

## Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

**BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA**  
UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
Chía - Cundinamarca



Universidad de  
**La Sabana**

**GUÍA DE ENFERMERÍA SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR  
BÁSICA EN ADULTOS SEGÚN ESTÁNDARES DE LA AHA 2010.**

**PRESENTADO POR:**  
**OMAIRA LINARES**  
**JESSICA JIMÉNEZ VEGA**

**ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADO CRÍTICO, CON ÉNFASIS EN ADULTOS**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN**  
**UNIVERSIDAD DE LA SABANA.**

**Bogotá, agosto 2013.**



Universidad de  
**La Sabana**

**GUÍA DE ENFERMERIA SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR  
BÁSICA EN ADULTOS SEGÚN ESTÁNDARES DE LA AHA 2010.**

**PRESENTADO POR:**

**OMAIRA LINARES**

**JESSICA JIMÉNEZ VEGA**

**DOCENTE:**

**MARÍA DEL CARMEN GUTIÉRREZ AGUDELO**

**ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADO CRÍTICO, CON ÉNFASIS EN ADULTOS**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA.**

**Bogotá, 2013.**



## TABLA DE CONTENIDO

<b>1. TABLA DE CONTENIDO</b>	
<b>2. CONTEXTO</b>	<b>4</b>
<b>3. PLATAFORMA ESTRATÉGICA</b>	<b>6</b>
<b>3.1 UNIVERSIDAD MANUELA         BELTRÁN.</b>	<b>7</b>
<b>3.2 PROGRAMA DE ENFERMERÍA</b>	<b>7</b>
<b>3.3 LABORATORIO DE         SIMULACIÓN CLÍNICA.</b>	<b>7</b>
<b>4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.</b>	<b>8</b>
<b>4.1 INVOLUCRADOS</b>	<b>8</b>
<b>4.2 DIAGNOSTICO PREVIO</b>	<b>9</b>
<b>4.3 ÁRBOL DE PROBLEMAS</b>	<b>10</b>
<b>5. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>11</b>
<b>6. SOPORTE TEÓRICO Y     CONCEPTUAL</b>	<b>13</b>
<b>6.1 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS</b>	<b>13</b>
<b>6.2 SOPORTE TEÓRICO</b>	<b>14</b>
<b>7. ÁRBOL DE OBJETIVOS</b>	<b>29</b>
<b>8. METODOLOGÍA</b>	<b>30</b>
<b>9. ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN</b>	<b>33</b>
<b>10. RESULTADOS</b>	<b>34</b>
<b>11. CRONOGRAMA</b>	<b>38</b>
<b>12. PRESUPUESTO</b>	<b>39</b>
<b>13. ANEXOS</b>	<b>40</b>
<b>14. BIBLIOGRAFÍA.</b>	<b>42</b>

## 2. CONTEXTO

Cada año mueren más de 325.000 americanos por paro cardíaco súbito, más que por cáncer y accidentes de tránsito combinados. Cuando un paro cardíaco sucede por fuera de una instalación hospitalaria, menos de 5% de los pacientes sobreviven, principalmente porque la reanimación cardiopulmonar y/o la desfibrilación no son realizadas prontamente.<sup>1</sup>

A nivel mundial uno de los aspectos a tener en cuenta o de mayor importancia a nivel de salud es lo referente a eventos cardiopulmonares puesto que son los causales de mayor daño o secuelas en la salud de la población; por ende se estableció un algoritmo o guía de reanimación para dar atención de primera línea y a nivel hospitalario ante este tipo de eventos

Teniendo en cuenta lo anterior, se encontró la necesidad de realizar una guía de enfermería actualizada con la última normatividad de la AHA en reanimación cardiopulmonar básica que sirva de referente a docentes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Manuela Beltrán para que ellos sean multiplicadores de conocimientos para los estudiantes en formación.

La Universidad Manuela Beltrán es una institución de educación superior que cuenta entre sus programas académicos con el programa de Enfermería, la población de alumnos comprende estudiantes de edades entre los 17 y 25 años de edad, tanto de sexo masculino como femenino, siendo este el de mayor predominio.

