIVEL Y MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN.

Para este estudio se tomó como estrategia de investigación el diseño no experimental ya que no hay manipulación de las variables, solo se experimentan los hechos tal y como se dan en el contexto real.³¹ Es decir que se interpretará la realidad que ocurre en la UCI con relación al RCP y la aplicación de la taxonomía de los sistemas de atención, a partir de esto se propondrá un programa de actualización de conocimientos en función de la temática.

Siendo así, la recolección de los datos se obtendrán directamente de la realidad donde ocurren los hechos correspondiendo a un tipo de investigación de campo,³¹ a través de la participación de los profesionales de la enfermería que laboran en la UCI.

Por otra parte, el grado de profundidad con que se abordó el estudio comprende el nivel descriptivo que no es otra cosa que interpretar realidades de un hecho,³¹ partiendo de los registros de resultados y los análisis de los mismos. Este nivel hace énfasis en las conclusiones dominantes.³¹ Tal es el caso de esta investigación donde se pretende obtener el datos sobre cómo funciona en el presente la aplicación de RCP en la UCI tomando en consideración la aplicación de la taxonomía de los sistemas de atención.

Además de los aspectos metodológicos señalados la investigación se ambiciono por la modalidad de proyecto factible, ya que a través de la fase diagnóstica que se logro

obtener se pudo proponer un programa de actualización de enfermería en la taxonomía de los sistemas de atención en la reanimación cardiopulmonar. Esta modalidad de investigación se define como un modelo operativo viable para solucionar problemas organizacionales o de grupos sociales.³¹

En cuanto a la modalidad, se define como proyecto factible la elaboración de una propuesta como solución a un problema o necesidad, cuya ejecución permitirá el logro de los objetivos previamente definidos a las necesidades que pueda tener la institución.³²

Es importante resaltar que el diagnóstico de necesidades favoreció al desarrollo del programa ya que la factibilidad está dada:

Factibilidad técnica: Se refiere a la parte de materiales y equipo con la que se cuenta, como libros de las bibliotecas de la Universidad de los Andes (ULA), la Escuela de Enfermería y la UCI. También, se dispone de un computador para uso constante considerado como el instrumento principal para la realización, redacción y fase diagnóstica.³³

Factibilidad económica: Esta factibilidad corresponde al costo de la investigación, la mayor inversión fue de tiempo. El uso de recurso monetario se hizo para la impresión y presentación en físico del documento.³³

Factibilidad administrativa: Esta dada por la necesidad de programas para guiar los cuidados en la UCI del IAHULA, más allá de los conocimientos que cada profesional de enfermería pueda tener para cumplir los cuidados.³³

Factibilidad institucional: La UCI se ha catalogado como una de las áreas con mayor productividad y responsabilidad de los servicios del IAHULA , ya que cuenta con personal profesional que está dispuesto a brindar calidad en el cuidado del paciente en estado crítico, basado a esta complejidad luego de ser aprobado el programa por la División de Postgrado de la Universidad de los Andes (ULA), se hará entrega a la coordinación de enfermería de la UCI para que posteriormente lo dé a conocer a todos los profesionales de enfermería del área y sea aplicado a los pacientes con alto índice de parada cardiopulmonar.³³

Factibilidad social: Estará dada por la disposición de los profesionales de enfermería en cuanto a la aplicación del programa. La UCI en la composición de su estructura social está formada por profesionales de enfermería, en su mayoría, con el grado de instrucción de especialistas de cuidado crítico; significa que tienen la capacidad y preparación académica para atender al número de pacientes que tienen el riesgo de una parada cardiopulmonar constantemente en el área. El programa permitirá, una organización según la taxonomía de atención que fue propuesta por la AHA 2015.³³

Factibilidad teórica: Viene dada por lo propuesto en el consenso de la asociación americana del corazón 2015 ya esta es nuestra principal guía en RCP y donde se sugiere para este quinquenio trabajar en función de la taxonomía de los sistemas de atención ya que esto aumentaría la mejora continua de calidad.

3.2 Población Y Muestra.

Es importante subrayar que población es un conjunto de elementos, seres o eventos, concordantes entre sí en cuanto a una serie de características, de los cuales se desea obtener alguna información.³⁴ Así la población para esta investigación está constituida por 54 profesionales de la enfermería que laboran en la Unidad de Cuidado Intensivo del IAHULA, en los diferentes turnos de trabajo.

Además la muestra es la que puede determinar la problemática ya que es capaz de generar los datos con los cuales se identifican las fallas dentro del proceso.³⁵ La muestra de este estudio se seleccionó mediante un muestreo intencionado o sesgado. Se define como el investigador selecciona los elementos que a su juicio son representativos, lo que exige un conocimiento previo de la población que se investiga.³⁵

La población de esta investigación, como es un grupo pequeño de profesionales enfermería, se tomó la totalidad de la población como muestra para la fase diagnóstica.

Criterios de Inclusión de la población.

Para efectos de este trabajo se considera como muestra de estudio al profesional de enfermería que para el momento de la aplicación del instrumento se encontraba laborando en la UCI.

Criterios de Exclusión de la población.

Se excluye de la investigación al personal de enfermería que se encuentre de reposo, vacaciones, permisos, proceso de jubilación y todo aquel que se niegue a participar en la investigación.

3.3 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos

La recolección de datos implica elaborar un plan detallado de procedimientos que nos conduzcan a reunir datos con un propósito específico.³⁶

Por otra parte, instrumento de recolección de datos es el recurso que utiliza el investigador para registrar información o datos sobre las variables que tiene en mente.³⁶

www.bdigital.ula.ve

El método a utilizar fue tipo encuesta, como técnica de la entrevista; su estructura se basó en la escala de Likert para desarrollar el afrontamiento con cinco (5) alternativas, (siempre, casi siempre, algunas veces, muy pocas veces y nunca), diseñado por 2 partes, para un total de 26 ítems; este instrumento es de elaboración propia. Su finalidad fue recolectar información valiosa para la elaboración del diagnóstico.

Para su elaboración se siguió una serie de directrices englobando dos direcciones: el aspecto formal y metodológico del cuestionario así como el contenido.

3.4 Validación del Instrumento

Conviene destacar este autor que señala la validez en términos generales se refiere al grado en que el instrumento realmente mide la variable que se pretende medir.³⁷ (Anexo 2).

Asimismo podemos decir que para la validación del instrumento, se utilizó la técnica de “juicio de Experto”, es decir, se le entregó el formato diseñado para la recolección de datos, a tres especialistas en el área, quienes actuaron como jueces, verificando si cada uno de los ítems propuestos mide lo que se pretende, en cuanto a precisión, relevancia y pertinencia; las observaciones realizadas por los expertos fueron tomadas en cuenta para la elaboración del instrumento definitivo.

3.5 Validación del Programa

En relación a este punto se presentara un anexo que corresponde al programa, quedando sometido a la aprobación por parte del jurado evaluador, ya que estos son seleccionados por la gran experiencia en la temática de este estudio.

3.6 Operacionalización de la variable.

VARIABLE	OBJETIVOS ESPECIFICOS	DIMENSIONES	INDICADORES	SUBINDICADORES	ÍTEMS
Programa de actualización de enfermería en la taxonomía para los sistemas de atención en la reanimación cardiopulmonar	Describir los datos sociodemográficos del personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos.	Datos sociodemográficos del personal de enfermería.	Edad	20 a 29 años.	A
				30 a 39 años.	
				50 a 59 años.	
				> 60 años.	
			Género	Masculino.	B
				Femenino.	
			Años de servicio	< 5 años.	C
				6 a 10 años	
				11 a 15 años.	
				16 a 20 años.	
			Grado académico	Licenciado.	D
				Especialista.	
	Magister.				
	Otro.				
	Determinar el nivel de conocimiento y aplicabilidad de la taxonomía de los sistemas de atención utilizados en la reanimación cardiopulmonar en la Unidad de Cuidados Intensivos.	Estructura en la taxonomía	Educación	Alarma temprana	3
				Respuesta rápida	4
		Proceso en la taxonomía.	Equipo	Grupo multidisciplinario	5
				Reanimador lego	6
			Protocolos	Observación y prevención	7
			Políticas	Reconocimiento y activación del sistema de emergencia medicas	8
				Procedimientos	Toma decisiones.
		RCP de calidad			10
Equipos de monitoreo y soporte vital		11,12,13			
Sistema en la taxonomía		Programas	Planificación del sistema de emergencia	14	
	Cultura		Número de reanimadores	15	
	Organización	Actividades de los reanimadores	16,17,18		
Categorizar el área de importancia en la taxonomía de los sistemas de atención utilizados en la reanimación cardiopulmonar en la Unidad de Cuidados Intensivos.	Evolución del paciente.	Calidad	Cuidados enfermeros	19	
			Satisfacción	Autoevaluación post RCP	20
		Seguridad	Teoría	21	
			Protección	22	

Fuente: Aranguren. M 2016.

VARIABLE	OBJETIVOS ESPECIFICOS	DIMENSIONES	INDICADORES	SUBINDICADORES	ÍTEMS
Programa de actualización de enfermería en la taxonomía para los sistemas de atención en la reanimación cardiopulmonar.	Diseñar un programa de actividades de enfermería para la aplicación de reanimación cardiopulmonar en la Unidad de Cuidados Intensivo.	Adiestramiento profesional			

Fuente: Aranguren M. 2016.

