

FCM



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CICLO DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA**

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE RCP QUE POSEEN LOS PROFESIONALES ENFERMEROS/AS, MEDICOS/AS DEL SERVICIO DE CLINICA MEDICA DEL HOSPITAL DR. GUILLERMO RAWSON DE LA PROVINCIA DE SAN JUAN, ARGENTINA.”

Autores

Amante Eduardo Andrés

Molina Nicolás

Riveros Alejandra

Lugar

CIUDAD DE MENDOZA, ARGENTINA

Año

2018

ADVERTENCIA

“ EL PRESENTE ESTUDIO DE INVESTIGACION ES PROPIEDAD DE LA ESCUELA DE ENFERMERIA, FACULTAD DE CIENCIA MEDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO, Y NO PUEDE SER PUBLICADO, COPIADO NI CITADO EN TODO O EN PARTE , SIN EL PREVIO CONSENTIMIENTO DE LA CITADA ESCUELA O DEL AUTOR O LOS AUTORES”

ACTA DE APROBACIÓN

Presidente:.....

Vocal 1:.....

Vocal 2:.....

Trabajo aprobado el:...../...../.....

AGRADECIMIENTOS

A nuestras familias por estar siempre presente, a nuestros padres por educarnos como personas de bien inculcándonos los valores y principios necesarios para amar esta profesión.-

A nuestros esposos/as, parejas por ese apoyo incondicional que solo es posible cuando se ama de verdad.-

Y un agradecimiento muy especial a nuestros hijos por transformarse en nuestro motor impulsor, por que verlos crecer felices nos alcanza para saber que todo esfuerzo tiene sentido.-

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a todos aquellos profesionales de la salud que con mucho esfuerzo pierden momentos con sus seres queridos, para brindar atención a los más necesitados buscando incansablemente una mejoría en nuestro sistema de salud , como la superación personal y profesional.

También dedicamos este estudio, A Dios que nos ha dado la fortaleza para continuar hasta el último momento en esta carrera,

A nuestros compañeros y profesores por guiarnos, aconsejarnos, lo cual fue un apoyo para alcanzar los objetivos trazados en esta materia.-

Amante Andrés
Molina Nicolás
Riveros Alejandra

PREFACIO

En todo el mundo se registran cada año más de 135 millones de fallecimientos por causa cardiovasculares y la prevalencia de la enfermedad coronaria va en aumento (Ahern RM, et al; 2011). En Argentina se estima que cada año 40.000 personas mueren por muerte súbita. La estimación surge de cifras extrapoladas de países de la región, debido a que no hay estadísticas oficiales nacionales.

Los pacientes con paro cardíaco intrahospitalario, con frecuencia sufren múltiples enfermedades asociadas y la causa del paro cardíaco suele ser multisectorial.

Según los datos de registro de EEUU y ARG se producen unos 200.000 paros cardíacos intrahospitalario por año y el 17,6% de los pacientes sobreviven hasta el alta hospitalaria. EL 25% DE LOS pacientes llegan a la consulta con fibrilación ventricular o taquicardia ventricular sin pulso. Estos pacientes tienen mejor supervivencia debido a que ocurre en el ámbito intrahospitalario, ya que son presenciados por el equipo interdisciplinar (médicos/cas enfermeros/ras) lo cual comienzan rápidamente con RCP (Resucitación cardiopulmonar).¹

¹ Reanimación cardiopulmonar Medicina General Art 26, Nov 2012. www.intramed.net

INDICE GENERAL

1. CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Introducción	Pág. 1
1.2 Planteo del problema	Pág. 2
1.3 Objetivo General y Específicos	Pág. 2
1.4 Justificación	Pág. 3
1.5 Marco Teórico	Pág. 5
Epidemiología	Pág. 5
Etiología	Pág. 6
Conceptos RCP	Pág. 7
Fibrilación ventricular / Desfibrilación	Pág. 8
Cadena de supervivencia. Paro IHP	Pág. 9
Compresiones Torácicas	Pág. 10
Apertura Vías Aéreas. Respiración	Pág. 11
Dinámica de rendimiento	Pág. 11
Fármacos y vías de acceso	Pág. 14
Finalización de reanimación IHP	Pág. 14
Teoría de enfermería	Pág. 16

2. CAPITULO II DISEÑO METODOLOGICO

2.1 Tipo de estudio	Pág. 18
2.2 Área de estudio	Pág. 18
2.3 Población y Muestra	Pág. 18
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	Pág. 19
2.5 Operacionalización de variables	Pág. 20
2.6 Análisis e interpretación de datos	Pág. 23

3 CAPITULO III RESULTADOS, DISCUSION Y PROPUESTAS

3.1 Resumen de resultados relevantes	Pág. 37
3.2 Conclusión	Pág. 43
3.3 Propuestas de acción de acuerdo a los resultados	Pág. 44

4 ANEXOS E INDICES

4.1 Bibliografía	Pág. 45
Anexo 1 y 2: Cadena de supervivencia y compresiones torácicas.	Pág. 46
Anexo 3 y 4 : Apertura vías aéreas , desfibrilación automático externo DEA	Pág. 47
Anexo 5 : Posicionamiento del equipo de alto rendimiento	Pág. 48
Anexo 6 : Formulario	Pág. 49
Anexo 7: Consentimiento informado	Pág. 53
Anexo 8 : Tabulación de datos	Pág. 54

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1-1 Introducción

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es la detención del latido cardíaco y de la respiración de una persona, lo que conlleva una interrupción de la circulación sanguínea, y por consiguiente, una pérdida de conciencia por anoxia cerebral que puede conducir a lesiones tisulares irreversibles y a la muerte biológica. La PCR tiene la característica de ser brusca, inesperada y potencialmente reversible y cursa con un deterioro rápido y progresivo de los órganos vitales, por lo que el factor tiempo es importante

La Recuperación cardiopulmonar (RCP) es el conjunto de medidas realizadas de manera secuencial para revertir el estado del paro cardíaco y respiratorio. La RCP entra dentro del Soporte Vital (SV), que engloba también medidas de prevención frente a la PCR, y la continuación de la cadena de supervivencia: detección precoz de la parada, alerta a los servicios de emergencias, comienzo de las compresiones (RCP) y desfibrilación precoz. Ambos términos se usan a menudo indistintamente, así como primeros auxilios y RCP.

A través del presente trabajo investigativo se trata de dilucidar cuál es el conocimiento que acompaña al personal médico-enfermo que se desempeña en el servicio de clínica médica del hospital Dr. Guillermo Rawson de la provincia de San Juan, al intervenir en un RCP.-

Para lo cual después del planteamiento del problema, se procede a definir el objetivo general y los objetivos específicos. Buscando un sustento científico confiable descrito en las fuentes bibliográficas y referencias electrónicas consultadas para tal fin.

Como diseño metodológico se elige abordar una investigación cuantitativa, retrospectiva, transversal y descriptiva, estableciendo la encuesta como técnica de recolección de datos aplicada a una muestra de estudio conformada por 30 médicos/as, enfermeros/as que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.-

Después de la tabulación de los datos obtenidos se logra el análisis e interpretación de los resultados pudiendo elaborar una propuesta de acción y dejando una base científica para futuras investigaciones.-

1.2 Planteo del problema

Formulación del problema:

¿Qué conocimiento sobre RCP poseen los integrantes del equipo de enfermeros/as y médicos/as del servicio clínica médica del hospital Dr. Guillermo Rawson de la provincia de San Juan en el periodo del 2018?

1.3 Objetivo general:

Describir y analizar el conocimiento sobre RCP que poseen los integrantes del equipo de enfermeros/as y médicos/as del servicio clínica médica del hospital Dr. Guillermo Rawson de la provincia de San Juan en el periodo del 2018?

Objetivos específicos:

- 1-Categorizar la población por profesión
- 2-Categorizar la población por antigüedad
- 3-Categorizar la población por edad.-
- 4-Especificar qué tipo de formación tuvo el equipo interdisciplinar sobre RCP.-
- 5-Comprobar si los conocimientos adquiridos sobre RCP son actuales.-
- 6-Conocer si el servicio de clínica médica cuenta con protocolo de procedimiento sobre RCP.-
- 7-Determinar si en el servicio de clínica médica se cuenta con todo en instrumental necesario para la realización de RCP.
- 8-Determinar como reconoce el personal cuando un paciente se encuentra en paro-cardíaco.
- 9- Establecer que acción realiza el personal Después de reconocer que el paciente está en paro
- 10- Definir como debe actuar el personal para realizar un RCP con éxito.
- 11-Definir funciones para realizar un buena maniobra de reanimación.
- 12-En cuanto a las compresiones torácicas, señalar
- 13-Definir como es el manejo de la vía aérea.
- 14-Acordar sobre la utilización de fármacos.
- 15-Delimitar quien decide sobre la finalización de los esfuerzo de RCP.

1-4: Justificación:

En la actualización de las guías de la AHA (American Heart Association) de 2015 para RCP se revisaron datos que evidencian que tanto a nivel intrahospitalario como extra hospitalario, muchos pacientes con paro cardiaco no reciben un RCP de alta calidad y que la mayoría de ellos no sobrevive [2].-

El servicio de Clínica Médica del hospital Dr. Guillermo Rawson de San Juan, brinda cuidados a pacientes oncológicos, neutropénicos, inmunocomprometidos, de serología positiva, trasplantados renales, fistulizados, cardiológicos ginecológicos con patología clínica de base, traqueostomizados, poli traumatizados, pacientes derivados de consultorios externos o de terapia intensiva entre otros. Por lo tanto el personal médico/as, enfermeros/as se enfrentan constantemente a un importante reto: actuar como un equipo capaz de implementar e integrar el soporte vital tanto básico como avanzado para salvar la vida de sus pacientes ante PCR.-

Mediante el presente estudio de investigación se intenta visualizar los desfases que se presentan al momento en que el equipo de médicos y enfermeros deben resolver un paro cardiaco en el servicio de Clínica Médica.

1-5: Resumen:

Las intervenciones realizadas ante un RCP, no siempre son satisfactorias, por lo que se decide realizar una investigación para dilucidar qué conocimiento sobre RCP poseen los integrantes del equipo de enfermeros/as y médicos/as del servicio clínica médica del hospital Dr. Guillermo Rawson de la provincia de San Juan.-

Para tal fin se organiza el presente estudio investigativo en tres capítulos que se detallan a continuación.-

Capítulo 1: Planteamiento del Problema:

Donde se establece un objetivo general y objetivos específicos, con su debida justificación y sustento científico descrito en un marco teórico

Capítulo 2: Diseño metodológico:

Tiene un enfoque cuantitativo, retrospectivo, transversal y descriptivo, destinado solo a establecer como es el nivel de conocimiento sobre RCP del equipo de enfermeros/as y médicos/as del servicio clínica y sembrar bases para futuras investigaciones. Como elemento de recolección de datos se utiliza la encuesta realizada a 30 personas integrantes del plantel médico-enfermeros que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión establecida. Se realiza la Operacionalización de variables, Análisis e interpretación de datos

Capítulo 3: Resultados discusión y propuesta.-

1.6 Marco Teórico

Introducción

Más de la mitad de los paros cardíacos intrahospitalario se deben a una insuficiencia respiratoria o un shock hipovolémico, y la mayoría de estos eventos se pueden presagiar por cambios fisiológicos, como la taquipnea, la taquicardia y la hipotensión. De este modo, el paro cardíaco intrahospitalario representa a menudo la progresión de la inestabilidad fisiológica y plasma la incapacidad para identificar y estabilizar el paciente a tiempo. Este escenario es más habitual en las unidades de medicina general, fuera del área de cuidados intensivos, donde las relaciones paciente-enfermero son más elevadas y la monitorización de los pacientes menos intensa

En este contexto el personal médico-enfermería que se desempeñan en el servicio de Clínica Médica del hospital Dr., Guillermo Rawson de la provincia de San Juan, están obligados a poseer conocimientos de punta y habilidades necesarias para hacer frente a esta emergencia médica que es la causante de más de la mitad de los decesos ocurridos por patologías cardíacas, respiratorias, cerebro vasculares y traumáticas.

El PCR significa un colapso en la perfusión tisular cuyas consecuencias son determinadas por el daño producido a los órganos más temprana y severamente afectados. La magnitud del daño producido dependerá de la condición previa del paciente y del tiempo que tome retornar a la circulación normal.