La Universidad cuenta con un laboratorio de simulación clínica cuyo propósito es poner en práctica los conocimientos teóricos/científicos adquiridos a lo largo de los programas académicos, para el diagnóstico, se realizó una encuesta al personal docente donde se pudo establecer el desconocimiento de las modificaciones realizadas por la American Heart Association en el 2010 para reanimación cardiopulmonar básica.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> David Alexander Cogollo Mejía; Juan Esteban Toro González; Facultad de Medicina Universidad CES; Proyecto de investigación: REVISIÓN DE CASOS INTERNACIONALES, NACIONALES Y LOCALES DE ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA DE PARO CARDIORRESPIRATORIO CON Y SIN DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO – DEA; Medellín-Colombia, Enero del 2010.

<sup>2</sup> Extraído el 1º de noviembre del 2012; <http://www.manuelabeltran.info/htm>.



### **3. PLATAFORMA ESTRATÉGICA**

#### **3.1 UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN**

Es una institución de educación superior con 36 años de fundada en Colombia. Actualmente ofrece 16 carreras profesionales, entre ellas encontramos el programa de Enfermería y 12 programas de postgrado en sus sedes de Bogotá y Bucaramanga.

##### **MISIÓN**

“La Universidad Manuela Beltrán es un semillero de buenos ciudadanos, innovadores y productivos, líderes en su comunidad y en su disciplina profesional.”

##### **VISIÓN**

“La Universidad Manuela Beltrán será una casa de estudio y de cultura para todos, comprometida con su sociedad y sus valores, con el desarrollo científico y tecnológico y con el bienestar colectivo.”

#### **3.2 PROGRAMA DE ENFERMERÍA**

La Enfermería es la ciencia encargada de la gestión de los cuidados integrales de la salud de las personas. El profesional de enfermería se integra al equipo multidisciplinario del área de la salud y contribuye con sentido crítico en la toma de decisiones en la atención de las personas.

En la Universidad Manuela Beltrán el estudiante de Enfermería recibe una formación académica integral, que incluye de primer semestre a noveno una materia que se enfoca en Terapias Alternativas.

También aplica sus conocimientos en promoción de la salud, prevención de enfermedades; y cuidados a discapacitados y enfermos terminales; y propende por formar al estudianto para que pueda planear, ejecutar, evaluar y brindar cuidados para la salud.

##### **✓ PERFIL DEL PROFESIONAL**

El profesional en Enfermería hace parte del área de la salud; es un profesional con formación en el campo científico, técnico y humanístico, que le permite dar



cuidado a personas de todas las edades, familias y comunidades, enfermas o sanas, en todos los contextos.

#### ✓ **PERFIL OCUPACIONAL**

El Enfermero o Enfermera de la Universidad Manuela Beltrán tendrá enfoque asistencial, investigativo y en terapias alternativas, lo que le permitirá desempeñarse en cargos administrativos y de dirección del cuidado en entidades de salud públicas o privadas.

También podrá prestar servicios de atención de enfermería clínicos o ambulatorios, desempeñarse como docente en educación formal y no formal; y como independiente en la investigación y aplicación de cuidados apoyados en las terapias alternativas.

El profesional en Enfermería de la Universidad Manuela Beltrán podrá, además, desempeñarse en consultorio particular, empresas y escenarios deportivos.

#### ✓ **PRACTICAS**

El programa de Enfermería en la Universidad, ofrece al estudiante la oportunidad de realizar prácticas desde II semestre en diferentes niveles de atención en alguna de las importantes instituciones con las que la Universidad Manuela Beltrán tiene convenio. Algunas de ellas son:

Hospital Simón Bolívar  
Hospital La Misericordia  
Hospital El Tunal  
Hospital Universitario Mayor Mederi  
Hospital Pablo VI de Bosa.

### **3.3 LABORATORIO DE SIMULACIÓN CLÍNICA**

La Universidad Manuela Beltrán cuenta con una serie de laboratorios con tecnología de punta que permite la práctica académica de los estudiantes, tiene a disposición de la comunidad estudiantil laboratorios especializados como el laboratorio de Simulación Clínica Hospitalaria, pionero en Latinoamérica dotado con modernos equipos que simulan un hospital real, con salas de cirugía, área de hospitalización, de neonatos, de esterilización de terapia respiratoria con red de gases medicinales y hasta simuladores de pacientes de última tecnología.