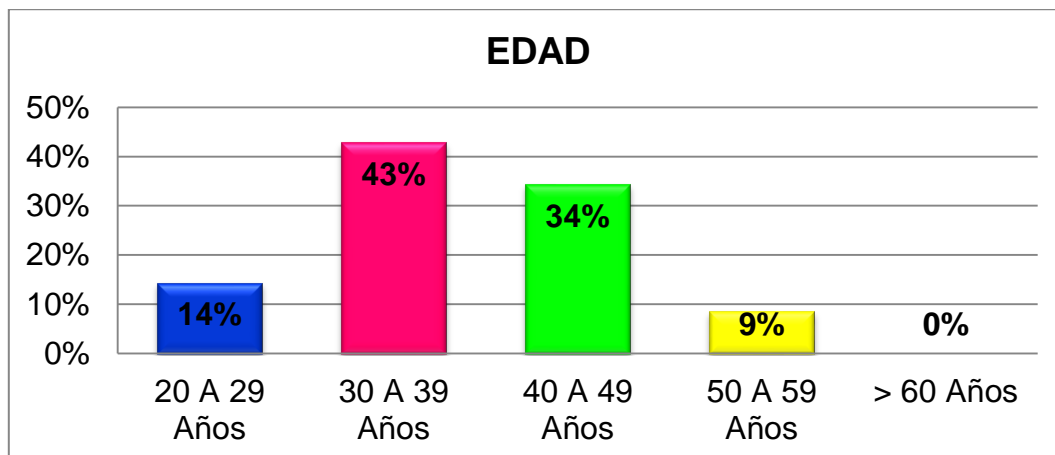
www.bdigital.ula.ve

CAPITULO IV: PRESENTACIÓN DE DATOS Y ANALISIS DE RESULTADOS.

4.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

GRAFICO N° 1.

Indicador: Edad.

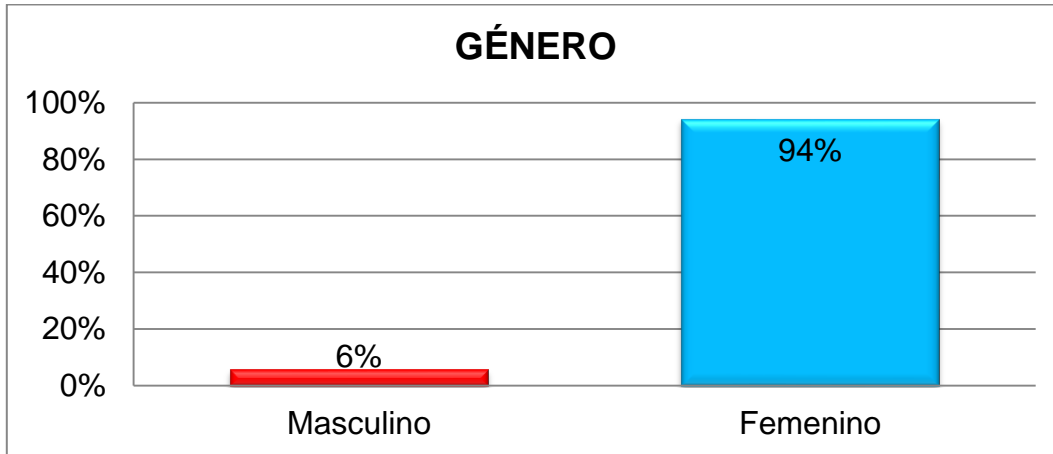


Fuente: Instrumento de recolección aplicado.

En la grafico 1, muestra con respecto a la dimensión de los datos sociodemográficos, se evidencia que la edad predominante en el personal de enfermería encuestado, oscila es el rango de 30 a 39 años de edad, para un porcentaje del 43% seguido el rango de 40 a 49 años para un 34%, un 14% se encuentra entre 20 a 29 años de edad y un 9% entre 50 a 59 años de edad. En comparación con Hosseini I, Zahra, Malekpour T, Salehi T, Rahimi M en el año 2014, la edad promedio de la población es joven oscilaba entre 31,29 años de edad.⁷ Lo que se puede deducir con los resultados demostraron, que la población de la UCI encuestada, se ubicó en una etapa de adulto joven, representando una ventaja por cuanto pueden optar a la búsqueda de nuevos conocimientos y preparación constante como lo exige la profesión de enfermería para brindar el cuidado optimo al paciente crítico.

GRAFICO N° 2:

Indicador: Género.

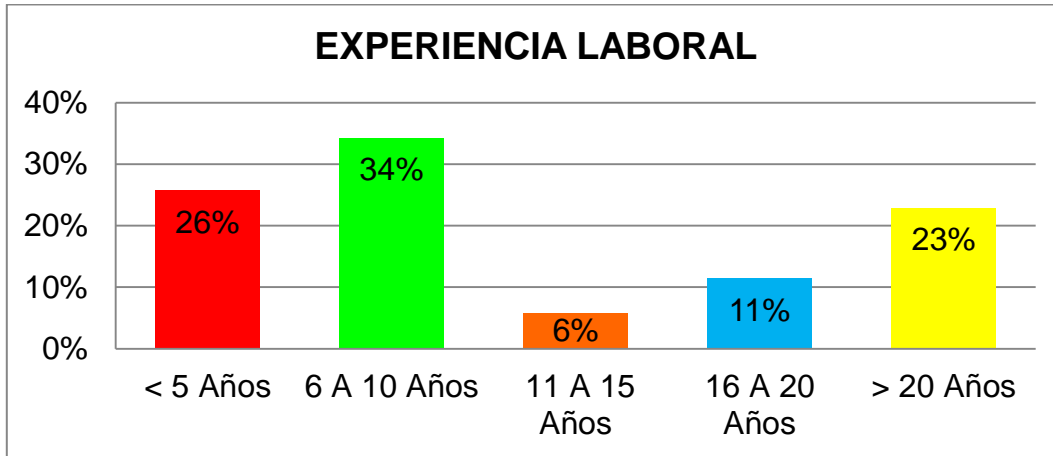


Fuente: Instrumento de recolección aplicado.

En la grafico 2, muestra con respecto a la dimensión de los datos sociodemográficos, indicador género, el mayor número del personal de enfermería (o) encuestado en la UCI del IAHULA, correspondió al género femenino, representado por 33 personas con un 94%, en relación al 6% del género masculino representado por 2 personas. Como se puede evidenciar, esta es una característica propia de la disciplina de enfermería, es decir, que es una carrera que tiene mayor inclinación al género femenino. Esto se ha afirmado a través del tiempo, tal como lo expone, Alfaro en el que Nightingale es una de las pioneras más relevantes en la historia, que expresa que es una de las carreras directamente para la mujer.³⁸

GRAFICO N° 3:

Indicador: Años de servicio.



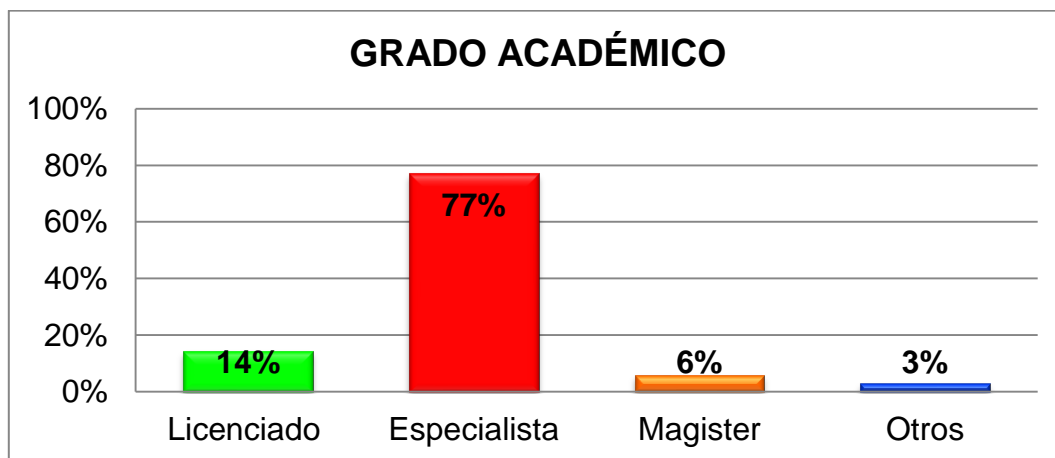
Fuente: Instrumento de recolección aplicado.

En la grafico 3, muestra con respecto a la dimensión de los datos sociodemográficos, indicador experiencia laboral, se evidencia que los años de servicio predominante en el personal de enfermería (o) encuestado, es de 34% en el rango de 6 a 10 años de experiencia laboral, seguido de un 26% en el rango de menos de 5 años de experiencia laboral, un 23% tienen mayor a 20 años de experiencia laboral, un 11% de 16 a 20 años y un 6% de 11 a 15 años de experiencia laboral. Este rango de experiencia laboral es relevante para el desarrollo de habilidades que posee el profesional de enfermería, ya que la AHA cada 5 años realiza la actualización al consenso y esto quiere decir que el 34% de la población encuestada tal vez halla podido conocer solo una (1) actualización del consenso y el otro porcentaje es de 26% con menos de 5 años que serían reanimadores lego es decir en fase de aprendizaje.