Los órganos más tempranamente afectados por el colapso circulatorio son el cerebro y corazón, el daño producido a estos órganos, especialmente al cerebro, determinan el pronóstico del paciente que ha sufrido un PCR.

No existen estudios de evaluación y capacitación periódica del personal médico-enfermería que atiende en el servicio de Clínica Médica de dicho nosocomio; motivo por el cual es necesario saber el nivel de conocimiento que poseen los mismos respecto a las normas de reanimación cardiopulmonar.

Epidemiología:

En todo el mundo se registran cada año más de 135 millones de fallecimientos por causas cardiovasculares y la prevalencia de la enfermedad coronaria va en aumento.

En el entorno hospitalario, la tasa de supervivencia al paro cardíaco en pacientes adultos es del 25,5% en el 2015. Tendencia que va en aumento en relación al 23,1% de supervivencia del año 2012.-

En la Argentina la muerte súbita produce entre 30 000 y 40 000 muertes al año, representando alrededor de una muerte cada quince minutos. En tanto las causas de la muerte súbita son en un 90% a 95% de los casos por un ataque cardíaco.

El porcentaje restante, entre un 5% y 10% tiene su origen en una multiplicidad de causas también frecuentes, tales como asfixia, intoxicación por gases tóxicos, accidentes cerebro-vasculares, etc.

Etiología:

El grupo de riesgo incluye a pacientes entre los 50 y 70 años, más frecuente en el hombre. El 80 % de los casos se presenta como una fibrilación ventricular (FV) o una taquicardia ventricular (TV) sin pulso, originada en una porción de miocardio agudamente infartado o isquémico, o en una cicatriz de infarto antiguo. Es en este grupo en el que se reportan las mayores sobrevividas (4% a 33%).

Etiopatogenia del Paro Cardiorrespiratorio

Cardiovasculares

- Infarto Agudo al miocardio.
- Disritmias. (FV/ TVSP, bradicardias, Bloqueos A-V I y II grado)
- Embolismo Pulmonar.
- Taponamiento Cardíaco.

Respiratorias

- Obstrucción de la vía aérea.
- Depresión del Centro Respiratorio.
- Bronco aspiración.
- Ahogamiento o asfixia.
- Neumotórax a tensión.
- Insuficiencia respiratoria.

Metabólicas

- Hiperpotasemia.
- Hipopotasemia.

Traumatismo

- Craneoencefálico.
- Torácico
- Lesión de grandes vasos.
- Hemorragia Interna o externa.

Shock Hipotermia Iatrogénicas

- Sobredosificación de agentes anestésicos.

Fisiopatología:

El PCR significa un colapso en la perfusión tisular cuyas consecuencias son determinadas por el daño producido a los órganos. La magnitud del daño producido dependerá de la condición previa del paciente y del tiempo que tome retomar a la circulación normal. Los órganos más tempranamente afectados por el colapso circulatorio son el cerebro y el corazón. El daño producido a estos órganos especialmente el cerebro determina el pronóstico del paciente que ha sufrido un PCR.-

Conceptos más relevantes:

Paro cardíaco (PC): Según BONOW, 2012, *"la parada cardíaca se caracteriza por la pérdida repentina de la consciencia causada por la falta de flujo sanguíneo cerebral adecuado por un fallo en la función de bomba del corazón"*. Casi siempre da lugar a la muerte sin una intervención satisfactoria.²-

Paro cardiorrespiratorio (PCR): El paro cardio respiratorio se puntualiza como una paralización brusca, inadvertida y potencialmente reversible de la circulación y la respiración espontánea. De no intervenir inmediatamente finaliza en un fallecimiento (PAREDES, M 2009)

Reanimación o resucitación cardiopulmonar (RCP) *"La técnica utilizada para revertir un paro cardiorrespiratorio es la resucitación cardiopulmonar que*

² American Heart Association. Soporte vital cardiovascular avanzado". Libro del proveedor.booksmedi-

entiende un agregado de maniobras generalizadas de aplicación ordenada, sustituyendo la circulación espontánea y respiración e intentando su recuperación” (ASSOCIATION, 2012)³⁴⁵

Resucitación Cardiopulmonar Básica (RCPB): Agrupa un conjunto de conocimientos y habilidades para identificar a las víctimas con posible PCR, alertar a los sistemas de emergencia y realizar una sustitución (aunque precaria) de las funciones respiratoria y circulatoria, hasta el momento que la víctima pueda recibir el tratamiento calificado.⁶

Soporte Vital Básico (SVB): Atención sanitaria indicado a pacientes o accidentados con enfermedades o lesiones que amenazan su vida; las técnicas de SVB se aplican, fundamentalmente, en emergencias pre-hospitalarias, sin utilizar equipos médicos y hasta que la víctima reciba asistencia médica completa. Concepto más actual que supera el de RCPB. (AHA2012)⁷⁸

Resucitación Cardiopulmonar Avanzada (RCPA): Agrupa el conjunto de conocimientos, técnicas y maniobras dirigidas a proporcionar el tratamiento definitivo a las situaciones de PCR, optimizando la sustitución de las funciones respiratorias y circulatorias hasta el momento en que estas se recuperen.

Soporte Vital Avanzado (SVA): Atención médica proporcionada por profesionales capacitados para evaluar la situación del paciente, administrar medicación, efectuar desfibrilación, realizar el manejo avanzado de la vía aérea y garantizar el acceso circulatorio antes del transportar el paciente al hospital o dentro del mismo hospital.

Este concepto que supera el de RCPA y en el caso del SVA cardiaco se contemplan los cuidados intensivos iniciales para enfermos cardiológicos críticos.

³ American Heart Association. "Soporte vital cardiovascular avanzado". Libro del proveedor .booksmedicos.org

⁴ Ibid.3 libro del proveedor.booksmedicos.org

⁸ AHA American Heart Association 2010. <http://www.heart.org/idc/groups/heart>.

Fibrilación ventricular

En la mayor parte de los casos la muerte súbita cardíaca se produce en el contexto de un síndrome coronario agudo (angina de pecho – infarto agudo de miocardio). En estos casos, el ritmo inicial más común en una parada cardíaca es la fibrilación (FV) (hasta el 90% de los casos de parada cardíaca en adultos).

La FV es un ritmo en el que se produce una despolarización desorganizada del ventrículo, de forma que los ventrículos no se contraen de forma eficaz y desaparece la circulación espontánea. La FV es un ritmo transitorio, ya que tiende a convertirse en asistolia (ausencia de actividad eléctrica cardíaca) en pocos minutos: a los 4-8 minutos después de la parada cardíaca sólo en 50% de los pacientes están aún en FV, mientras que a los 10 minutos la gran mayoría han pasado a asistolia.

Desfibrilación

La desfibrilación consiste en la aplicación de una descarga eléctrica que despolariza el miocardio por completo, produciendo una asistolia transitoria, dando una oportunidad para que el marcapasos y los sistemas de conducción eléctrica naturales del corazón reasuman una actividad normal, que sea capaz de producir una contracción ventricular eficaz y con ello reiniciar la circulación espontánea en el paciente. (Anexo 4)

El tiempo que se tarde en iniciar la desfibrilación es determinante para el éxito de la reanimación; las medidas de reanimación cardiopulmonar (RCP) básica iniciadas precozmente ayudan a que el porcentaje de éxitos de la reanimación sea mayor, pero por si solas no revierten una FV.

Una RCP básica precoz permite mantener un tiempo al paciente hasta que se disponga de un desfibrilador (es el desfibrilador el que salva la vida del paciente). Cada minuto sin RCPB la supervivencia disminuye un 10-12%

La resucitación tendrá más éxito si se realiza una desfibrilación durante los primeros 5 minutos tras el paro por FV. La RCPB eficaz es importante antes y después de la descarga, sobre todo si la descarga va a tardar más de 5 minutos.⁹

Las recomendaciones (AHA2015) indican que las pausas pre y pos descarga de menos de 10 segundos se asocian con mejores resultados. Se mantiene en las recomendaciones del 2015 que la pausa pre descarga debe ser reducida a un mínimo absoluto; ya que incluso un retraso de 5-10 segundos reduce las posibilidades de éxito de la desfibrilación.

Con respecto a la pausa pos descarga, las guías indican que la pausa post-desfibrilación se minimiza reiniciando las compresiones torácicas inmediatamente tras la desfibrilación.

Modelo de 3 fases para las víctimas de PCR por FV:

- Fase eléctrica (Primeros 4 minutos): Se le denomina así debido a que la principal causa de PCR son los trastornos del ritmo cardiaco. El corazón aún tiene flujo sanguíneo, por lo que esta fase se beneficia de una desfibrilación precoz.
- Fase circulatoria (Entre los 4 -10 minutos): Sobre los 4 minutos el flujo cae a cero. En esta fase necesitamos sustituir la función de bomba del corazón, por lo que se recomienda realizar RCP antes de la desfibrilación, para asegurar una presión de perfusión y preparar al corazón para recibir la descarga eléctrica.
- Fase metabólica (>10 minutos): Se producen cambios metabólicos secundarios a la isquemia global estableciéndose un síndrome sepsis-like, con vasoplejia etc.

Cadena de supervivencia en los paros cardiacos intrahospitalario (PCIH):

Se llama cadena de supervivencia en paros cardiacos intrahospitalario a los pasos a seguir en casos de emergencias cardiorrespiratoria en pacientes hospitalizados. (Anexo 1)

1° eslabón: vigilancia y prevención

2° eslabon: reconocimiento y activación del sistema de respuesta de emergencias.-

⁹ Bonow, R and others." Tratado de cardiología ", novena edición , editorial Elsevir, año 2012, tomo

1,(pág. 872)

Compruebe si el paciente responde: Golpee ligeramente y pregunte en voz alta "¿está bien?"

Pida ayuda en voz alta/Active sistema de respuesta a emergencia y traiga el Desfibrilador (DEA):

3° eslabón: RCP de calidad.-

- Compruebe la respiración y el pulso: confirme si hay respiración y si es normal (no respira o solo jadea/boquea) observando o examinando el pecho para detectar movimiento (entre 5 y 10 segundos). Si es posible, la comprobación del pulso se realiza al mismo tiempo que la comprobación de la respiración para reducir el retraso en la detención del paro cardíaco y el inicio de RCP.
- Si no hay pulso a los 10 segundos, inicie RCP empezando por las compresiones torácicas.
- Si hay pulso, inicie la ventilación de rescate con 1 respiración cada 5 a 6 segundos. Compruebe el pulso cada 2 minutos aproximadamente

4° Eslabón: desfibrilación rápida.-

Compruebe si el ritmo es susceptible de descarga con un DEA tan pronto disponga de uno. Administre la descarga según lo indicado. Cada descarga debe ir acompañada de inmediato de la continuidad de RCP

5° Eslabón: Soporte vital avanzado y cuidados por paro cardíaco. (Anexo 1)

Compresiones torácicas

Según las guías AHA del 2015, la RCP de alta calidad sigue siendo esencial para mejorar los resultados. Los que realizan RCP deberían asegurar compresiones torácicas de profundidad adecuada (aproximadamente 5 cm pero no más de 6 cm en el adulto medio) con una frecuencia de 100-120 compresiones por minuto. Permitir que el tórax se re expanda completamente tras cada compresión minimizar las interrupciones en las compresiones. (Anexo2)

Apertura de la vía aérea

Según Balcázar, E (2015), "*La vía aérea de una persona inconsciente boca arriba, esta obstruida por la lengua, por eso se debe posicionar la cabeza con la maniobra frente-mentón con hiperextensión cervical.*"

Respiracion

Cuando se administren las dos respiraciones de rescate/ventilaciones, emplear aproximadamente 1 segundo para insuflar el tórax con un volumen suficiente para asegurar que el tórax se eleve visiblemente. No interrumpir las compresiones torácicas durante más de 10 segundos para administrar ventilaciones

En caso de no poseer método de barrera NO VENTILE. Realice 200 compresiones seguidas en un tiempo de 2 minutos.