Otros de sus laboratorios incluyen laboratorio de biomédica, biomecánica digital, informática, cine y televisión, salas de edición de audio y video, laboratorio de inglés, laboratorio de electrónica básica, laboratorios siemens, laboratorio de terapias, laboratorio de morfo fisiología, entre otros.

## **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **4.1 INVOLUCRADOS.**

La Universidad Manuela Beltrán cuenta con un cuerpo docente idóneo formados como especialistas, magísteres y doctores con amplia experiencia tanto en el área asistencial como en la docencia, cuyo principal objetivo está encaminado en la formación de excelentes profesionales de enfermería.

En cuanto al programa de enfermería este cuenta con aproximadamente 50 Docentes del ámbito asistencial; de los cuales 6 corresponden al área de Cuidado Critico.

### **4.2 DIAGNOSTICO PREVIO**

A nivel mundial uno de los grandes problemas a nivel de salud en la población hacen referencia al sistema cardiovascular, siendo su mayor causa patologías como diabetes e hipertensión; uno de los eventos presentes durante este padecimiento es el paro cardiorrespiratorio presente en poblaciones correspondientes a todos rangos de edades

Para brindar una atención oportuna y eficaz hoy en día se emplean y socializan diferentes bases teóricas establecidas con guías de reanimación básica que permitan entrenar aquellas personas que prestaran el primer nivel de atención a la población con afecciones cardiopulmonares.

Para establecer una base científica que permita unificar el manejo y los pasos a seguir por parte del personal que brinda la primera atención en salud ante un evento cardiorrespiratorio, se hace necesario la creación y aplicación de guías de manejo; actualmente una de las más utilizadas es la elaborada por la Asociación Americana de Cardiología (AHA).

Las diferentes entidades educativas de nivel superior cuentan con currículos que permiten la capacitación de sus estudiantes sobre la reanimación básica y avanzada durante un paro cardiorrespiratorio; en la Universidad Manuela Beltrán como parte de esta enseñanza se cuenta con un laboratorio de simulación



clínica, cuyos espacios permiten la realización de procedimientos e implementación de bases científicas con fines de formar a sus estudiantes con las capacidades y destrezas necesarias para actuar ante un evento de este tipo.

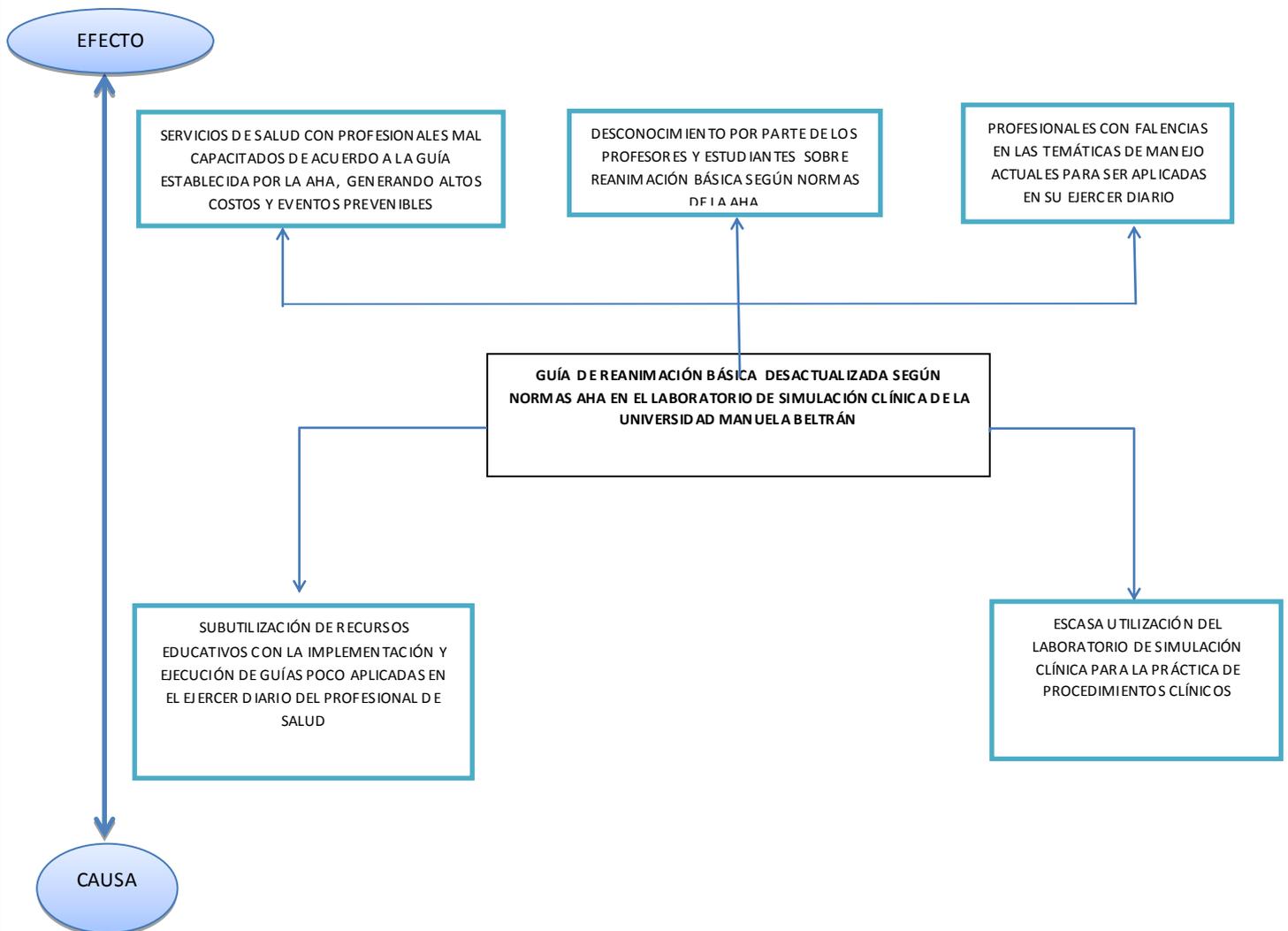
En esta área a su vez se cuentan con guías de manejo establecidas para llevar a la práctica los conocimientos teóricos científicos adquiridos según el programa académico.