GRAFICO N° 4, 5, y 6:

Grafico N° 4: Grado académico.

Indicador: Grado académico.



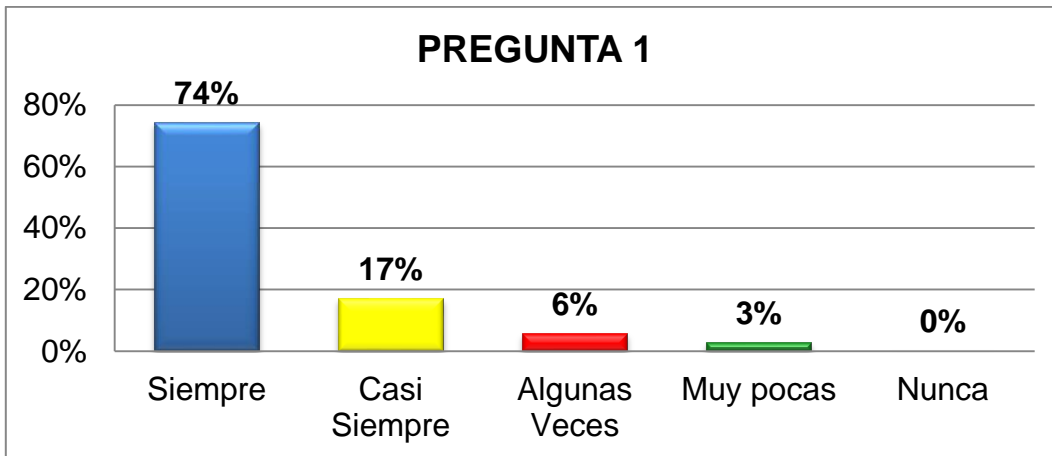
Fuente: Instrumento de recolección aplicado.

En la grafico 4: En cuanto al grado académico, de los profesionales encuestados, es importante destacar que la UCI del IAHULA cuenta con el 77% de enfermeros con especialidad en cuidado a pacientes en estado crítico, con 14% solo en el grado de licenciados en Enfermería, un 6% tienen el grado de magister y 3% para otros estudios. En comparación con la investigación realizada por Citolino en el 2015, la cual demostró que solo el 75,5% eran profesionales de enfermería,⁶ esto en relación a la UCI del IAHULA permite ratificar el valioso recurso humano con la que cuenta la unidad.

GRAFICO N° 5 y 6: Cursos y talleres de actualización en RCP.

Grafico N° 5: Pregunta 1

1.- En el tiempo que tiene como miembro del equipo multidisciplinario en la UCI ha participado en una RCP.



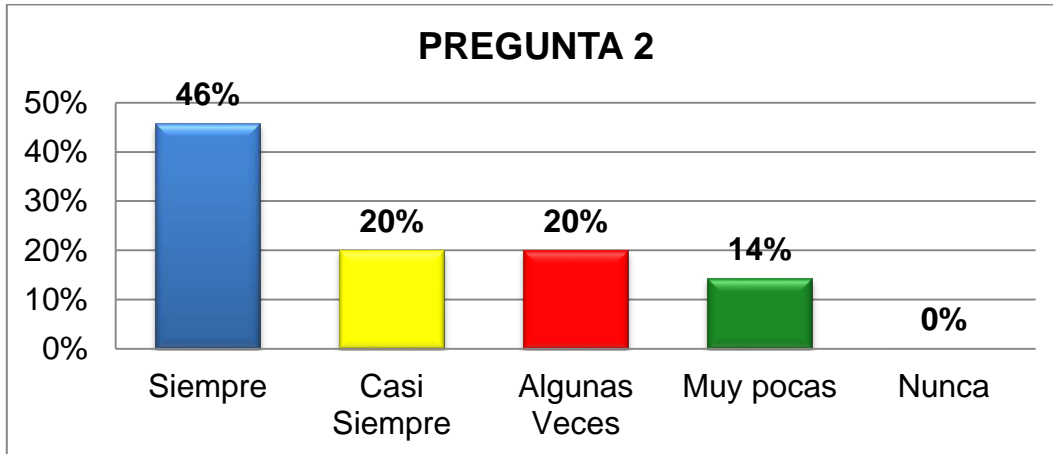
Fuente: Instrumento de recolección aplicado.

www.bdigital.ula.ve

En el grafico 5, se obtuvo que 74% del personal encuestado, siempre han participado en una reanimación cardiopulmonar, el 17% casi siempre participa en RCP, el 6% algunas veces y el 3% muy pocas veces han participado en RCP. Siendo estos 3 últimos porcentajes no menos importante, pues se demuestra que todos los enfermeros que laboran en la UCI, tienen la experiencia de la práctica de RCP.

Grafico N° 6: Pregunta 2.

2.- En los últimos 5 años ha recibido talleres o cursos de actualización en RCP.



Fuente: Instrumento de recolección aplicado.

En el grafico 5, en relación con la actualización de talleres o cursos de RCP, el 46% del personal respondió que siempre se actualizan realizando cursos y talleres de RCP, el 20% casi siempre o algunas veces lo ha recibido, y el 14% muy pocas veces. En relación a este aspecto es necesario expresar que al realizar la sumatoria de los 4 últimos resultados se obtendría que el 54% no tiene actualización de sus conocimientos con relación a la temática en estudio; esto se ratifica con la investigación de Tortosa en 2013 donde diagnosticó que el 59% de los enfermeros tenía un conocimiento regular en relación al RCP.

4.2 Nivel de conocimiento y aplicabilidad de la taxonomía de los sistemas de atención.

TABLA 1.

Dimensión: Estructura en la taxonomía.

Indicador: Educación y Equipo.

ITEMS	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		ALGUNAS VECES		MUY POCAS		NUNCA	
	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%
3.- La UCI cuenta con parámetros clínicos definidos que permita detectar signos de alarma temprana para RCP.	16	46%	4	11%	11	31%	4	11%	0	0%
4.- Ante la identificación del deterioro hemodinámico de una persona hospitalizada en la UCI el personal de enfermería cuenta con una planificación de actividades para prevenir PCR.	8	23%	6	17%	3	9%	9	26%	9	26%
5.- El grupo multidisciplinario de la UCI que labora diariamente y en cada turno de trabajo está integrado por médicos y enfermeros especialistas en terapia intensiva.	25	71%	7	20%	1	3%	0	0%	2	6%
6.- En la práctica de RCP que ha presenciado ha logrado identificar debilidades en la aplicación de la técnica.	3	9%	4	11%	22	63%	4	11%	2	6%

Fuente: Instrumento de recolección aplicado.

Se observa en la tabla anterior que la UCI, que el 46% siempre cuenta con parámetros clínicos definidos que permiten detectar signos de alarma de manera precoz para la RCP, el 31% algunas veces cuentan con parámetros definidos, y el 11% casi siempre o muy pocas veces cuentan con parámetros clínicos definidos para detectar signos de alarma. Esto quiere decir que el 43% no detecta signos de alarma mediante la clínica, siendo este porcentaje alto para actuación de la PCR. Además el 52% respondió que muy pocas veces o nunca se cuenta con una planificación de actividades para prevenir la PCR, esto entorpece la actuación de los equipos integrados para la respuesta rápida. Por otra parte un 78% siempre o casi siempre

cuenta con un equipo de salud multidisciplinario, a pesar de esto el 3% algunas veces se puede observar debilidades de la técnica de RCP.

Además de un 63% de la población expreso que han logrado identificar debilidades en la aplicación de la técnica esto podría compararse con los resultados obtenidos por la investigación de Citolino, et al. En el 2015, donde se encontró factores intrínsecos entre 67,3% y 77,6% que afectaron la práctica de RCP.

TABLA 2.

Dimensión: Proceso en la taxonomía.

Indicador: Protocolos, Políticas y Procedimientos.

ITEMS	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		ALGUNAS VECES		MUY POCAS		NUNCA	
	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%
7.- En la valoración de una persona hospitalizada en UCI como práctica de rutina Ud. observa y previene el PCR.	16	46%	10	29%	9	25%	0	0%	0	0%
8.- Al reconocer un PCR en UCI, cuenta el ambiente con algún sistema cercano que le permita activar al Equipo de Emergencias Médicas sin dejar a la persona que está presentando PCR.	4	11%	7	20%	3	9%	5	14%	16	46%
9.- Al reconocer PCR las decisiones del procedimiento a seguir las toma cualquier integrante del equipo multidisciplinario.	10	29%	11	31%	9	26%	4	11%	1	3%
10.- La práctica de RCP de alta calidad viene dado por una profundidad que no exceda 6cm, con una frecuencia no mayor de 120 por minutos y no más de 10 ventilaciones por minuto.	13	37%	10	29%	7	20%	0	0%	5	14%
11.- La concentración de CO ₂ luego de 20 min de reanimación es factor pronóstico de supervivencia cuenta la UCI con dispositivos para este tipo de monitoreo en todas áreas de hospitalización.	0	0%	4	11%	2	6%	2	6%	27	77%
12.- La naloxona y los esteroides son medicamentos de reanimación y se encuentra en el carro de paro.	2	6%	6	17%	5	14%	4	11%	18	51%
13.- Cada ambiente de hospitalización de UCI dispone de desfibriladores externos automáticos.	1	3%	2	6%	4	11%	7	20%	21	60%

Fuente: Instrumento de recolección aplicado.