Dinamica efectiva de los equipos de alto desempeño

La mayoría de los intentos de reanimación con éxito requieren que los profesionales de la salud lleven a cabo varias intervenciones de forma simultánea. Si bien un único testigo presencial con conocimientos de las técnicas de RCP puede reanimar a un paciente tras los primeros intentos de un colapso, la mayoría de los intentos de reanimación con éxito requieren los esfuerzos conjuntos de varios profesionales de la salud. El trabajo en equipo eficaz divide las tareas y se multiplican las probabilidades de lograr la reanimación.

Cada miembro del equipo debe conocer sus funciones y sus responsabilidades.

Funcion del lider de equipo:

- ✓ Organizar el grupo.
- ✓ Supervisar las actuaciones individuales de los miembros del equipo.
- ✓ Informa a los miembros del equipo.
- ✓ Coordina una respuesta de equipo excelente.
- ✓ Entrena y asesora.
- ✓ Facilita explicaciones.
- ✓ Se centra en el cuidado integral del paciente.

Funcion del los miembros del equipo:

- ✓ Identificar con claridad las tareas de su función.
- ✓ Estar preparados para cumplir las responsabilidades de su función.
- ✓ Tener práctica suficiente en las habilidades de reanimación.-
- ✓ Conocer los algoritmos.
- ✓ Comprometer con el éxito de la reanimación.

Elementos de la dinamica efectiva de los equipos de alto desempeño:

Responsabilidades y Funciones claras

Cada miembro del equipo debe conocer sus funciones y sus responsabilidades (ver anexo 5)

El lider del equipo define claramente todas las funciones de los integrantes del equipo en el entorno clínico.-

Los miembros del equipo intentan y realizan tareas claramente definidas y son apropiadas a sus niveles de competencia. Piden una tarea o funcion nueva si no es capaz de realizar la que tiene asignada por que supera su nivel de experiencia o competencia.-

Conocer las limitaciones:

Todos los miembros del equipo deben conocer sus propias limitaciones y el lider tambien debe ser consciente de estas carencias.

Lider y miembros del equipo solicitan ayuda temprana en lugar de esperar a que el paciente empeore hasta el punto de que la ayuda sea critica, piden consejo a personal de más experiencia cuando el estado del paciente empeora incluso despues del tratamiento inicial.-

Intervenciones constructivas:

Durante el intento de reanimacion, el lider o miembro del equipo podria tener que intervenir si se va a realizar algo que podria resultar inapropiado en ese momento. El lider pide que se inicie una intervencion distinta si tiene una mayor prioridad. Los miembros del equipo pueden sugerir una dosis o un farmaco alternativo con confianza. Interpelan a un compañero que esta apunto de cometer un error.-

Circuito cerrado de comunicacion:

Al comunicarse con los miembros del equipo de reanimacion, el lider establecera un circuito cerrado de comunicación tomando estos pasos:

- 1- El lider da un mensaje, orden o tarea a un miembro del equipo.-
- 2- Al recibir una respuesta clara con contacto visual, el lider del equipo confirma que el miembro ha oido y comprendido el mensaje.-

- 3- Antes de asignar otra tarea, el líder espera hasta oír que el miembro del equipo confirma que ha realizado la tarea.-

Todos los profesionales de la salud deben dar mensajes y órdenes con calma y de forma directa, sin gritar ni chillar.-

Respeto mutuo:

Los mejores equipos se componen de miembros que se tratan con respeto mutuo y colaboran con camaradería prestandose apoyo.-

El líder y miembros del equipo deben hablar con un tono de voz controlado y agradable. Evitar gritar o mostrarse irritados si no se les entiende inicialmente.

“El líder confirma las tareas completas correctamente diciendo gracias buen trabajo”¹⁰

¹⁰Aspectos destacados de la actualización de la guía de AHA para RCP Y ACE. [HTTP://eccguidelines.hearts.org/...2015/AHA GUIDELINES-HIGHLIGHTS-SPANISH](http://eccguidelines.hearts.org/...2015/AHA_GUIDELINES-HIGHLIGHTS-SPANISH).

Via de acceso para los farmacos:

Las prioridades durante el paro cardiaco son: RCP de alta calidad y desfibrilacion precoz, la insercion de un dispositivo avanzado para las vias aéreas y la administración de farmacos tienen una importancia secundaria. Se prefiere un acceso EV periférico para la administración de farmacos y líquidos, a menos que ya haya disponible un acceso a una vía central. El establecimiento de una vía periférica no requiere la interrupcion de la RCP. Sin embargo, los farmacos requieren de 1 a 2 minutos para alcanzar la circulación central cuando se administran mediante una via EV.

VASOPRESORES utilizados durante el paro cardiaco:

Los vasopresores optimizan el gasto cardiaco y la presión arterial. El vasopresor que se emplea de forma habitual durante el paro cardiaco es:

ADRENALINA: 1 mg ev (cada 3 a 5 minutos)

Recuerde acompañar cada dosis administrada mediante inyección periférica con 20 ml de solución de lavado o líquido EV y eleve la extremidad por encima del nivel del corazón durante 10 a 20 segundos para facilitar la administración del fármaco a la circulación central.-

Finalización de los esfuerzos de reanimación intrahospitalaria.

*“Si los profesionales de la salud no pueden identificar una causa subyacente con rapidez y el paciente no responde a las intervenciones, SVB/BLS y SVCA/ACLS, deberá considerarse la finalización de todos los esfuerzos de reanimación”.*¹¹

La decisión de finalizar con los esfuerzos de reanimación recae en el médico responsable del tratamiento del hospital y se basa en las consideraciones de muchos factores como por ejemplo:

- ✓ Tiempo desde colapso hasta RCP.
- ✓ Tiempo desde el colapso hasta primer intento de desfibrilación.
- ✓ Enfermedades comorbidas.
- ✓ Estado pre paro cardíaco.
- ✓ Ritmo inicial del paro cardíaco.
- ✓ Respuesta de las medidas de reanimación.

ETCO₂ (medición de la concentración de CO₂ espirado) inferior a 10 al cabo de 20 minutos de RCP.

¹¹ Actualización en paro cardiorrespiratorio y resucitación. Rev. Medicina y Humanidades Vol1 año 2014.

Teoría de enfermería

"La enfermera(o) que desarrolla su labor en el área asistencial, cada vez que afronta una situación realiza un aprendizaje que puede generarse por elementos de Transformación o por repetición (Guimarães –Oliveira 2005)", " La enfermera(o) debe crear un ambiente de organización, con la Finalidad de ejercer una práctica clínica en plenitud y con éxito." (Balasco 2008).-

De novata a experta (Brykczynski, 2005)

Importantes autoras como Patricia Benner han influenciado la creciente tendencia de conceptualizar la ética, siendo una forma de conocimiento contextual incorporado en la experticia de la enfermería (Nelson S 2007-Aguirre E 2009). Así en los principales conceptos expresados por Banner plantea que todas las situaciones prácticas son más complejas, por lo cual en su obra expone los supuestos teóricos que enmarcan la disciplina enfermera: enfermería, persona, salud y entorno.

La Filosofía de Patricia Banner muestra el proceso que la enfermera(o) atraviesa desde recién graduada(o) hasta que se especializa en un área determinada. Durante este proceso van surgiendo una serie de cambios de conducta; se van adquiriendo habilidades que hacen que el desempeño profesional sea cada vez de mejor calidad

En la etapa novata una persona sigue unas reglas que son independientes del contexto y no siente ninguna responsabilidad por cualquier otra cosa que seguir las reglas. La competencia se desarrolla después de haber vivido considerables experiencias, que permiten a los individuos utilizar la intuición en la toma de decisiones; esa experiencia se caracteriza por fluidez o rendimiento que se da automáticamente y ya no depende del conocimiento explícito

Generalmente los recién graduados, aun teniendo las bases teóricas, no tienen las capacidades suficientes para desafiar una situación que amerite el actuar rápido y responsable, cuando se ven enfrentados al ámbito profesional, ya que no depende de su tutor en ese momento y tiene que ser autónomo en la toma de decisiones. En algunas ocasiones, la experticia que adquiere la enfermera no solo depende de ella y de la integración de sus capacidades sino del tipo de pacientes que maneje y de su especialidad; puesto que cuanto mayor tiempo esté en contacto con algún tipo de paciente, mayor es la capacidad de predecir y de actuar basado en la experiencia (Banner 2004)

Se tomará la clasificación de Patricia Banner, descrita en la siguiente tabla por tener aplicabilidad a los profesionales de enfermería en el ámbito clínico, en el cual afirma que la práctica refuerza, fija el conocimiento y hace énfasis en la investigación científica basada en el conocimiento práctico, lo que hace referencia al "saber práctico (Banner 2005) ".¹² Clasificación de Banner: Conceptos principales y definiciones de las etapas de la enfermera en la clínica.

¹² BALASCO E "The role of the chief nursing officer in leading the practice: Lessons from the Benner tradition". Nurs admin Q 2008, 32 (2): 87-91.

Principiante	Principiante avanzado	competente	eficiente	Experto
La persona se enfrenta a una nueva Situación. Este nivel Banner indica que podría aplicarse a una enfermera inexperta o la experta cuando se desempeña por primera vez en un área o en alguna situación no conocida previamente por ella	En este nivel la enfermera después de haber adquirido experiencias se siente con mayor capacidad de plantear una situación clínica haciendo un estudio completo de ella y posteriormente demostrara sus capacidades y conocerá todo lo que esta exige	Se es competente cuando la enfermera posee la capacidad de imitar lo que hacen los demás a partir de situaciones reales; la enfermera empieza a reconocer los patrones para así priorizar su atención, como también es competente cuando elabora una planificación estandarizada Por si misma.	La enfermera percibe la situación de manera integral y reconoce sus principales aspectos ya que posee un dominio intuitivo sobre esta; se siente más segura de sus conocimientos y destrezas, y esta mas implicada con el paciente y su familia	La enfermera Posee un completo dominio intuitivo que genera la capacidad de identificar un problema sin perder tiempo en soluciones alternativas, así mismo, reconoce patrones y conoce a sus pacientes aceptando sus necesidades sin importar que esto le implique planificar y/o modificar el plan de cuidado

BENNER P, SPICHTIGER E, WALLHAGEN M. Nursing as a coring practice from a phenomenological perspective. Stand J Caring Sci 2005; 19:303-309. 26.

GUIMARÃES L, VIANADE OLIVEIRA L. "Formas de aprender nadi-mensãoprática da atuação do enfermeiro asistencial". REBEn 2005; 58(5):586-91.

BRYKCZYNSKI K. "Del principiante a experta: excelencia y dominio de la práctica de enfermería clínica". En: Modelos y teorías en enfermería Quinta Edición. España: Edide, S.L. 2005:165-79

CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO:

2-1: Tipo de estudio:

La investigación: Qué conocimiento sobre RCP poseen los integrantes del equipo de enfermeros/as y médicos/as del servicio clínica médica del hospital Dr. Guillermo Rawson de la provincia de San Juan en el periodo del 2018? Tiene un enfoque cuantitativo, retrospectivo, transversal y descriptivo a saber:

Retrospectivo, dado que los investigadores indagaran sobre hechos ocurridos en el pasado; Transversal por que el estudio de las variables se realizara en un determinado momento haciendo un corte en el tiempo (periodo 2018) y Descriptivo destinado solo a establecer como es el nivel de conocimiento sobre RCP del equipo de enfermeros/as y médicos/as del servicio clínica y sembrar bases para futuras investigaciones.-

2-2: Área de estudio:

El presente estudio de investigación se realiza en el hospital Dr. Guillermo Rawson de la provincia de San Juan.-

2-3: Población y muestra:

En la investigación la población queda conformada por 42 enfermeros/as y 10 médicos que trabajan en el mencionado servicio; en tanto la muestra la componen 30 personas que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión que se detallan a continuación.

2-3-1: Criterio de inclusión:

-Personal enfermeros/as y médicos/as que se pertenezcan a planta permanente en la institución.-

- Personal enfermeros/as y médicos/as contratados o residentes.-

2-3-2: Criterios de exclusión:

-Personal enfermeros/as y médicos que no deseen participar en la investigación.-

-Personal enfermeros/as y médicos que pertenezcan a otros servicios y se encuentren cubriendo ausentismos.-

-Personal enfermeros/as y médicos que se encuentran cumpliendo licencias o partes médicos.-

2-4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

En la presente investigación se establece la encuesta como técnica para la recolección de dato obteniendo información sobre el problema en estudio.