De tal manera, se ve la necesidad de actualizar y diseñar una guía de enfermería de reanimación básica para el laboratorio de simulación clínica con base a lo estipulado por La Asociación Americana del Corazón, conocida mundialmente como American Heart Association (AHA), que es el máximo referente científico en cardiología de los Estados Unidos y el resto del mundo.

Debido a su volumen de publicaciones científicas actualmente determina y define las directrices de los avances médicos en el ámbito de la cardiología. Estas guías de reanimación son las más utilizadas en nuestro medio y son actualizadas cada cinco años basados en las últimas investigaciones de medicina basada en la evidencia, en ellas se establecen las directrices de manejo para reanimación cardiovascular básica y avanzada. La población a la que va dirigida en este caso son los docentes de último semestre del programa de Enfermería de la Universidad Manuela Beltrán.

### 4.3 ÁRBOL DE PROBLEMA

El desarrollo de las técnicas de resucitación ha sido objeto de múltiples publicaciones en los últimos 50 años, con el objeto de depurar conceptos, simplificar el método y hacerlo más accesible a todos. En nuestro país se muestra una gran cantidad de fallecimientos atribuibles a causas de origen cardiovascular, incremento de la población a riesgo, deficiencia en la cobertura de los servicios de salud y falta de entrenamiento de la comunidad para afrontar este tipo de eventos. Con el advenimiento de los nuevos métodos de enseñanza se busca transmitir conocimiento claro, preciso y eficaz, mejorar la calidad de vida y esperanza de las personas y formar profesionales con un nivel adecuado a las expectativas de su trabajo clínico.<sup>3</sup>



<sup>3</sup>Corrales Rivera, Andrés Felipe (2012) *Modelo para la enseñanza en reanimación cerebro cardíaco pulmonar*, Universidad Nacional de Colombia; <http://www.bdigital.unal.edu.co/>

## 5. JUSTIFICACIÓN

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es una situación que cursa con interrupción brusca, inesperada y presumiblemente reversible de la respiración y de la circulación espontánea, a consecuencia de lo cual se produce una brusca disminución del transporte de oxígeno a la periferia y a órganos vitales, que puede provocar el fallecimiento de la víctima.<sup>4</sup>