En la tabla anterior podemos observar la dimensión proceso de la taxonomía. En cuanto a la valoración de una persona hospitalizada en la UCI, el 54% no hace la rutina, siendo este el objetivo principal para prevenir la PCR al usuario crítico. A pesar de estos esfuerzos por parte del personal de enfermería, el 60% respondió que nunca o muy pocas veces, no se cuenta con un sistema de activación de emergencia en el ambiente del usuario, es por ello que el personal amerita salir del área para poder realizar la notificación de la PCR, dejando solo el paciente, esta debilidad que podría transformarse en fortaleza si buscamos estrategias para solventarla.

Además, al momento de iniciar el proceso de PCR, el 31% casi siempre toma las decisiones, seguida de un 29% que siempre toma decisiones. Se debe tener precaución porque es necesario saber que la UCI tiene reanimadores lego y ellos no tienen la preparación adecuada para la toma de decisiones como el consenso menciona que quien debe dirigir la RCP es el reanimador experto.

Inclusive el 37% siempre tiene una práctica de RCP de alta calidad, seguida de un 29% siempre tiene la práctica de alta calidad, un 26% algunas veces, y el 14% nunca, esto es una debilidad en cuanto al conocimiento en la fase de circulación de RCP, que establece el consenso donde el componente profundidad, frecuencia y ventilación se ven afectados.

Por otra parte, es importante saber que el 77% del encuestado respondió que nunca cuenta con dispositivo como son los capnógrafo como equipo para reanimación, el 11% casi siempre cuenta con los dispositivos, 6% algunas veces o muy pocas veces, siendo estos equipos importantes para un factor pronostico en la RCP.

Conviene destacar la ausencia de algunos fármacos en el carro de paro recomendados actualmente por la AHA. Con relación al conocimiento en el estudio realizado por Alarcón P, Guidotti C, Del Pilar, Yalan, Obando C, se encontró que un 59% de las enfermeras tenían un nivel de conocimiento regular para RCP y en el presente estudio se obtuvo que un 51%, desconoce de algunas drogas que deben estar presentes en el carro de paro.

Cabe señalar que el 60% nunca dispone desfibriladores externos en cada ambiente, seguido del 20% que respondió que muy pocas veces. Con relación a este aspecto Citolino, et al, en su estudio encontraron que uno de los factores que afectan la calidad de RCP es la falta de materiales y la falta de equipos en un 57,1%.

TABLA 3.

Dimensión: Sistema en la taxonomía.

Indicador: Programas, Cultura y Organización.

ITEMS	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		ALGUNAS VECES		MUY POCAS		NUNCA	
	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%
14.- En la UCI los enfermeros disponen por jornada de una distribución en el rol de reanimadores en caso de RCP.	1	3%	2	6%	1	3%	3	9%	28	80%
15.- En un RCP la UCI cuenta con 5 reanimadores.	13	37%	7	20%	5	14%	6	17%	4	11%
16.- Al presentarse un PCR inicia las compresiones torácicas quien evidencia el evento	13	37%	14	40%	4	11%	2	6%	2	6%
17.- Al activarse el sistema de emergencia las actividades principales a realizar las cumple los reanimadores lego.	2	6%	6	17%	4	11%	4	11%	19	54%
18.- Al activarse el sistema de emergencias médicas las actividades las asume cualquier persona del equipo multidisciplinario.	10	29%	11	31%	10	29%	3	9%	1	3%

Fuente: Instrumento de recolección aplicado.

Describiendo los resultados de la tabla anterior en la dimensión sistema de la taxonomía se puede apreciar que el 80% nunca disponen de una distribución en los roles de reanimadores en el caso de presentarse una PCR, el 9% muy pocas veces disponen de una distribución. Por esta razón al activarse el sistema de emergencia, el 60% del equipo multidisciplinario, responde de forma desorganizada a realizar las compresiones torácicas, mientras que los otros miembros cumplen diferentes funciones necesarias para que la maniobra sea efectiva, esto podría retrasar la RCP por no tener una planificación y toma minutos decidir el rol de cada quien, siendo estos minutos primordiales para la vida del paciente. Por esto es fundamental, primero que todo el personal que labora en la UCI esté preparado para identificar e iniciar las maniobras para RCP y segundo que se actualicen de manera constante con el consenso AHA.

www.bdigital.ula.ve

Con relación a este análisis un reanimador lego en un 54% no asume el rol de reanimador principal esto podrá estar relacionado con la necesidad de una intervención educativa que le permita fortalecer sus conocimientos tal como ocurrió en la investigación de Hosseini I, Zahra, Malekpour T, Salehi T, Rahimi M, 2014 donde se evidencio que el trabajo en equipo se cumplía en un 81,53% y que luego de un entrenamiento de RCP este porcentaje aumento al 100%.

4.3 Área de importancia en la taxonomía de los sistemas de atención.

TABLA 4.

Dimensión: Evolución del Paciente.

Indicador: Calidad, Satisfacción y Seguridad.

ITEMS	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		ALGUNAS VECES		MUY POCAS		NUNCA	
	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%
19.- Es fácil identificar en la UCI los cuidados preventivos, durante y posteriores al PCR.	14	40%	13	37%	8	23%	0	0%	0	0%
20.- Durante el PCR se lleva un registro de las actividades desarrolladas de forma secuencial.	21	60%	9	26%	2	6%	2	6%	1	3%
21.- La sistematización para la práctica de RCP facilita el rol de reanimador en UCI.	20	57%	10	29%	2	6%	3	9%	0	0%
22.- Comparar un PCR con otros sucesivos mejora la técnica aplicada en UCI.	18	51%	11	31%	4	11%	2	6%	0	0%

Fuente: Instrumento de recolección aplicado.

Los resultados obtenidos en la tabla anterior, dimensión evolución del paciente interpretando los indicadores de calidad, satisfacción y seguridad, el 40% del personal de enfermería de la UCI, siempre identifica los cuidados preventivos durante y posteriores al PCR, pero hay un 60% que no identifica estos cuidados, esto es de suma importancia ya que podemos prevenir complicaciones posteriores a una PCR.

Un 60% lleva acabo un registro de las actividades desarrolladas de forma secuencial, es importante destacar que el 40% no tiene claro el registro de RCP. Es necesario que se lleve a cabo estos registros para evaluar y optimizar los cuidados y mejorar la técnica en el momento de la RCP.

Con relación a la sistematización para la práctica de RCP 57% de los enfermeros consideran que esto facilitaría el rol de reanimador por otra parte un 51% la comparación de RCP a través de los registros de la evaluación, esto concuerda con lo hallado por Arismendi en su trabajo de investigación donde se refleja que 54% de los enfermeros están de acuerdo con llevar un sistema de registro para PCR.

Esto es lo que se propone con la aplicación del programa que posteriormente se presenta en los anexos.

www.bdigital.ula.ve

CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

5.1 Conclusiones.

Posterior a la revisión de fuentes electrónicas, libros, artículos, y después de hacer cumplido con los objetivos específicos de esta investigación, como resultado de los datos sociodemográficos, se evidencia que la edad predominante en el personal de enfermería encuestado, es del 43% que oscila es el rango de 30 a 39 años de edad. El género predominante es el femenino con el 94%, con el 34% de experiencia laboral en el rango de 6 a 10 años, en cuanto al grado académico, de los profesionales encuestados, el 77% de enfermeros tienen especialidad en cuidado a pacientes en estado crítico. El 74% de los enfermeros que laboran en la UCI, tienen la experiencia de la práctica de RCP y un 46% han recibido talleres o curso de actualización.

www.bdigital.ula.ve

Con respecto al nivel de conocimiento y la aplicabilidad de la taxonomía de los sistemas se observó que la UCI, el 46% siempre cuenta con parámetros clínicos definidos que permiten detectar signos de alarma de manera precoz para la RCP, el 31% algunas veces cuentan con parámetros definidos. Además el 52% respondió que muy pocas veces o nunca se cuenta con una planificación de actividades para prevenir la PCR, esto entorpece actuación de los equipos integrados para la respuesta rápida. Por otra parte un 78% cuenta con un equipo de salud multidisciplinario, a pesar de esto se puede observar debilidades de la técnica de RCP. Además podemos observar la dimensión proceso de la taxonomía, en cuanto a la valoración de una persona hospitalizada en la UCI, el 54% no hace la rutina, siendo este el objetivo principal para prevenir la PCR al usuario crítico, el 60%

respondió que nunca o muy pocas veces no se cuenta con un sistema de activación de emergencia en el ambiente del usuario, es por ello que el personal amerita salir del área para poder realizar la notificación de la PCR, esta debilidad que podría transformarse en fortaleza si buscamos estrategias para solventarla por otra parte al momento de iniciar el proceso de PCR, el 31% casi siempre toma las decisiones, es necesario saber que la UCI tiene reanimadores lego y ellos no tienen la preparación adecuada para la toma de decisiones como el consenso menciona que quien debe dirigir la RCP es el reanimador experto. Inclusive el 37% siempre tiene una práctica de RCP de alta calidad, esto es una debilidad en cuanto al conocimiento en la fase de circulación de RCP, que establece el consenso donde el componente profundidad, frecuencia y ventilación se ven afectados. Es importante saber que el 77% del encuestado respondió que nunca cuenta con dispositivo como son los capnógrafo, 60% nunca dispone desfibriladores externos en cada ambiente, como equipo para reanimación, siendo estos equipos importantes en la RCP, un 51% desconoce de algunas drogas que deben estar presentes en el carro de paro recomendados actualmente por la AHA. En la dimensión sistema de la taxonomía se puede apreciar que el 80% nunca disponen de una distribución en los roles de reanimadores en el caso de presentarse una PCR. Por esta razón al activarse el sistema de emergencia, el 60% del equipo multidisciplinario, responde de forma desorganizada a realizar las diferentes funciones necesarias para que la maniobra sea efectiva. Un 54% no asume el rol de reanimador principal esto podrá estar relacionado con la necesidad de un intervención educativa que le permita fortalecer sus conocimientos.