Como instrumento se opta por el cuestionario, utilizando un formulario impreso (ver anexo 6) que es completado, de forma individual por cada entrevistado y en presencia del investigador, garantizando la confiabilidad de los datos y la validez de la información obtenida. Se utilizaron preguntas cerradas, dicotómicas y también de respuestas múltiples; cumpliendo con las consideraciones generales establecidas por (Pineda- Alvarado 3° edición).-

Antes de la recolección de datos, los elementos elegidos para tal fin, deberán contar con la aprobación de la docente coordinadora de la investigación, además de la supervisoras del servicio de clínica médica en aplicarlos, para evitar inconvenientes que dificulten el curso de la investigación.-

Los entrevistados deberán firmar el consentimiento informado (anexo7) el que tiene como finalidad brindarle validez al trabajo, además de garantizar la privacidad y confidencialidad de toda la información adquirida.-

La información obtenida es organizada en una matriz de datos (anexo 8) y luego tabulada en gráficos para su posterior análisis y discusión.-

2-5: Operacionalización de variables

Objetivos específicos	Variables	Definición de Variable: Lo que significa para esta investigación	Indicadores
1-Categorizar la población por profesión.-	Profesión	Variable cuantitativa	¿Es Ud. profesional? Si – No Especifique:.....
2-categorizar la población por antigüedad.-	Antigüedad	Variable cuantitativa	¿Cuánto tiempo lleva en el servicio? Menos de 6 meses:.... 7 meses a 2 años:..... De 2 años a 10 años:..... Más de 10 años:
3.categorizar la población por edad.-	Edad	Variable cuantitativa	Indique su edad: 21 a 25 años:..... 26 años a 35 años.... 36 años a 50 años:..... Más de 50 años....
4-especificar qué tipo de formación tuvo el equipo interdisciplinario sobre RCP.-	Formación	Variable cualitativa	¿Cómo fue su formación sobre RCP? Charla:.... Curso:.... jornada:..... Formación no académica:.....
5-Comprobar si los conocimientos adquiridos sobre RCP son actuales.-	Conocimientos actualizados	Variable cuantitativa	¿Cuándo fue su última capacitación? Menos de 3 años:.... 3 años a 5 años.... Más 5 años:....
6-conocer si el servicio de clínica médica cuenta con protocolo de procedimiento sobre RCP.-	Protocolos	Variable cuantitativa	¿Conoce de la existencia de protocolo de RCP en el servicio? SI - NO
7-Determinar si en el servicio de clínica médica se cuenta con todo el instrumental necesario para la realización de RCP	Instrumental	Variable cualitativa	¿Qué tipo de instrumentos posee el servicio para la ejecución de RCP? Carro de paro:... Desfibrilador:.... Ambu:.... Laringo:.... Monitor paramétrico:.....
8-Determinar como reconoce el personal cuando un paciente se encuentra en paro-cardíaco.	Conocimiento	Variable cualitativa	¿Cómo se conoce cuando un paciente se encuentra en paro-cardíaco?

			Confirma si hay respiración, y si es normal(no respira o solo baquea) Comprueba si el pulso carotideo
9-Establecer que acción realiza el personal Después de reconocer que el paciente está en paro	Acciones Profesionales	Variable cualitativa.	Pide ayuda en voz alta.- Comienza con los masajes hasta que alguien acuda en su ayuda.- Buscar un DEA
10-Definir como debe actuar el personal para realizar un RCP con éxito	Acciones Profesionales	Variable cualitativa	Establecer roles y funciones de cada integrante. Crear un circuito cerrado de comunicación que permita dar mensajes y órdenes con calma y de forma directa. Aceptar tareas que excedan su nivel de competencia o experiencia, si no hay nadie más que las pueda realizar
11-Definir funciones para realizar un buena maniobra de reanimación.	Acciones Profesionales	Variable cualitativa.	Establecer roles y funciones de cada integrante. Crear un circuito cerrado de comunicación que permita dar mensajes y órdenes con calma y de forma directa. Aceptar tareas que excedan su nivel de competencia o experiencia, si no hay nadie más que las pueda realizar.
12-En cuanto a las compresiones torácicas, señalar	Acciones Profesionales	Variable cualitativa.	Una profundidad de 5 a 6 cm y una frecuencia de entre 100 y 120 cpm. Mientras más profundas son más efectivas. Su profundidad no debe ser superior a 3 cm para evitar lesiones. Pueden ser interrumpidas tantas veces como sea necesario ya sea para: administrar medicación, desfibrilar, valorar pulso, cambio de operador.

13-Definir como es el manejo de la vía aérea	Acciones Profesionales	Variable cualitativa.	Utilizando la maniobra de extensión de la cabeza y elevación del mentón. Colocando cánula orofaríngea o una cánula nasofaríngea. De ser necesario se recurre al manejo de un dispositivo de avanzada.
14-Acordar sobre la utilización de fármacos.	Acciones Profesionales	Variable cualitativa.	Nitroglicerina 2 mg cada 5 minutos. Adrenalina 3 mg cada 1 .minuto. Adrenalina 1 mg IV / IO cada 3 a 5 minutos
15-Delimitar quien decide sobre la finalización de los esfuerzo de RCP	Protocolos	Variable cualitativa.	Medico jefe de servicio. Líder del equipo de reanimación. Cualquier miembro del equipo de reanimación

2-6 Análisis e interpretación de datos (GRAFICOS)

Tabla N°1

Distribución según profesión:

En esta tabla se visualiza el porcentaje de personal Médico-Enfermero que participaron de la investigación y el rango de los mismos.-

Referencias

ME: Médico Especialista

MR: Médico Residente

MG: Médico General.

LIC: Licenciado en Enfermería

EU: Enfermero Universitario.

TE: Técnico en Enfermería.

AE: Auxiliar en Enfermería

PARAMETROS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ME	4	13,30%
MR	7	23,30%
MG	0	0%
LIC	3	10%
EU	9	30%
TE	5	16,70%
AE	2	6,70%
TOTAL	30	100%



ANALISIS: Del total de los encuestados un 36,6% representan al plantel médico conformado por: 13,3% a médicos especialistas y el 23,3% a médicos residentes. El resto (63.4 %) corresponde a enfermos .representados por: 10% de licenciados en enfermería, 30% enfermeros universitarios, 16,7% a técnicos en enfermería y el 6,7% a Auxiliares en enfermería.

FUENTE: Elaboración propia en base a los datos obtenidos de la encuestas realizadas I personal de salud enfermeros/ras médicos / cas del servicio de clínica medica que trabajan en el Hospital Rawson.

Tabla N°2

Distribución según Antigüedad del personal.-

En esta tabla se representa la antigüedad que lleva prestando servicio en el lugar de estudio, el personal encuestado.-

PARAMETROS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos 6 meses	9	30%
7 meses a 3 años	13	43,33%
4 años a 10 años	7	23,33
Más de 10 años	1	3,33%
TOTAL	30	99,99%



Análisis: Se describe que el 43,33% de los empleados entrevistados tienen una antigüedad de 7 meses a 3 años , 30% de Menos de 6 meses, 23,33% de 4 años a 10 años y 3,33% Más de 10 años.

Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos de la encuestas realizadas al personal de salud enfermeros/ras médicos/cas del servicio de clínica médica que trabajan en el Hospital Rawson.

Tabla N°3

Edad del profesional encuestado.

Se representa las edades del personal médico-enfermero que trabaja en clínica médica.-

PARAMETROS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos 30 años	16	53,33%
31 a 40 años	9	30%
41 a 50 años	4	13,33%
Más de 50 años	1	3,33%
TOTAL	30	99,99%



Análisis: Se observa que el 53,33% de los profesionales tienen menos de 30 años de edad; el 30% oscila entre los 31 años a 40 años; el 13,33% entre 41 años a 50 años y el 3,33% representa al personal de más de 50 años de edad.

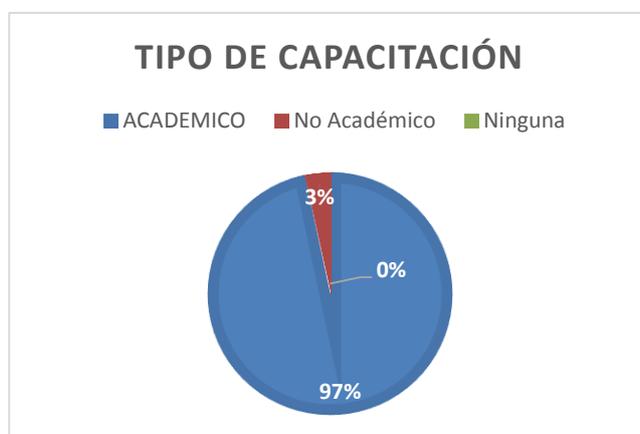
Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos de la encuestas realizadas al personal de salud enfermeros/ras médicos/cas del servicio de clínica médica que trabajan en el Hospital Rawson.

Tabla N°4

Distribución según tipo de capacitación:

Describe el tipo de capacitación sobre RCP que recibieron los profesionales de salud del servicio de clínica médica.-

PARAMETROS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ACADEMICO	29	96,70%
No Académico	1	3,30%
Ninguna	0	0%
TOTAL	30	100%



Análisis: Se observa que el 96,7% ha tenido una capacitación académica y que el 3,3% no fue académico.

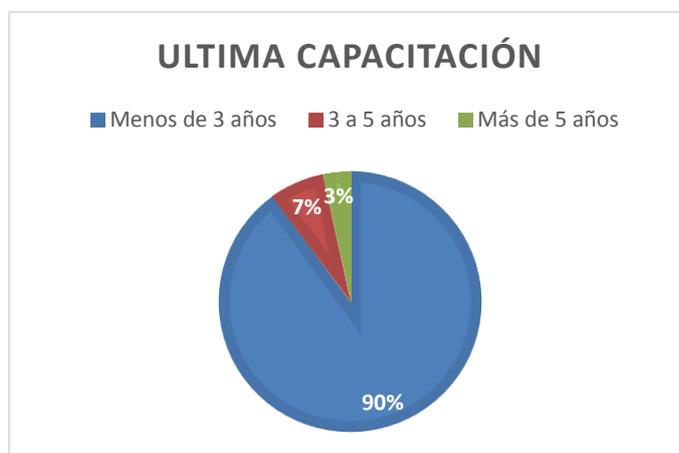
Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos de la encuestas realizadas al personal de salud enfermeros/ras médicos/cas del servicio de clínica médica que trabajan en el Hospital Rawson.

Tabla N°5

Ultima capacitación del personal encuestado:

En el siguiente grafico se representa el tiempo que paso desde que el personal encuestado recibió su última capacitación sobre RCP.-

PARAMETROS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos de 3 años	27	90%
3 a 5 años	2	6,70%
Más de 5 años	1	3,30%
TOTAL	30	100%



Análisis: Se observa que el 90% del personal encuestado, recibió su última capacitación sobre RCP hace menos de 3 años; el 6,7% hace 3 años a 5 años, y el 3,3% en más de 5 años.

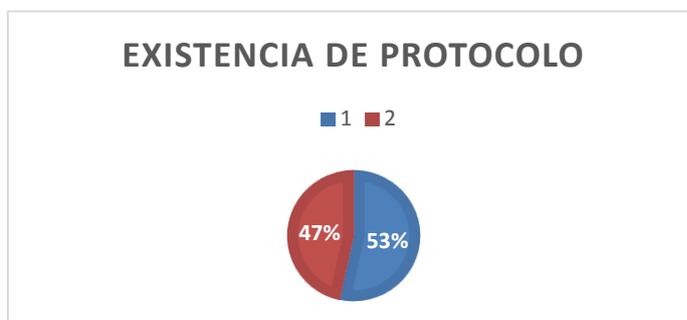
Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos de la encuestas realizadas al personal de salud enfermeros/ras médicos/cas del servicio de clínica médica que trabajan en el Hospital Rawson.

Tabla N°6

Existencia de protocolo en el servicio sobre RCP

En la siguiente tabla se visualiza si el personal en estudio conoce sobre la existencia de protocolo de procedimiento sobre RCP en el servicio de clínica médica.-

PARAMETROS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	16	53,53%
NO	14	46,70%
Total	30	100%



Análisis: Se observa que el 53,53% del personal encuestado reconoce de la existencia de protocolo sobre RCP en el servicio, en tanto el 46.7 % restante desconoce del tema.