La dimensión evolución del paciente interpretando los indicadores de calidad, satisfacción y seguridad, hay un 60% que no identifica los cuidados preventivos durante y posteriores al PCR, esto es de suma importancia ya que podemos prevenir complicaciones posteriores a una PCR. Con relación a la sistematización para la práctica de RCP 57% de los enfermeros consideran que esto facilitaría el rol de reanimador.

Por último se obtuvo el programa de actualización de enfermería en la taxonomía de los sistemas de atención para la reanimación cardiopulmonar. Unidad de Cuidados Intensivos. Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. Su estructura se basó en el siguiente esquema Introducción, Justificación, Misión, Visión, Objetivos generales Campo de aplicación, Población, Alcance, Descripción, Normas, cuidados enfermero, sistematización de paro cardiopulmonar, Test de autoevaluación. De tal forma que el personal de enfermería cuente con esta herramienta para la orientación y actualización ante la PCR.

5.2 Recomendaciones.

Luego de realizada la investigación y analizados los resultados de la población estudiada, se establecen las siguientes recomendaciones:

- Los resultados se deben dar a conocer al personal de enfermería que labora en la UCI del IAHULA, por cuanto es necesario que el profesional tenga conocimiento de las posibles complicaciones que puedan presentar los pacientes ante una PCR.

- Mantener una educación continua de todo el equipo que labora en la UCI, para poder brindar un cuidado óptimo y eficaz a los pacientes críticamente enfermos.
- Que el personal de enfermería debe verifique por turno, el equipamiento del carro de paro.
- Gestionar el mantenimiento de los equipos en el tiempo requerido.
- Que el personal de enfermería verifique por turno, el funcionamiento de todos los equipos necesario que se utilizan en una PCR, aun cuando estén revisado por un técnico o médico.
- Profundizar la relación y discusión permanente de todo el equipo de salud (médico y enfermeras), para estar informado de las condiciones, en que se encuentra cada paciente en riesgo de realizar una PCR, en pro de minimizar las posibles complicaciones.
- Sería de gran importancia, que algún investigador interesado en la temática, de continuidad a los dos últimos pasos del proyecto factible, que son la aplicación y evaluación del programa.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. American Red Cross (2014) Participant's Manual. 2nd ed. Dallas, TX. Pág.58. [Citado 16 de enero 2016]. Disponible en: http://www.instructorscorner.org/files/1841-FA_CPR_AED_PM_978-1-58480-624-9.pdf.
2. American Heart Association Guidelines 2015/CPR&ECC. Aspectos destacados de la actualización de las guías de la AHA para RCP y ACE de 2015 página 3. [Citado 16 de enero 2016]. Disponible en: <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Spanish.pdf>
3. Coma CI, García CL, Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología en resucitación cardiopulmonar. Revista Española de cardiología. Vol. 52 Núm.8 Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/guias-practica-clinica-sociedad-espanola/articulo/152>
4. Núñez T. Red de Investigación Epidemiológica Colaborativa de los Postgrado de Cardiología de Venezuela. [Internet] 2014.pag.1 Folleto informativo RIEC-Postcardio. [Citado enero 2016]. Disponible en: <http://svcardiologia.org/es/index.php/info/257-riec-postcardio.html>
5. Comisión Institucional de Enfermería. Código de Ética para las enfermeras y enfermeros. [Internet] México 2001. [Citado enero 2016]. Disponible en: http://www.academia.edu/15829735/C%C3%93DIGO_DE_%C3%89TICA_para_las_enfermeras_y_enfermeros_en_M%C3%A9xico

6. Citolino, Clairton, Santos, Santana, Silva, Cassia, et al. Factores que comprometen a qualidade da ressuscitação cardiopulmonar em unidades de internação: percepção do enfermeiro. Revista de la escuela de Enfermeria. Universidade de São Paulo. Volumen 49 diciembre de 2015. [Citado 18 de enero 2016] Disponible en: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/108382>
7. Hosseini I, Zahra, Malekpour T, Salehi T, Rahimi M. The effect of CPR training on performance of nurses in selected hospitals of Shahrekord University of Medical Sciences, 2010. Artículo de la revista publicado por Comunidad Medicina Departamento de la Universidad de Ciencias Médicas Shahrekord, Shahrekord, I. R. Irán, publicado como Artículo Original: publicación: 02/26/2014. [Citado enero 2016]. Disponible en: http://jcnm.skums.ac.ir/browse.php?a_code=A-10-1-18&slc_lang=en&sid=1
8. Tortosa M, Silvia. Papel de Enfermería en los protocolos y guías de Reanimación Cardiopulmonar. [Internet] Trabajo de grado realizado en la Universidad de Almería. 2013 [Citado enero 2016]. Disponible en: <http://repositorio.ual.es:8080/jspui/handle/10835/2518#.VuTtq33hDIU>
9. Alarcón P, Guidotti C, Del Pilar, Yalan, Obando C. Nivel de Conocimientos de las Enfermeras, Sobre maniobras de resucitación cardiopulmonar. Revista de enfermería. Herediana. 2010 Volumen 3 (ene-Jul). [Citado enero 2016]. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=605417&indexSearch=ID>

10. Arismendi L. Trabajo de investigación. Propuesta de un sistema de registro de la parada cardiaca, con base al Sistema Estandarizado Internacional al Estilo Utstein, para profesionales de enfermería que labora en la UCI del IAHULA. 2011.
11. Herrera, López, González, Domínguez, García y Bocanegra. Resultados del primer año de funcionamiento del plan de resucitación cardiopulmonar del Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva). 2010. Med Intensiva.2010;34:170-81 DOI: 10.1016/j.medin.2009.11.004
12. Martha B. Martínez Morales. [Internet]. 2011. [Citado febrero 2016] Disponible en: <http://atramy.blogspot.com/2011/09/25-taxonomia-de-sistemas.html>
13. Meter C. Pensamiento de sistemas, práctica de sistemas. [Internet]. Editorial, Noriega Editores 2011. [Citado febrero 2016]. Disponible en: <http://taxonomiasdesistemas.blogspot.com>
14. Seeiuc. Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias. [Internet] [Citado febrero 2016] Disponible en: <http://seeiuc.org/profesional/area-de-practica-profesional/146-terminologia-y-normalizacion/60-terminologia-estandarizacion-normalizacion-nomenclatura-taxonomia-lenguaje-diagnostico-o-clasificacion-en-enfermeria.html>
15. Burrafato ME. Rodríguez Y. Análisis de la estructura organizacional del consejo legislativo del estado Monagas (CLEM). [Internet] Universidad de Oriente. Maturín, 2004. [Citado marzo 2016]. Disponible en: http://ri.bib.udo.edu.ve/bitstream/123456789/58/1/TESIS-352.2_B968_01.pdf

16. Definición ABC. Diccionario hecho fácil [Internet]. [Consultado 2016]. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/social/trabajo-en-equipo.php>
17. Calidad & Gestión. [Internet] 2010. [Consultado agosto 2016] Disponible en: http://www.calidad-gestion.com.ar/boletin/60_trabajo_en_equipo_y_sistemas_de_gestion.html
18. Definición. [Internet]. [Consultado 22 de abril 2016]. Disponible en: <http://definicion.mx/proceso/>
19. CCM Benchmark. Protocolos. [Internet]. 2016 [Consultado agosto 2016]. Disponible en: <http://es.ccm.net/contents/275-protocolos>
20. Políticas y Planes de Salud. [Internet]. Octubre 2015 [Consultado junio 2016]. Disponible en: http://www.aniorte-nic.net/progr_asignat_polit_plan.htm
21. Carrillo A, López J, Herce C. Conceptos y prevención de la parada cardiorrespiratoria en niños. [Internet] Vol 65. Núm 2. [Internet]. 2006. [Consultado marzo 2016]. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es/conceptos-prevencion-parada-cardiorrespiratoria-ninos/articulo/13091483>
22. Arrabal SA. Moreno SA. Pérez LM. Hospital Regional de Málaga. [Internet]. [Consultado 23 de enero 2016]. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/pcr.pdf>

23. Camacho LC. Hernández R. Soporte vital avanzado en el adulto: Recomendaciones ILCOR (1ª Parte). Anestesia, Reanimación-Críticos, Dolor y Urgencias en la red. [Internet]. 2010 [Consultado 2016]. Disponible en: <http://anestesar.org/2010/soporte-vital-avanzado-en-el-paciente-adulto-recomendaciones-2010>
24. Román A. Características de las organizaciones de salud. Medwave [Internet]. 2011 [Citado febrero 2016]. Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Series/GES01/5226>
25. Unidades de cuidados intensivos Estándares y recomendaciones. Informes, Estudios e Investigación [Internet]. Ministerio De Sanidad Y Política Social Paseo Del Prado. Madrid 2010 [Consultado agosto 2016]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
26. Cultura. [Internet]. [Consultado agosto 2016]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Cultura>
27. W. ED. Calidad, concepto y filosofías: Deming, Juran, Ishikawa y Crosby. [Internet]. 2013. [Consultado abril 2016]. Disponible en: <http://www.gestiopolis.com/calidad-concepto-y-filosofias-deming-juran-ishikawa-y-crosby/#filosofias-de-la-calidad>
28. Vargas, H. Control de la calidad. [Internet]. Editorial Limusa. República de Panamá. 2002. [Consultado abril 2016]. Disponible en:

<http://www.monografias.com/trabajos96/calidad-innovacion-mejora-continua/calidad-innovacion-mejora-continua2>.