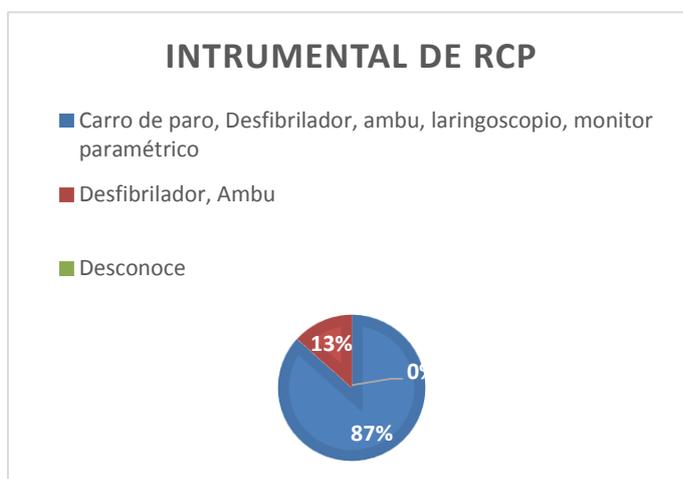
Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos de la encuestas realizadas al personal de salud enfermeros/ras médicos/cas del servicio de clínica médica que trabajan en el Hospital Rawson.

Tabla N°7

Tipo de instrumental que posee el servicio para la ejecución de RCP.

Describe el reconocimiento que tienen los encuestados sobre el instrumental y dispositivos que se encuentran en los carros de paro.-

PARAMETROS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Carro de paro, Desfibrilador, ambu, laringoscopio, monitor paramétrico	26	86,70%
Desfibrilador, Ambu	4	13,30%
Desconoce	0	0%
TOTAL	30	100%



Análisis: El 86,7% del personal encuestado reconoce el tipo de dispositivos que encuentran en los carros de paro del servicio de clínica médica; y el 13,3% no está familiarizado con el mencionado instrumental.

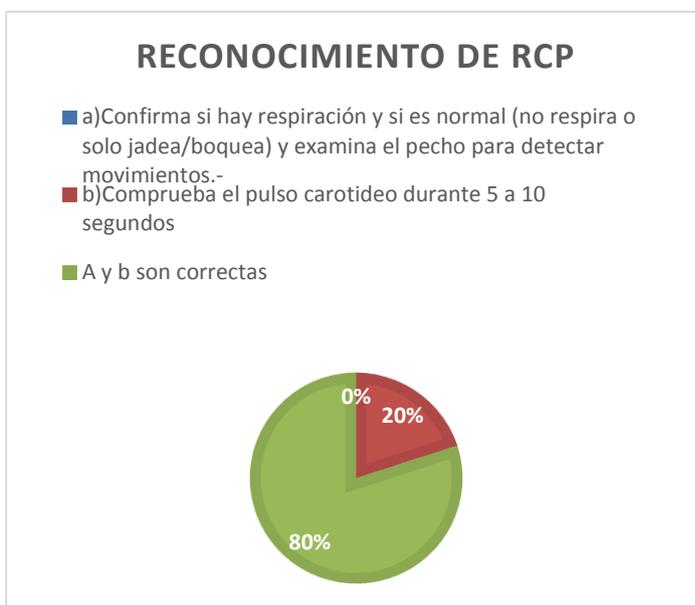
Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos de la encuestas realizadas al personal de salud enfermeros/ras médicos/cas del servicio de clínica médica que trabajan en el Hospital Rawson.

Tabla N° 8

Reconocimiento de un paciente en paro cardiaco:

Se describe el conocimiento del personal encuestado sobre el reconocimiento de un paciente en PC.

PARAMETROS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a) Confirma si hay respiración y si es normal...-	0	0%
b)Comprueba el pulso carotideo durante 5 a 10 segundos	6	20%
A y b son correctas	24	80%
TOTAL	30	100%



Análisis: El 80% de los entrevistados responden que la opción a y b son correctas; y el 20 % solo comprueba el pulso carotideo durante 5 a 10 segundos.

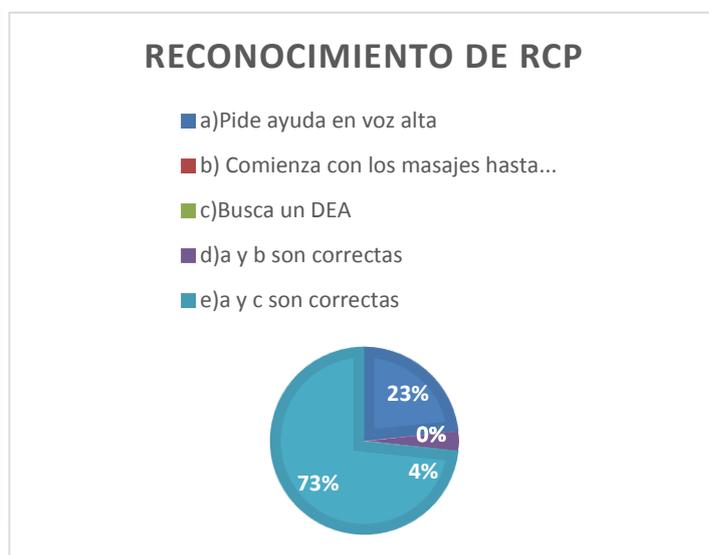
Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos de la encuestas realizadas al personal de salud enfermeros/ras médicos/cas del servicio de clínica médica que trabajan en el Hospital Rawson.

Tabla N°9

Que hace Ud. después de reconocer que el paciente se encuentra en paro

El grafico determina como actúan los encuestados después de reconocer que el paciente se encuentra en PC.-

PARAMETROS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a)Pide ayuda en voz alta	7	23,30%
b) Comienza con los masajes hasta...	0	0%
c)Busca un DEA	0	0%
d)a y b son correctas	1	3,30%
e)a y c son correctas	22	73,30%
TOTAL	30	100%



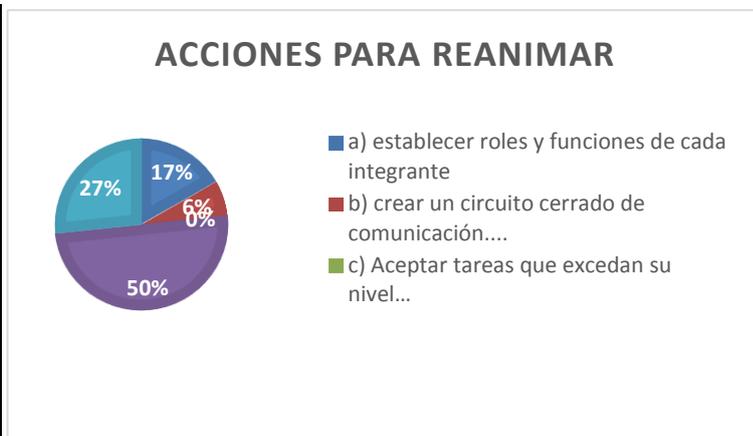
Análisis: El 73,3% de los encuestados, después de reconocer que el paciente se encuentra en paro cardiaco pide ayuda en voz alta y busca un DEA; el 23,3% pide ayuda en voz alta y el 3,3% pide ayuda en voz alta y comienza con los masajes cardiacos.

Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos de la encuestas realizadas al personal de salud enfermeros/ras médicos/cas del servicio de clínica médica que trabajan en el Hospital Rawson.

Tabla N°10

Para lograr reanimar con éxito al paciente, los miembros del equipo de reanimación deben:

PARAMETROS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a) establecer roles y funciones de cada integrante	5	16,60%
b) crear un circuito cerrado de comunicación....	2	6,60%
c) Aceptar tareas que excedan su nivel...	0	0%
a y b son correctas	15	50%
a y c son correctas	8	26,60%
TOTAL	30	100%



Análisis: El 50 % respondió que las acciones para reanimar un paciente son establecer roles y funciones de cada integrante y crear un circuito cerrado de comunicación, el 26,6 % establece roles / funciones de cada integrante y acepta tareas que excedan su nivel de competencia o experiencia, el 16,6% establece roles /funciones de cada integrante, el 6,6% crea un circuito cerrado de comunicación que permita dar órdenes claras de forma calmada y ordenada.

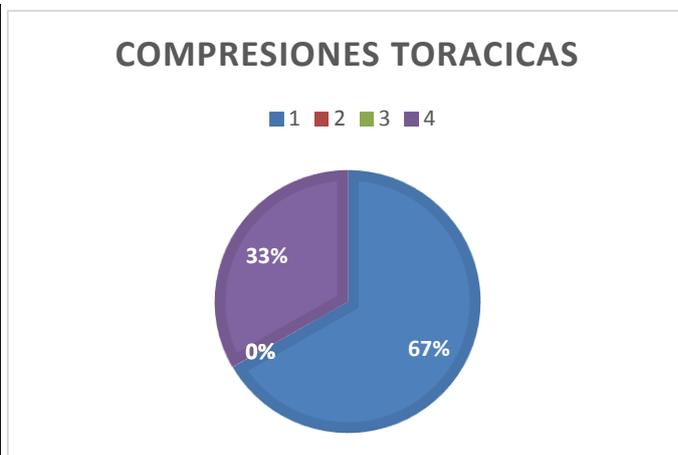
Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos de la encuestas realizadas al personal de salud enfermeros/ras médicos/cas del servicio de clínica médica que trabajan en el Hospital Rawson.

Tabla N°11

Como deben ser las compresiones torácicas:

Determina que sabe el personal sobre la forma de realizar las compresiones torácicas

PARAMETROS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a) Una profundidad de 5 a 6 cm...	20	66,70%
b) Mientras más profundas son más efectivas	0	0%
c) Su profundidad no debe ser superior a 3 cm...	0	0%
d) Pueden ser interrumpidas tantas veces...	10	33,30%
TOTAL	30	100%



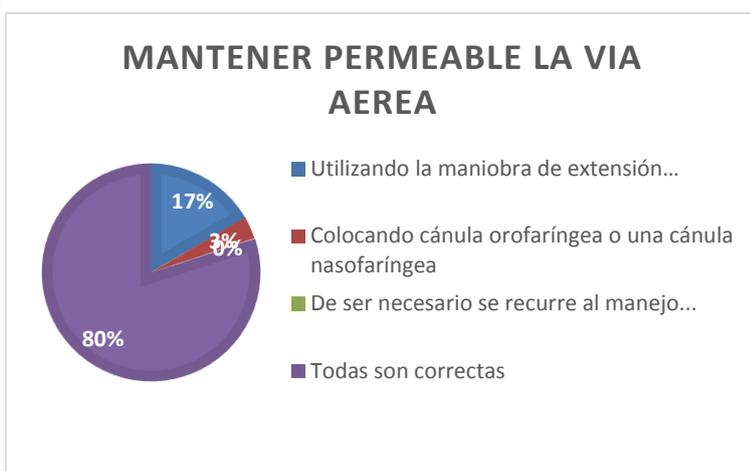
Análisis: El 66,7% refiere que las compresiones son de una profundidad de 5 a 6 cm y una frecuencia entre 100 y 120 rpm, el 33,3% refiere que pueden ser interrumpidas tantas veces como sea necesario.

Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos de la encuesta realizada al personal de salud enfermeros/ras médicos/cas del servicio de clínica médica que trabajan en el Hospital Rawson.

Tabla N°12

Como se mantiene permeable la vía aérea en un paciente inconsciente

PARAMETROS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Utilizando la maniobra de extensión...	5	16,70%
Colocando cánula orofaríngea o una cánula nasofaríngea...	1	3,30%
De ser necesario se recurre al manejo...	0	0%
Todas son correctas	24	80%
TOTAL	30	100%



Análisis: El 80% contestó que para mantener la vías aéreas permeables hay que usar la maniobra de extensión de la cabeza y elevación del mentón, colocar cánula orofaríngea o cánula nasofaríngea y de ser necesario recurrir al manejo de dispositivos como tubo endotraqueal etc., el 16,7% opina que es necesario utilizar la maniobra de extensión de la cabeza y elevación del mentón, el 3,3% colocar cánula orofaríngea o una cánula nasofaríngea.

Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos de la encuestas realizadas al personal de salud enfermeros/ras médicos/cas del servicio de clínica médica que trabajan en el Hospital Rawson.

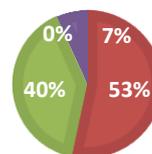
Tabla N°13

¿Qué droga se utiliza y como es su administración en caso de paro cardíaco?

PARAMETROS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nitroglicerina 2 mg cada 5 minutos	0	0%
Adrenalina 3 mg cada 1 .minuto	16	53,30%
Adrenalina 1 mg IV / IO cada 3 a 5 minutos	12	40%
Desconoce	2	6,70%
TOTAL	30	100%

TIPO Y ADMINISTRACIÓN DE FARMACOS

- Nitroglicerina 2 mg cada 5 minutos
- Adrenalina 3 mg cada 1 .minuto
- Adrenalina 1 mg IV / IO cada 3 a 5 minutos
- Desconoce



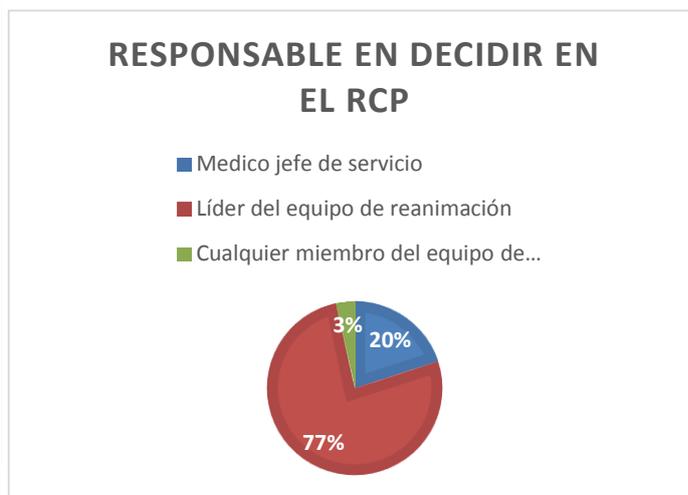
Análisis: El 53,3% del personal respondió que la droga más utilizada es la Adrenalina 3 mg cada 1 minuto; el 40% refiere ser Adrenalina 1 mg IV/IO cada 3 a 5 minutos y 6,7% desconoce el tipo de droga y administración frente a un RCP .

Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos de la encuestas realizadas al personal de salud enfermeros/ras médicos/cas del servicio de clínica médica que trabajan en el Hospital Rawson.

Tabla N° 14

¿Quién es el responsable de decidir terminar con las maniobras de RCP?

PARAMETROS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Medico jefe de servicio	6	20%
Líder del equipo de reanimación	23	76,70%
Cualquier miembro del equipo de...	1	3,30%
TOTAL	30	100%



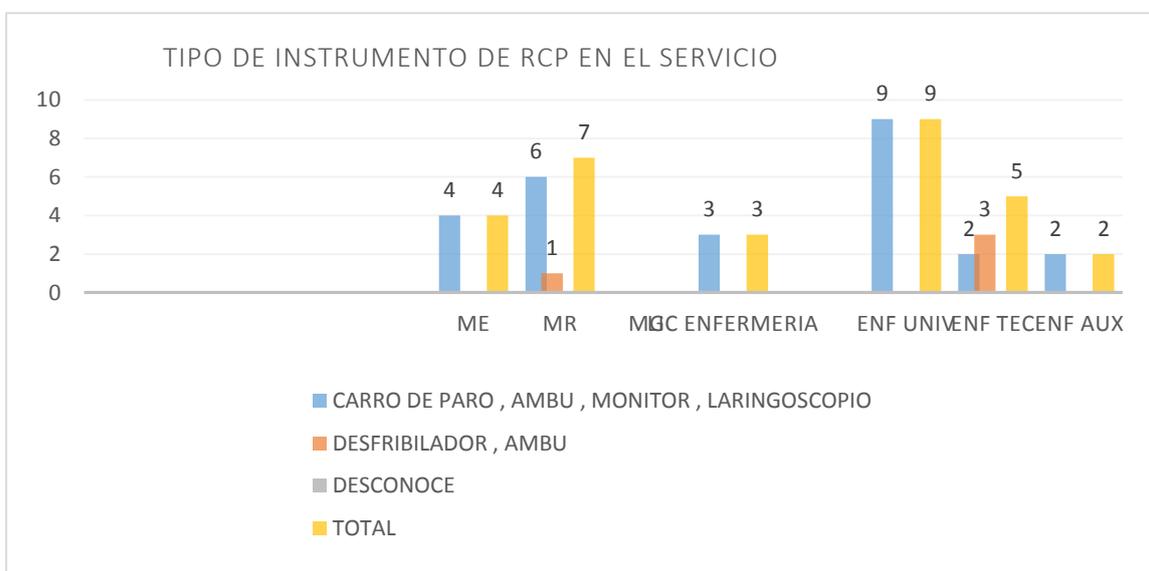
Análisis: El 76,7% refiere que el responsable de decidir de terminar con las maniobras de RCP es el líder del equipo de reanimación, el 20% refiere que es el medico de servicio y el 3,3% cualquier miembro del equipo de reanimación.

Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos de la encuestas realizadas al personal de salud enfermeros/ras médicos/cas del servicio de clínica médica que trabajan en el Hospital Rawson.

Tablas Variadas

Tabla N°1: Relaciona el personal encuestado según rango y el reconocimiento del instrumental del carro de paro.-

TIPO DE INSTRUMENTO DE RCP POSEE EL SERVICIO	ME	MR	MG	LIC	EU	TEC	ENF AUX
CARRO DE PARO , AMBU , MONITOR , LARINGOSCOPIO	4	6		3	9	2	2
DESFIBRILADOR , AMBU		1				3	
DESCONOCE							
TOTAL	4	7		3	9	5	2

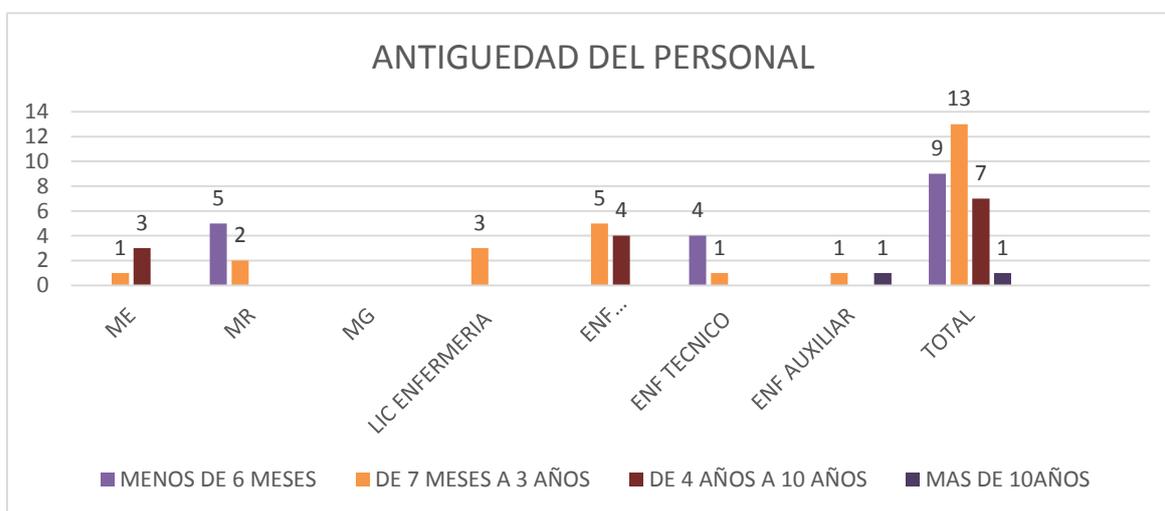


Análisis: El 9% de los enfermeros universitario refiere reconocer varios instrumentos que posee el servicio frente a un RCP , el 7% de médicos residentes , el 4% de médicos especialistas, , el 3% de licenciados , el 5% técnicos y el 2% enfermeros auxiliares.

Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos de la encuestas realizadas al personal de salud enfermeros/ras médicos/cas del servicio de clínica médica que trabajan en el Hospital Rawson.

Tabla N°2: Relaciones al personal según rango y antigüedad en el servicio

ANTIGÜEDAD DEL PERSONAL	MENOS DE 6 MESES	DE 7 MESES A 3 AÑOS	DE 4 AÑOS A 10 AÑOS	MAS DE 10AÑOS
ME		1	3	
MR	5	2		
MG				
LIC ENFERMERIA		3		
EU		5	4	
TENICO ENF	4	1		
ENF AUXILIAR		1		1
TOTAL	9	13	7	1

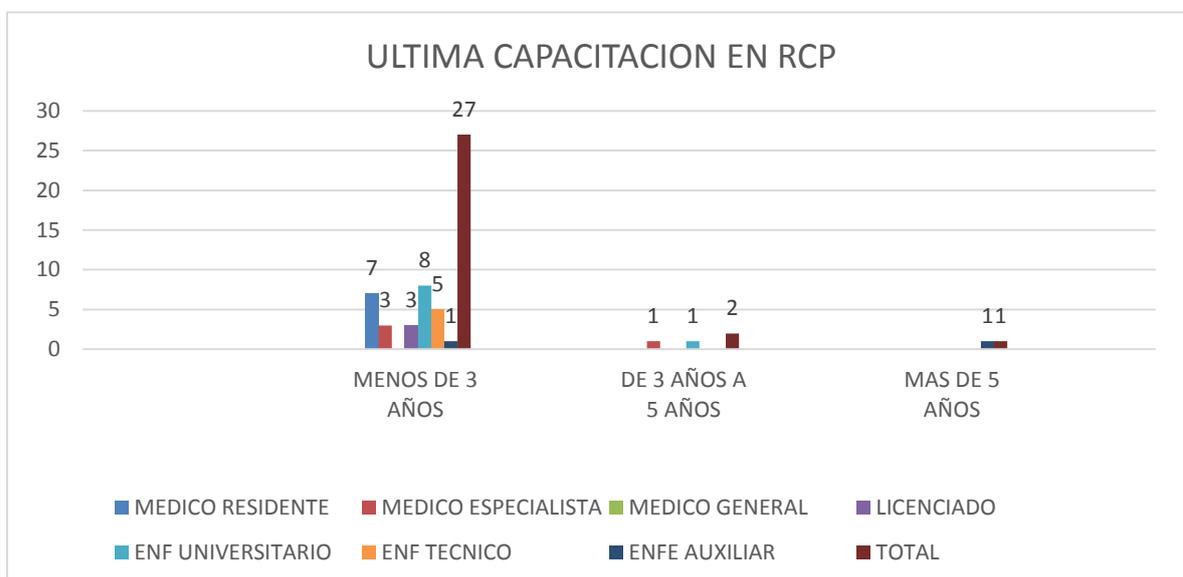


Análisis: El 13 % del personal lleva trabajando en el servicio de clínica médica entre 7 meses a 3 años, el 9% menos de 6 meses, 7% de 4 años a 10 años y 1% más de 10 años.

Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos de la encuestas realizadas al personal de salud enfermeros/ras médicos/cas del servicio de clínica médica que trabajan en el Hospital Rawson.