29. García P. Quispe A. Páez G. Mejora Continua de la Calidad en los Procesos. [Internet]. Vol. (6) 1: pp. 89-94. 2003 [Consultado marzo 2016]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/indata/Vol6_n1/pdf/mejora.pdf

30. Adams E. El cuidado. [Internet]. 2012 [Consultado febrero 2016]. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/imogen-king-teoria-del-logro-de-metas.html>

31. Palella S y Martins F. Metodología de la Investigación Cuantitativa. Tercera Edición 2010. p: 85, 87, 88, 92, 97.

32. Proyecto Factible. Junio 2011 [Internet]. [Consultado en junio 2016]. Disponible en: <http://proyectofactible6.blogspot.com/>

33. Rivas R. Diseño de protocolo de egreso para el cuidado de pacientes con afecciones neurológicas. Unidad de Cuidados intensivos. Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. Mérida. 2013.

34. Tecnología e Innovación Educativa. [Internet] [Consultado julio 2016]. Disponible en: <https://sites.google.com/site/tecnologiaeinovacioneducativa1/diagnostico-de-neesidades>

35. Arismendi E. Tipos Y Diseño De La Investigación [Internet] 2012. [Citado 20 de marzo de 2016]. Disponible en:

http://planificaciondeproyectosemirarismendi.blogspot.com/2013/04/tipos-y-diseno-de-la-investigacion_21.html

36. Estudios Transversales. [Internet]. [Consultado junio 2016]. Disponible en: http://www.gfmer.ch/Educacion_medica_Es/Pdf/Estudios_Transversales.pdf

37. Tamayo y Tamayo El proceso de investigación científica (5a ed.). México: Limusa. 2006 (p.88).

38. Alfaro, R. Aplicación del Proceso Enfermero, Fomentar el Cuidado en Colaboración (5ta ed.). Barcelona-España: MASSON, S.A. 2003.

39. Desarrollo del Conocimiento en Enfermería. Teoría Del Cuidado, Sabiduría Y Ética En La Práctica De La Enfermería. [Internet] 2013 [consultado 2 octubre 2016]. Disponible en: <http://desarrolloconocimientoenfermeria.blogspot.com/2013/12/teoria-del-cuidado-sabiduria-y-etica-en.html>

ANEXO 1
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS AL PACIENTE EN ESTADO
CRÍTICO

CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Yo, Rosmary Rivas con cédula de identidad 16443102 acepto ser el tutor de Trabajo Especial de Grado de Miroslava Eloisa Aranguren Lobo, titulado: **PROGRAMA DE ACTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA TAXONOMÍA DE LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN PARA LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES. ENERO- SEPTIEMBRE 2016.**

Para optar el título de Especialista de Enfermería en Cuidados al Paciente en Estado Crítico.

Constancia que se expide en Mérida a los 23 días del mes de Enero correspondiente al año 2016.

Lcda. Rosmary Rivas.

ANEXO 2

PROGRAMA DE ACTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA TAXONOMÍA DE LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN PARA LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES. ENERO- SEPTIEMBRE 2016.

El siguiente instrumento tiene como finalidad diagnosticar las necesidades de un protocolo de actuación para la reanimación cardiopulmonar de los usuarios críticamente enfermos. Es anónimo, por lo tanto, se agradece de antemano sinceridad al dar su respuesta a cada ítem. Gracias por ser parte de este estudio.

Instrucciones: Marca con una equis (X) tu respuesta, en una de las alternativas que se te ofrecen.

I PARTE:

A) Edad: a) 20 a 29 años ___ b) 30 a 39 años ___ c) 40 a 49 años ___

d) 50 a 59 años ___ e) > 60 años ___

B) Género: a) Masculino ___ b) Femenino ___

C) Experiencia Laboral en UCI:

a) < 5 año ___ b) 6 a 10 años ___ c) 11 a 15 años ___

d) 16 a 20 años ___ e) > 20 año ___

D) Grado académico:

a) Licenciado ___ b) Especialista ___ c) Magister ___ d) Otro ___

PARTE II:

Se requiere que analice de acuerdo a su experiencia, el siguiente formato según la escala sugerida. Marca con una equis (X) tu respuesta.

- 1- Siempre
- 2- Casi siempre
- 3- Algunas veces
- 4- Muy pocas veces
- 5- Nunca

PROPOSICIONES	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Muy pocas	Nunca
	1	2	3	4	5
1.- En el tiempo que tiene como miembro del equipo multidisciplinario en la UCI ha participado en una RCP.					
2.- En los últimos 5 años ha recibido talleres o cursos de actualización en RCP.					
3.- La UCI cuenta con parámetros clínico definidos que permita detectar signos de alarma temprana para RCP.					
4.- Ante la identificación del deterioro hemodinámico de una persona hospitalizada en la UCI el personal de enfermería cuenta con una la planificación de actividades para prevenir PCR.					
5.- El grupo multidisciplinario de la UCI que labora diariamente y en cada turno de trabajo está integrado por médicos y enfermeros especialistas en terapia intensiva.					
6.- En la práctica de RCP que ha presenciado ha logrado identificar debilidades en la aplicación de la técnica.					
7.- En la valoración de una persona hospitalizada en UCI como práctica de rutina Ud. observa y previene el PCR.					
8.- Al reconocer un PCR en UCI, cuenta el ambiente con algún sistema cercano que le permita activar al Equipo de Emergencias Médicas sin dejar a la persona que está presentando PCR.					
9.- Al reconocer PCR las decisiones del procedimiento a seguir las toma cualquier integrante del equipo multidisciplinario.					
10.- La práctica de RCP de alta calidad viene dado por una profundidad que no exceda 6cm, con una frecuencia no mayor de 120 por minutos y no más de 10 ventilaciones por minuto.					
11.- La concentración de CO ₂ luego de 20 min de reanimación es factor pronóstico de supervivencia cuenta la UCI con dispositivos para este tipo de monitoreo en todas áreas de hospitalización.					
12.- La naloxona y los esteroides son medicamentos de reanimación y se encuentra en el carro de paro.					
13.- Cada ambiente de hospitalización de UCI dispone de desfibriladores externos automáticos.					
14.- En la UCI los enfermeros disponen por jornada de una distribución en el rol de reanimadores en caso de RCP.					
15.- En un RCP la UCI cuanta con 5 reanimadores.					

16.- Al presentarse un PCR inicia las compresiones torácicas quien evidencia el evento					
17.- Al activarse el sistema de emergencia las actividades principales a realizar las cumple los reanimadores lego					
18.- Al activarse el sistema de emergencias médicas las actividades las asume cualquier persona del equipo multidisciplinario.					
19.- Es fácil identificar en la UCI los cuidados preventivos, durante y posteriores al PCR					
20.- Durante el PCR se lleva un registro de las actividades desarrolladas de forma secuencial					
21.- La sistematización para la práctica de RCP facilita el rol de reanimador en UCI					
22.- Comparar un PCR con otros sucesivos mejora la técnica aplicada en UCI					

www.bdigital.ula.ve

ANEXO 3

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CUIDADO AL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

En el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes se está realizando un proyecto de investigación titulado: **PROGRAMA DE ACTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA TAXONOMÍA DE LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN PARA LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES. ENERO-SEPTIEMBRE 2016.** Con el objetivo de Diseñar un protocolo de reanimación cardiopulmonar en la Unidad de Cuidados Intensivo. Yo, **Miroslava Aranguren Lobo** C.I **13.577.978.** Nacionalidad **Venezolana** Estado civil **Soltera.** Siendo mayor de edad, en uso pleno de mis facultades mentales y sin que medie coacción ni violencia alguna, en completo conocimiento de la naturaleza, forma, duración, propósito, inconvenientes y riesgos relacionados con el estudio que más abajo indico, declaro mediante la presente:

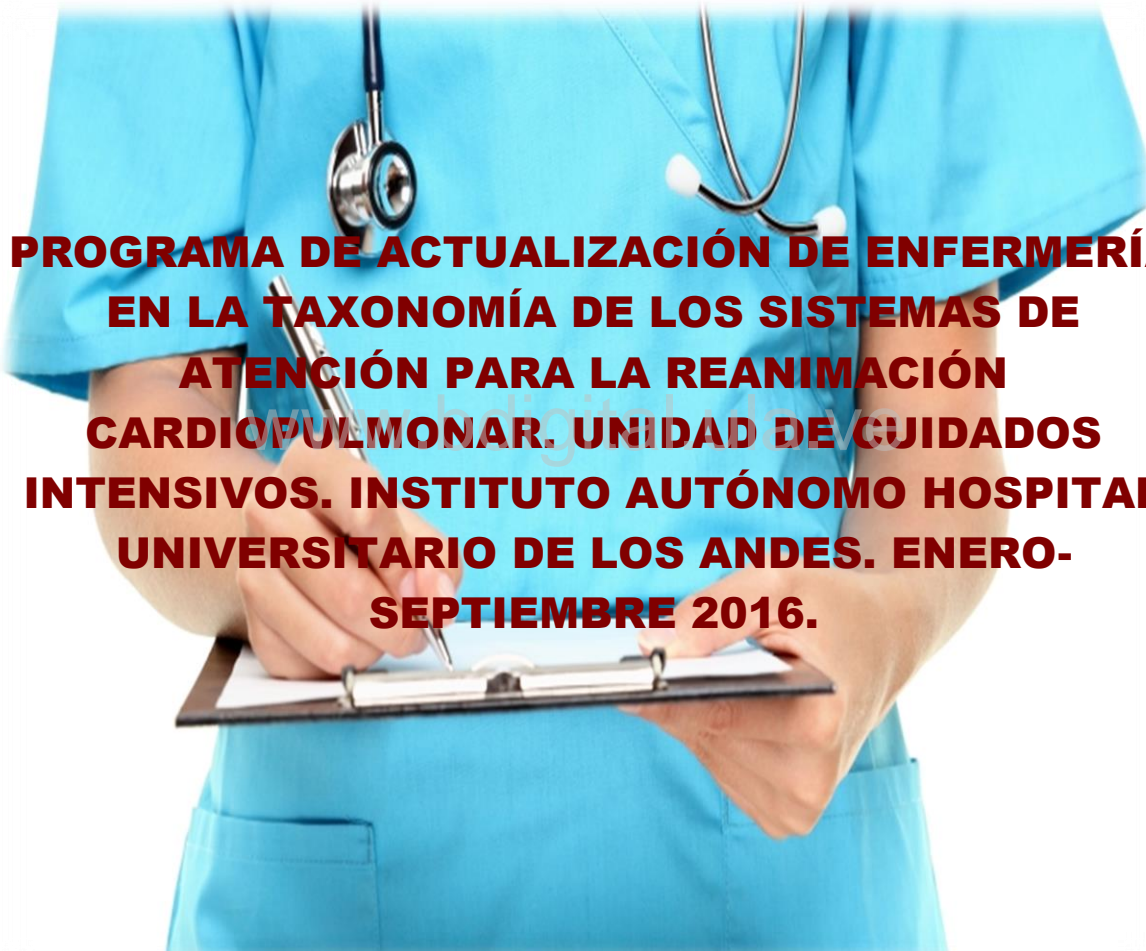
1.- Haber sido informado de manera objetiva, clara y sencilla, de todos los aspectos relacionados con este trabajo de investigación y tener conocimiento claro de los objetivos del mismo.

- 2.- Conocer bien el programa expuesto por el investigador, en el cual se establece que mi participación consiste en: Responder un instrumento tipo encuesta.
- 3.- Que mi participación en dicho estudio no tiene riesgos para mi salud.
- 4.- Que los datos obtenidos durante el estudio guardarán carácter confidencial.
- 5.- Que la información obtenida de la investigación, sobre mi participación, me será notificada por el equipo investigador responsable.
- 6.- Que cualquier pregunta tenga en relación con éste estudio, me será respondida oportunamente por parte del (la) responsable de la investigación: Lcdo.(a) Miroslava Eloisa Aranguren Lobo, Teléfono: 0416-7742020, Residente del postgrado de Enfermería en Cuidados al Paciente en Estado Crítico del IAHULA, quien usará la información obtenida para cumplir con su Trabajo Especial de Grado, o por el (la) Esp.(a) Rosmary Rivas, Teléfono: 0426-9745203. Profesora asistente de la Escuela de Enfermería.

www.bdigital.ula.ve

ANEXO A

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CUIDADO AL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO



**PROGRAMA DE ACTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA
EN LA TAXONOMÍA DE LOS SISTEMAS DE
ATENCIÓN PARA LA REANIMACIÓN
CARDIOPULMONAR. UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS. INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE LOS ANDES. ENERO-
SEPTIEMBRE 2016.**

AUTOR: MIROSLAVA ARANGUREN

TUTOR: ROSMARY RIVAS

Mérida, 2016.

INTRODUCCIÓN.

En la actualidad la práctica de la salud se convierte en un gran reto para los profesionales de la enfermería, esto debido a que los conocimientos de un enfermero en Venezuela exigen un enfoque integral por tal motivo deben ser conocimientos profundos y detallados.

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un escenario que cuenta con amplia variedad en nivel académico en cuanto a talento humano de enfermería, ya que hay licenciados con preparación básica en cuidados intensivos, licenciados en formación de especialización, especialista en cuidados al paciente en estado crítico, magister, entre otros, así lo demostró la fase diagnóstica que expresa que un 77% de la profesionales son especialista con una experiencia del 34% entre 6 a 10 años, lo que permite interpretar que es una población profesional joven que actualmente ocupa este escenario y que posiblemente permanecerá por largo tiempo.

De tal forma, que es necesario involucrar este talento humano para crear estrategias organizacionales innovadoras que permitan facilitar los procesos en la terapia intensiva. Partiendo de lo mencionado es que se propone un programa de actualización de enfermería en la taxonomía de los sistemas de atención para la reanimación cardiopulmonar (RCP), esto es con el fin de construir un sistema integrado de reanimación con una estructura definida donde los procesos estén establecidos para así lograr una evolución exitosa en el paciente hospitalizado en UCI y disminuir el rango de errores en RCP que se reportó en 63%.

El programa está conformado por tres áreas que son planificación del sistema de RCP, cuidados en RCP, autoevaluación, estas áreas seleccionada permitirán al profesional de enfermería analizar cada RCP practicado y a su vez evaluar los elementos que integran la taxonomía de los sistemas de atención como la estructura, el proceso, el sistema y la evolución del paciente. Otro aspecto importante es que los profesionales de la UCI respondieron en un 57% que la sistematización de la práctica de RCP facilitaría el rol de reanimador en UCI.

Justificación

Los programas educativos de salud permiten a las organizaciones mantenerse actualizados y son de gran utilidad porque a su vez permiten guiar en la práctica. La importancia que tiene el tema de salud conlleva a que surjan organizaciones mundiales para la creación de consensos internacionales, tal es el caso de la Asociación Americana del Corazón (AHA) que se reúne cada cinco años para discutir los nuevos cambios que surjan producto de las investigaciones y experiencias documentadas de todas partes del mundo, uno de los temas que mayor relevancia es el consenso de RCP que para el año 2015 se discutió y se dio a conocer una nueva perspectiva como lo es la taxonomía universal de los sistemas de atención. Esta propuesta la realiza la AHA para que cada centro prestador de salud la adapte según su escenario permitiendo que los cuidados se brinden de forma sistematizada logrando una mejora continua de calidad.

Es así como el programa de actualización de enfermería no solo pretende mostrar los cambios en el consenso de RCP para este próximo quinquenio, sino dar a

conocer que el éxito de la práctica de RCP dependerá de la organización con la que se desarrolle la actividad. Por otra parte en la fase diagnóstica se identificó que existe un 14% de los profesionales de enfermería que muy pocas veces han recibido cursos o talleres de actualización en RCP y a pesar de que es un porcentaje bajo es necesario fortalecer sus conocimientos porque una unidad de cuidados intensivos debe contar con 100% de reanimadores expertos.

Otro dato importante que se obtuvo en el diagnóstico fue que los profesionales de enfermería en un 26% nunca cuentan con planificación de actividades para prevenir una parada cardiopulmonar esto justifica aún más la creación del programa de actualización.

Misión

El programa de actualización de enfermería en la taxonomía de los sistemas de atención para reanimación cardiopulmonar fue diseñado para fortalecer los conocimientos de los profesionales que laboran en la UCI del IAHULA y de esta forma puedan brindar cuidados de enfermería de calidad.

Visión

El programa de actualización de enfermería en la taxonomía de los sistemas de atención para reanimación cardiopulmonar será una guía educativa referencial a nivel local, regional y nacional para la aplicación y difusión en otros establecimientos de salud que se interesen por mejorar la práctica de RCP.

Objetivos generales

1. Fortalecer el conocimiento sobre la taxonomía de los sistemas de atención en la reanimación cardiopulmonar a los profesionales de la enfermería
2. Guiar a los profesionales de enfermería en la aplicación de una reanimación cardiopulmonar efectiva
3. Garantizar la mejora continua de calidad en la unidad de cuidados intensivos

Campo de aplicación y población objeto

Este programa fue diseñado para ser aplicado en la UCI del IAHULA a todos los profesionales de la enfermería, con el propósito de facilitar las actividades relacionadas con la reanimación cardiopulmonar y ampliar sus conocimientos con relación a la temática.