Tabla N°3: relaciona al personal según rango y última capacitación sobre RCP recibida.-

ULTIMA CAPACITACION	Menos de 3 años	De 3 a 5 años	Más de 5 años
MEDICO RESIDENTE	7		
MEDICO ESPECIALISTA	3	1	
MEDICO GENERAL			
LICENCIADO	3		
ENF UNIVERSITARIO	8	1	
ENF TECNICO	5		
ENF AUXILIAR	1		1
TOTAL	27	2	1

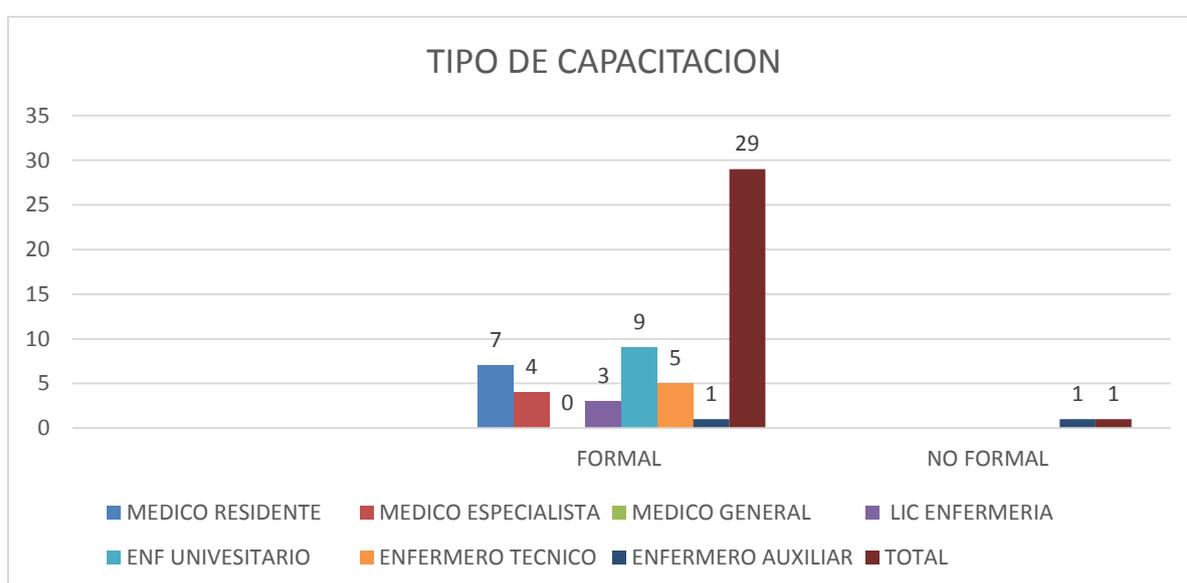


Análisis: El 27% del personal entrevistado ha tenido una última capacitación de RCP en menos de 3 años, el 2 % ha tenido una capacitación de 3 años a 5 años , y el 1% más de 5 años .

Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos de la encuestas realizadas al personal de salud enfermeros/ras médicos/cas del servicio de clínica médica que trabajan en el Hospital Rawson.

Tabla N°4: Relaciona al personal encuestado según rango y tipo de capacitación recibida

TIPO DE CAPACITACION	FORMAL	NO FORMAL
MEDICO RESIDENTE	7	
MEDICO ESPECIALISTA	4	
MEDICO GENERAL	0	
LIC ENFERMERIA	3	
ENF UNIVESITARIO	9	
ENFERMERO TECNICO	5	
ENFERMERO AUXILIAR	1	1
TOTAL	29	1



Análisis: El 9% de los enfermeros universitarios han referido tener capacitación formal sobre RCP, el 7% medico residentes, el 5% enfermeros técnicos, el 4% médicos especialistas, el 3% licenciado y 1% auxiliar, y el 1% ha referido que no tuvo capacitación formal.

Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos de la encuestas realizadas al personal de salud enfermeros/ras médicos/cas del servicio de clínica médica que trabajan en el Hospital Rawson.

CAPITULO 3; RESULTADOS, DISCUSIÓN Y PROPUESTAS

Discusión

Los resultados se obtuvieron a través de una encuesta con preguntas cerradas sobre datos demográficos, conocimientos sobre RCP INTRAHOSPITALARIO del personal enfermeros/ ras, médicos/ cas del servicio de clínica médica del Hospital Rawson.

Al analizar las respuestas sobre las encuestas en cuanto al conocimiento sobre RCP entre los profesionales médicos (36,6%) y personal de enfermería (63,4%), se determina que médicos/cas, enfermeros/ ras han recibido capacitación formal sobre RCP en los últimos 3 años.

La información obtenida nos refleja que el 30% de los entrevistados lleva menos de 6 meses trabajando en el servicio de clínica médica, mirados como personal de reciente ingreso; seguido de un 43,3 % de personal que lleva de 7 meses a 3 años de servicio, en tanto 53,3 % tienen menos de 30 años de edad, un 30% oscila entre los 31 a 40 años de edad y el 16,9% restante tienen más de 40 años.-

Al indagar sobre el conocimiento del personal sobre el reconocimiento y activación del sistema de emergencia ante un paro cardíaco; se evidencia que el 46,7% desconoce de la existencia de un protocolo formal sobre el accionar ante PC en el servicio de clínica médica y el 53,55% restante haber visto en algún momento un protocolo elaborado en la sala de médicos, concluyendo que el mismo no es aprovechado por todo el personal.-

En cuanto al tipo de instrumental existente en el carro de paro el 86,7% de los entrevistados reconoce fehacientemente el uso y disponibilidad de los mismos y el 13,3 % no saber armar ni utilizar los dispositivos como ambu, laringoscopio.-

Así mismo el 80% del plantel saben reconocer cuando un paciente se encuentra en paro cardíaco respondiendo correctamente a la opciones de confirmar si hay respiración y si es normal (no respira o solo jadea/boquea) y examina el pecho para determinar movimientos al mismo tiempo que comprueba el pulso carotideo durante 5 a 10 segundos; y solo el 20% presenta dudas o no completa correctamente la acción.-

Después de confirmar que un paciente está en PC, el 73,3% del personal reconoce el accionar recomendado por la AHA 2015 para la evaluación de Soporte vital básico (SVB/BLS) que establece el pedir ayuda en voz alta a las personas que se encuentren cerca; active el sistema de respuesta de emergencia y consiga un DEA, un porcentaje menor (26,7 %) del plantel no mide la importancia de contar con un Desfibrilador a mano.

En cuanto a las compresiones torácicas el 66,7% del personal tiene el conocimiento para manejar correctamente esta técnica respetando una profundidad de 5 a 6 cm y una frecuencia de entre 100 y 120 compresiones por minutos y el 33,3% desconoce o se equivoca en los parámetros de medición.

En el manejo de las vías aéreas, se evidencia que el 80 % de los entrevistados saben de la importancia de mantener la permeabilidad de las misma en un paciente inconsciente y para ello utilizan la maniobra de extensión de cabeza y elevación de mentón, una cánula orofaríngea o una cánula nasofaríngea y de ser necesario se recurre al manejo de un dispositivo de avanzada tales como máscara laríngea, tubo laríngeo, tubo endotraqueal.-

Al analizar la información obtenida sobre farmacoterapia de preferencia en el paro cardíaco, se demuestra que el 60% de plantel se equivoca o desconoce sobre la administración de Adrenalina 1mg IV/IO cada 3 a 5 minutos. Y solo el 40 % reconoce a dicho fármaco como la droga de elección en estos eventos establecido en la evaluación de SVCA/ACLS.-

En el accionar del equipo de reanimación se determina que el 50% de los encuestados denotan entender la importancia de la dinámica efectiva del equipo de alto rendimiento, como es, el establecer roles y funciones de cada integrante, crear un circuito cerrado de comunicación que permita dar mensajes y ordenes con calma y de forma directa; en tanto el 26,6 % del personal accederían a aceptar tareas que excedan su nivel de competencia o experiencia, si no hay nadie más que las pueda realizar, siendo esta última, una conducta errónea ya que tanto el líder como los miembros del equipo de reanimación deben ser capaz de conocer sus propias limitaciones y pedir una tarea o función nueva si no puede realizar la que tiene asignada.-

Conclusión:

Después de analizar y discutir los resultados de la investigación ¿Qué conocimiento sobre RCP poseen los integrantes del equipo de enfermeros/as y médicos/as del servicio clínica médica del hospital Dr. Guillermo Rawson de la provincia de San Juan en el periodo del 2018? Se concluye que:

El plantel medico/enfermeros con el que cuenta el servicio de clínica médica en su gran mayoría profesionales con capacitación académica y actualizada sobre RCP relativamente joven con no mucha antigüedad en el servicio (novatos según Banner); sin embargo existe un porcentaje de personal que falla en algunos aspectos de la evaluación de SVCA/ACLS como administración de fármacos, aceptación de funciones dentro del equipo de reanimación, la importancia de contar con un DEA en el evento, reconocimiento del instrumental; lo que se entiende como falta de habilidad y destreza al momento de intervenir en un RCP.-

Con base en los principales supuestos de Patricia Banner, se concluye que el paciente es siempre inspirador de cuidado, es el actor de mayor importancia en el proceso de enfermería, es a partir de la identificación de sus necesidades que se elabora, aplica y evalúa el cuidado de enfermería, concibe la persona como un ser integral teniendo en cuenta características como la construcción del “yo” que se desarrolla con la experiencia interactiva con los demás, es allí donde se observa al individuo como ser biopsicosocial el cual está involucrado en el desarrollo de actividades internas y externas las cuales establecen sus necesidades. A partir de esto, el profesional médico-enfermero debe actuar con cada ser humano de manera diferente, integrando todas sus necesidades y no valorándolo como objeto pasivo de cuidado, sino como un ser de cambios continuos.

La Literatura revisada permite inferir que en el ámbito clínico se ve reflejado la adquisición de habilidades de la enfermera ya que allí debe poner en práctica todas sus competencias para contribuir en el proceso de tratamiento, rehabilitación y recuperación de cada individuo que presenta alteraciones de salud. Por tanto la filosofía de Banner es aplicable a la práctica clínica en la cual la enfermera (o) inicia en el nivel de principiante y en la medida que se enfrenta a situaciones diversas en las cuales aplica los conocimientos adquiridos o busca nueva información que le permita la resolución asertiva de las diferentes problemáticas, va pasando por los niveles de Principiante avanzada, competente, eficiente hasta adquirir el nivel de experta mediante la adquisición de habilidades y destrezas que serán ejecutadas en las diversas circunstancias que requieren de una enfermera(o)experta/o.-

Propuestas:

Como propuesta se recomienda a los jefes médicos y de enfermería implementar conjuntamente y con cierta frecuencia (cada 6 meses), capacitaciones teóricas y prácticas de RCP según guía de AHA 2015 y ACLS. Englobar a todo el plantel, (personal empírico y profesionales) pudiendo incluir también al resto de los miembros del equipo interdisciplinar (kinesiólogos, ayudantes de enfermería, fonoaudiólogos).

Realizando también simulacros sorpresas en el servicio donde se podrá reconocer y evaluar el conocimiento, las destrezas y habilidades del plantel profesional, la dinámica del equipo de reanimación; como así también, las falencias y conceptos erróneos y poder trabajar en ellos.-

La elaboración de un protocolo de acción ante Resucitación cardiopulmonar básico y de avanzada o la activación y actualización del protocolo ya existente en el servicio.-

La mayoría de los intentos de reanimación con éxito requieren que los profesionales de la salud lleven a cabo varias intervenciones en forma simultaneas y conjunta donde no solo pongan en evidencia su conocimiento habilidades y destrezas sino también demuestren una dinámica de equipo y de comunicación eficaz.-

BIBLIOGRAFIA:

1-PINEDA E, ALVARADO E. “Metodología de la investigación”. Organización panamericana de la salud.3ª edición.-

2-AMERICAN HEART ASSOCIATION. ”Soporte vital cardiovascular avanzado”. Libro del proveedor.booksmedicos.org.-

3-AHA. (2010).American heart Association-. Recuperado el 5 de abril de 2015.Farmacos fundamentales del SVCA.
<http://www.heart.org/idc/groups/heart.->

4-ASSOCIATION.A.H. (2012).Soporte cardiovascular avanzado. Estados Unidos.Integracolor Ltd.-

5-Aspectos destacados de la actualización de la guía AHA para RCP Y ACE.

<https://eccguidelines.hearts.org/wp.content/uploads/2015/10/2015-AHA->

<https://eccguidelines.heart.org/.../2015/.../2015-AHA-Guidelines-Highlights-Spanish.p...>

<https://es.slideshare.net/elenuskienf/algoritmos-aha-2015-español.->

6-Declaración de consenso de la AHA. American Heart Association.2010.-

7-Actualización en paro cardiorrespiratorio y resucitación. Rev. Medicina y Humanidades. Volumen 1 año 2014.-

8-GUIMARÃES L, VIANADE OLIVEIRA L. “Formas de aprender nadi mensãoprática da atuação do enfermeiro assistencial”. REBEn 2005; 58(5):586-91.

9-BALASCO E. “The role of the chief nursing officer in leading the practice: Lessons from the Benner Tradition”. Nurs Admin Q 2008; 32(2):87-91.

10-BRYKCZYNSKI K. “Del principiante a experta: excelencia y dominio de la práctica de enfermería clínica”. En: Modelos y teorías en enfermería Quinta Edición. España: Edide, S.L. 2005:165-79

11-BENNER P, SPICHIGER E, WALLHAGEN M. Nursing as a coring practice from a phenomenological perspective. Stand J Caring Sci 2005; 19:303-309. 26.