Descripción del programa

El programa está conformado por tres elementos de gran relevancia como lo es la planificación del sistema de RCP, cuidados enfermeros y autoevaluación del sistema, de esta forma se abarca toda la taxonomía de los sistemas de atención la cual propone que la estructura la conforma los equipos, los profesionales y la educación y es en este aspecto donde se desarrollan los cuidados enfermeros; también establece que esta estructura debe guiarse por un proceso que no es otra cosa que protocolos, procedimientos o políticas institucionales tal como lo es el consenso que existe a nivel internacional de RCP descrito por la AHA, siendo así al

conjugar la estructura con el proceso se conforma un sistema que organizado logrará el éxito de RCP. La organización del RCP estará realizada según la necesidad de la UCI y tomando en cuenta los reanimadores lego y los reanimadores expertos, esta planificación contará con un número de personas con actividades definidas.

Y el proceso de autoevaluación es el último aspecto del programa pero no menos importante ya que este permitirá evidenciar los logros y la corrección de debilidades en la aplicación de RCP y esto se traducirá en la evolución del paciente donde se evidenciará la satisfacción, calidad y seguridad.

1. Sistematización de RCP en la UCI

Objetivo específico: Demostrar a los profesionales de enfermería de la UCI como planificar a los integrantes de RCP por jornada de trabajo	
Competencias	
<ol style="list-style-type: none"> 1. El enfermero coordinador realizará el plan de intervención para RCP. 2. El enfermero coordinador identificará quien es reanimador lego y experto. 3. El enfermero coordinador organizará los recursos materiales para RCP. 	
Actividad	Responsable
Planificación de intervenciones	Coordinador de turno
Identificación de riesgo de PCR	Enfermero a cargo del paciente y coordinador de turno
Cuidados preventivos de RCP/ paciente en riesgo	Reanimador experto
RCP	Cinco reanimadores con el paciente
Activación del sistema de emergencia	Enfermero a cargo del paciente
Compresiones	Primer reanimador experto
Ventilación	Segundo reanimador experto
Administración de Medicamentos de Reanimación y tiempo	Tercer reanimador experto o lego
Anotaciones de la secuencia PCR	Cuarto reanimador experto o lego
Desfibrilador o apoyo en RCP	Quinto reanimador experto o lego
Toma de decisiones	Reanimador experto preferiblemente segundo reanimador

2. Cuidados Enfermeros

Objetivo específico: reconocer, evaluar y analizar los cuidados de enfermería antes, durante y después de un paro cardiorespiratorio.
Cuidados Preventivos
Equipo multidisciplinario (médicos, enfermería, especialistas en terapia respiratoria, entre otros), cerca del paciente cuando se identifica un deterioro agudo. Ante un paciente en riesgo de PCR debe estar al cuidado de un reanimador experto. ¹
Equipos adecuados como son: Monitores multiparametros con su adecuado papel y alarmas encendidas, desfibrilador externo con gel y su batería cargada, Carro de paro con material para el manejo de apertura y aislamiento de vía aérea equipado y en el ambiente del paciente, capnógrafo, electrocardiograma con su respectivo papel. ²
Material de bioseguridad.
Mantener vías periféricas o central permeable.
Drogas preparadas como la adrenalina y no preparadas como son: atropina, amiodarona, Bloqueadores beta, Dopamina, Naloxona, esteroides, Gluconato de calcio, bicarbonato, sedante. ³
Causas precipitantes del paro, repasar las 6H y las 6T. Considerar causas posibles (hipovolemia, hipoxia, hidrogeniones, hipercaliemia/hipocaliemia, hipoglicemia, hipotermia, traumatismo, tóxicos, taponamiento cardiaco, neumotórax a tensión, trombosis coronaria, trombosis pulmonar). ⁴
Registros de forma sistémica, (material como papelería para que se registre cada evento).
Cuidados Durante RCP
-Iniciar compresiones torácicas con una frecuencia de 100 a 120 cpm. ¹
Reducir al mínimo las interrupciones. ¹
Comprimir a una profundidad mínima de 5 cm (2 pulgadas) y máxima a 6 cm (2,4 pulgadas). ¹
Permitir una descompresión torácica completa después de cada compresión, evitando apoyarse sobre el tórax entre las compresiones. ¹
Monitorizar al paciente, revisar la circulación (FV/TV sin pulso, asistolia, taquicardias, cardioversión o desfibrilación inmediata 100 J, 200 J, 300 J, 360 J TV, TPSV, FA, aleteo auricular). ⁴
Ventilar adecuadamente (2 ventilaciones después de 30 compresiones, realizando cada ventilación durante 1 segundo y asegurándose de que produce elevación torácica). ¹
Los pacientes que tengan colocado un dispositivo avanzado para la vía aérea, se recomienda una frecuencia de ventilaciones simplificada de 1 ventilación cada 6 seg (10 ventilaciones por minuto). ¹
Tomar pulso sin interrumpir las compresiones.
Obtener acceso venoso de gran calibre para la administración de medicamentos indicados.
Verificar el estado de conciencia.
Cuidados posteriores al RCP
- Examen físico completo detallado. ⁵

- Manejo de la hipotermia terapéutica. ⁶
- Control de exámenes de laboratorio, para corregir trastornos electrolíticos. ⁵
- Complicaciones de la reanimación.
- Hoja de observaciones de Enfermería en la Historia Clínica.
- Tras finalizar las maniobras de RCP, el personal de enfermería revisará el Carro de Paradas y repondrá el material utilizado inmediatamente según protocolo de la unidad. ³

3. Autoevaluación de Calidad en RCP en UCI

Objetivo específico: Presentar a los profesionales de enfermería de la UCI el Test de evaluación continua y mejora de calidad				
Competencia:				
<ol style="list-style-type: none"> 1. Los enfermeros de UCI de forma individualizada evaluarán el resultado del proceso e impacto del plan de cuidados según sea el caso 2. Los enfermeros de la UCI lograrán identificar sus fortalezas y debilidades en la práctica de RCP al aplicar la autoevaluación 3. Los enfermeros de la UCI lograrán mediante la práctica continua adoptar las propuestas descritas por el consenso de la AHA para el año 2015 				
Actividades Programadas	Cumplida	Interrumpida	Interrumpida y continua	no cumplida
En caso de riesgo de PCR				
Planificación de intervenciones para RCP				
Reanimador experto con el paciente				
Primer eslabón de la cadena de supervivencia				
Programación de alarmas tempranas y equipos de monitoreo				
Existencia de Reanimadores expertos				
Existencia de Reanimadores Legos				
En caso de RCP				
Activación del sistema de emergencias sin dejar al paciente				
Toma de decisiones por un reanimador experto				
Cinco reanimadores con el paciente				
Frecuencia de las compresiones de 100 a 120 por minuto				
Profundidad de la compresión no mayor de 6cm en adulto				
Permite la descompresión completa				
Ventilación 1 cada 6 segundos				
Midió dióxido de carbono al final de la espiración				
Compresión ventilación sin dispositivo				
Compresión ventilación con dispositivo				
Verifica pulso en menos de 10 segundos				
Administración de naloxona en caso de tóxicos por opioides				
Administración de adrenalina inmediato a la identificación del PCR con ritmo no desfibrilable.				
Se mantuvo el intervalo de tiempo para la administración de la				

adrenalina.				
Uso algún esteroide				
Uso del desfibrilador				
Uso de equipo de bioseguridad				
En caso de post RCP				
Reanimador experto con el paciente				
Monitoreo continuo del paciente				
Valora estado neurológico del paciente				
Manejo específico de la temperatura				
Mantiene presión arterial sistólica mayor 100mmHg				
Uso de betabloqueante por causa de arritmia ventricular				
Realizo Electrocardiograma				
Reactivo cuidados preventivos				

www.bdigital.ula.ve

BIBLIOGRAFÍA

1. American Heart Association Guidelines 2015/CPR&ECC. Aspectos destacados de la actualización de las guías de la AHA para RCP y ACE de 2015 página 3. Disponible en: <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Spanish.pdf>
2. Prudencio C. Vassallo J. Sarli M. Manual de Reanimación Cardiopulmonar Básico para Estudiantes de Medicina. Sociedad Argentina de Pediatría. 2011. Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/noticias/manual%20rcp.pdf>
3. PLAN DE ASISTENCIA AL PARO CARDIORRESPIRATORIO EN EL HOSPITAL SAN AGUSTÍN. Marzo 2009. Disponible en: https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_SESPA/AS_Areas%20Sanitarias/AS_Area%20VII/PCR_MEDICO_ENFERMERIA_PEPEL_2009.pdf
4. Peña G, y Fuentes A. Proceso enfermero en la reanimación cardiopulmonar avanzada. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. México 2002. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2002/acs021az.pdf>
5. Achuy D. Rol del Profesional de Enfermería en la Reanimación Cardiopulmonar de Adulto. Revista de Actualizaciones en Enfermería. Vol. 12 No. 3. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-123/roldelprofesionaenenfermeria/>
6. Puga A. Soporte Vital Avanzado. Cuidados post-resucitación. Hipotermia Terapéutica. UNIVERSIDAD DE ALMERÍA 2012-2013. Disponible en: <http://repositorio.ual.es:8080/jspui/bitstream/10835/2512/1/Ana%20P%20Puga%20Mendoza.%20Trabajo%20Fin%20de%20Grado.%20%20Junio%202013.pdf>.