12-BONOW, R, MANN, D, ZIPES, D Y LIBBY, P. “Tratado de Cardiología”, novena edición, editorial ELSEVIER, tomo 1, año 2012. (Pág., 872)

13-PERALES, N, LOPEZ, J Y RUANO, M, “Manual de Soporte Vital Avanzado,” cuarta edición editorial el sevier, año 2007. (Pág., 9).

14-BALCÁZAR, E (2015). Reanimación Cardiopulmonar. Recuperado de
<http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2015/rmq152u.pdf>

15-CARRILLO, GARCIA, CARDENAS. “La filosofía de Patricia Banner y la práctica clínica”. Enfermería global.Nº32.Octubre 2013.www.um.es/eglobal

APNEDICES Y ANEXOS

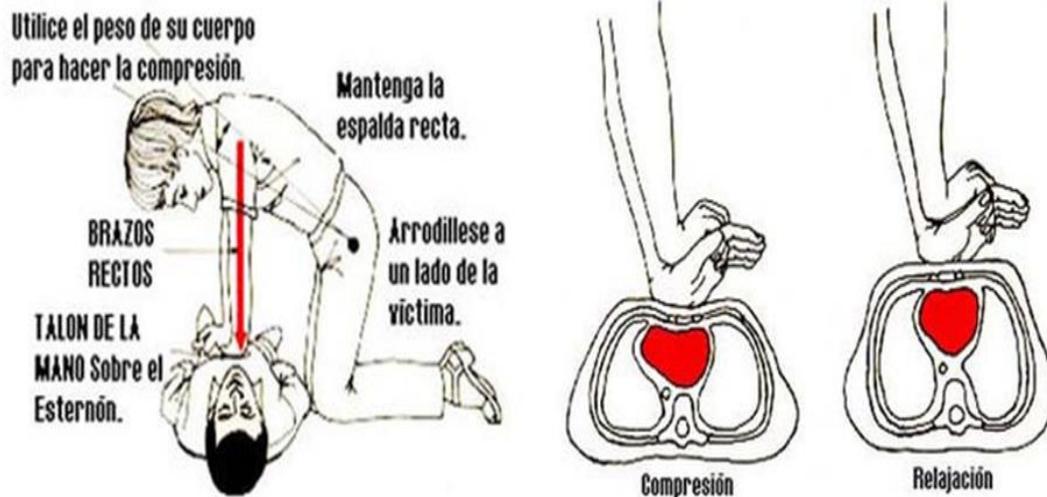
Anexo 1

Cadenas de supervivencia en los paros cardíacos intrahospitalarios y los paros cardíacos extrahospitalarios

13



Anexo 2: Compresiones Torácicas



14

¹³ [Http://es.slideshare.net/elenuskienf/algorithmos-aha-2015-español](http://es.slideshare.net/elenuskienf/algorithmos-aha-2015-español).

¹⁴ Actualización en paro cardiorrespiratorio y resucitación. Rev. .Medicina y Humanidades. Vol. 1 año 2014

Anexo 3: Apertura vías aéreas

RCP Apertura de la Vía Aérea



👉 **Maniobra de sub-elevación del mentón.**



👉 **Maniobra de sub-luxación de la mandíbula.**

15

Anexo 4; DEFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO (DEA)



16

¹⁵ BALCAZAR, E 2015 Reanimación Cardiopulmonar. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas>

¹⁶BALCAZAR, E 2015 Reanimación Cardiopulmonar. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas>

Anexo 5 Posiciones del equipo de alto rendimiento

EL LIDER Y SU EQUIPO



Figura 5. Posiciones sugeridas para el líder y los miembros del equipo durante las simulaciones de casos.

17

¹⁷ BALCAZAR, E 2015 Reanimación Cardiopulmonar. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas>

Anexo 6



FCM

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO

CICLO DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

Tema: Qué conocimiento sobre RCP poseen los integrantes del equipo de enfermeros/as y médicos/as del servicio clínica médica del hospital Dr. Guillermo Rawson de la provincia de San Juan en el periodo del 2018?

Objetivo general: Describir y analizar el conocimiento sobre RCP que poseen los integrantes del equipo de enfermeros/as y médicos/as del servicio clínica médica del hospital Dr. Guillermo Rawson de la provincia de San Juan en el periodo del 2018?

Responsables: Enfermeros Universitarios Amante Andrés, Molina Nicolás, Riveros Alejandra.-

LEA LAS PREGUNTAS Y MARQUE CON UNA (X) SEGÚN CORRESPONDA.

1) DATOS GENERALES:

1-1: Especifique su profesión: Medico: (...): Especialista... (...)

Residente (...)

General (...)

Enfermero: (...): Licenciado (...)

Universitario (...)

Técnico (...)

Auxiliar (...)

1-2: Cuál es su antigüedad en el servicio: a) menos de 6 meses (...)

b) 7 meses a 3 años (...)

c) de 4 a 10 años (...)

d) más de 10 años (...)

- 1-4: cuál es su edad? :
- a) menos de 30 años (...)
 - b) de 31 a 40 años (...)
 - c) de 41 a 50 años (...)
 - d) más de 50 años (...).

1-5: Indique que tipo de formación tuvo Ud. Sobre RCP:

- a) Charla., curso, taller. (...)
- b) No académico: (...)
- c) Ninguno: (...)

- 1-6: Cuando fue su última capacitación:
- a) menos de 3 años: (...)
 - b) de 3 a 5 años: (...)
 - c) más de 5 años (...)

2) RECONOCIMIENTO Y ACTIVACION DEL SISTEMA DE EMERGENCIA ANTE UN RCP.-

2-1:- Conoce la existencia de protocolo de procedimiento para RCP en el servicio?

- a) SI (...)
- b) NO (...)

2-2: Que tipo de instrumental posee el servicio de clínica médica para la ejecución de RCP?

- a) Carro de paro, Desfibrilador, ambu, laringoscopio, monitor paramétrico. (...)
- b) Desfibrilador, ambu. (...)
- c) desconoce (...)

2-3: Como reconoce que un paciente se encuentra en paro cardiaco?

- a) Confirma si hay respiración y si es normal (no respira o solo jadea/boquea) y examina el pecho para detectar movimientos.- (...)
- b) Comprueba el pulso carotideo durante 5 a 10 segundos. (...)
- c) A y b son correctas. (...)

2-4: después de reconocer que el paciente está en paro Ud.

- a) Pide ayuda en voz alta. (...)
- b) Comienza con los masajes hasta que alguien acuda en su ayuda. (...)
- c) Busca un DEA. (...)
- d) A Y C son correctas. (...)
- e) A Y B son correctas. (...)

2.5: Para lograr reanimar con éxito al paciente, los miembros del equipo de reanimación deben:

- a) establecer roles y funciones de cada integrante. (...)
- b) crear un circuito cerrado de comunicación que permita dar mensajes y órdenes con calma y de forma directa. (...)
- c) Aceptar tareas que excedan su nivel de competencia o experiencia, si no hay nadie más que las pueda realizar. (...)
- d) a y b son correctas. (...)
- e) todas son correctas. (...)

3) EN CUANTO A LAS COMPRESIONES TORACICAS:

3-1: Las compresiones torácicas deben tener:

- a) Una profundidad de 5 a 6 cm y una frecuencia de entre 100 y 120 cpm. (...)
- b) Mientras más profundas son más efectivas. (...)
- c) Su profundidad no debe ser superior a 3 cm para evitar lesiones. (...)
- d) Pueden ser interrumpidas tantas veces como sea necesario ya sea para: administrar medicación, desfibrilar, valorar pulso, cambio de operador. (...)

4) MANEJO DE LA VIA AEREA:

4-1: Como se mantiene permeable la vía aérea en un paciente inconsciente?

- a) Utilizando la maniobra de extensión de la cabeza y elevación del mentón. (...)
- b) Colocando cánula orofaríngea o una cánula nasofaríngea. (...)
- c) De ser necesario se recurre al manejo de un dispositivo de avanzada (mascara laríngea, tubo laríngea, tubo endotraqueal.) (...)
- d) Todas son correctas.- (...)

5) UTILIZACION DE FARMACOS:

5-1: que droga se utiliza y como es su administración en caso de paro cardiaco?

- a) Nitroglicerina 2 mg cada 5 minutos.- (...)
- b) Adrenalina 3 mg cada 1 .minuto.- (...)
- c) Adrenalina 1 mg IV / IO cada 3 a 5 minutos.- (...)
- d) Desconoce.- (...)

6) EN CUANTO A LA FINALIZACION DE LOS ESFUERZOS DE REANIMACION

6-1. La no identificación de la causa subyacente del evento junto con la falta de respuesta del paciente a las intervenciones brindadas, en un lapso mayor a 20 min; llevan a considerar la finalización de todos los esfuerzos de reanimación. Quien es el responsable de tomar esta decisión?

- a) Medico jefe de servicio.- (...)
- b) Líder del equipo de reanimación.- (...)
- c) Cualquier miembro del equipo de reanimación.- (...)

Muchas gracias por su colaboración.-



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
CICLO DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA
FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....
en

Pleno uso de mis facultades mentales acepto participar en la investigación:” Qué conocimiento sobre RCP poseen los integrantes del equipo de enfermeros/as y médicos/as del servicio clínica médica del hospital Dr. Guillermo Rawson de la provincia de San Juan en el periodo del 2018?”; realizada por los enfermeros Amante Andrés, Molina Nicolás, Riveros, Alejandra; estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Cuyo.

Entendiendo que se me garantiza que los datos revelados son de carácter anónimo, confidencial y de uso exclusivo en la presente investigación.-

Firma de Autorización

Anexo 8: Tabulación de los datos obtenidos en las encuestas.-

Anexo 8 – Tabulación de datos.-

Nro	Profesion	Antigüedad	edad	tipo cap	ultima cap	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	3.1	4.1	5.1	6.1
1	MR	A	A	A	A	A	A	C	E	D	A	D	C	B
2	LIC	B	B	A	A	B	A	C	A	A	A	D	B	A
3	TE	B	C	A	A	B	A	C	A	B	A	D	B	A
4	MR	B	A	A	A	A	B	B	E	D	A	D	C	B
5	MR	B	A	A	A	A	A	C	E	E	A	D	C	B
6	EU	C	A	A	A	B	A	C	E	D	A	D	B	B
7	EU	B	A	A	A	B	A	C	E	D	D	D	C	A
8	EU	C	B	A	A	B	A	B	E	E	A	D	C	B
9	EU	C	C	A	B	B	A	C	E	A	D	A	C	B
10	LIC	B	A	A	A	B	A	C	E	E	A	D	C	C
11	ME	C	B	A	B	A	A	B	E	E	A	D	C	B
12	MR	A	A	A	A	A	A	C	E	D	A	D	C	B
13	TE	A	A	A	A	B	B	C	E	A	A	A	B	B
14	EU	B	A	A	A	B	A	C	D	D	A	D	D	B
15	EU	B	A	A	A	B	A	C	E	E	A	D	D	A
16	EU	C	B	A	A	B	A	C	A	D	A	D	B	B
17	MR	A	A	A	A	A	A	C	E	E	A	D	C	B
18	EU	B	A	A	A	B	A	C	A	A	A	A	B	B
19	MR	A	A	A	A	B	A	C	E	D	D	D	B	B
20	TE	A	B	A	A	B	B	B	A	A	A	A	C	A
21	ME	C	B	A	A	A	A	C	E	D	D	D	B	B
22	ME	B	C	A	A	A	A	C	E	D	D	D	B	B
23	TE	A	B	A	A	A	A	B	A	B	A	A	B	A
24	EU	B	A	A	A	A	A	C	E	D	D	D	B	B
25	LIC	B	A	A	A	A	A	C	E	D	D	D	B	B
26	AE	D	D	B	C	A	A	B	A	E	A	B	C	B
27	ME	C	C	A	A	A	A	C	E	D	D	D	B	B
28	AE	B	B	A	A	A	A	C	E	D	D	D	B	B
29	TE	A	B	A	A	A	B	C	E	D	D	D	B	B
30	MR	A	A	A	A	A	A	C	E	E	A	D	B	B