En los Estados Unidos y Canadá, aproximadamente 350000 personas al año (aproximadamente la mitad de ellos en el hospital) sufren un paro cardíaco y reciben los intentos de resucitación.<sup>5</sup> En la actualidad el alto índice de mortalidad a causa de enfermedades cardiovasculares es evidente y muchas de ellas se asocian a patologías relacionadas con infarto agudo de miocardio, HTA y diabetes mellitus; Con relación a la población es de predominio la población de edad avanzada o con antecedentes de compromiso a nivel miocárdico; por ende la formación en RCP es indispensable puesto que está comprobado que el pronóstico empeora cuando la RCP se realiza de forma tardía y/o inadecuada.

El éxito de las técnicas de RCP dependen fundamentalmente de la atención precoz del paciente, es decir que mientras más rápido es asistido el enfermo por un personal calificado y entrenado para tal causa, mayores serán las posibilidades de supervivencia. Las demoras por cualquier motivo para brindar esta atención en primera estancia pueden ser fatales. Para una recuperación completa del sistema nervioso central se estima un tiempo máximo de 5 min sin aporte de flujo; en cambio las recuperaciones entre los 5 y 20 min dejan, cuando menos, secuelas histológicas; la realización de las técnicas y maniobras de reanimación de forma secuencial, rápida y coordinada sólo se consigue mediante un aprendizaje práctico y repetitivo en espacios y ambientes aptos para la aplicación de dichos conocimientos.

Las Guías de la AHA de 2010 para RCP se basan en una extensa revisión de la bibliografía de reanimación y en muchos debates y discusiones protagonizados entre expertos en reanimación y miembros del comité y de los subcomités de Atención Cardiovascular de emergencia (ACE) de la American Heart Association (AHA).

El Consenso Internacional de 2010 sobre RCP y ACE con Recomendaciones de Tratamiento del ILCOR, publicado simultáneamente en *Circulation* y

---

<sup>4</sup> Noviembre 10 del 2012; Colaboradores de *Wikipedia (en línea)*; disponible en : <file:///C:/Documents%20and%20Settings/sergio.ABEL/Escritorio/revista/html/rhcm08106.htm> (2 of 7)15/3/2006

<sup>5</sup> Noviembre 10 del 2012; Colaboradores de *Wikipedia (en línea)*; disponible en: <http://es.scribd.com/doc/44550794/Información-general-sobre-RCP-2010-American-Heart-Association-Directrices-para-la-Resucitación-Cardiopulmonar-y-Aten>



Resucitación, resume el consenso internacional a la hora de interpretar decenas de miles de estudios sobre reanimación con revisión científica externa. Este proceso internacional de evaluación de evidencias de 2010 contó con la participación de 356 expertos en reanimación de 29 países, que analizaron y debatieron acerca de la investigación en reanimación en reuniones presenciales, teleconferencias y sesiones online (“webinars”) durante 36 meses, incluida la conferencia de Consenso Internacional de 2010 sobre RCP y ACE con recomendaciones de Tratamiento, celebrada en Dallas a principios de 2010. Los expertos participantes produjeron 411 revisiones de la evidencia científica de 277 temas relacionados con la reanimación y la ACE. Este proceso incluyó una evaluación estructurada de las evidencias, y el análisis y catalogación de la bibliografía.<sup>6</sup>

Se crea la necesidad de elaboración de una guía de reanimación cardiopulmonar con base a la elaboración de una encuesta de conocimientos en cuanto al manejo de los pacientes en paro cardiorespiratorio aplicada a los docentes del área crítica asistencial, del total de docentes a los que se les aplicó la encuesta el 70% de estos presentaron falencias en cuanto a la unificación de criterios correspondientes a los primeros pasos a seguir durante una reanimación básica según los estándares de la American Heart Association (AHA).

El propósito de esta guía es actualizar a docentes de último semestre de la Facultad de Enfermería de la Universidad Manuela Beltrán en lo relacionado con Reanimación cardiopulmonar básica, basados en los estándares de la American Heart Association (AHA), definir las estrategias diagnósticas y terapéuticas tendientes a proveer el mejor manejo posible en los pacientes. Estas recomendaciones serán aplicadas de manera flexible y transmitida a los estudiantes que cursan último semestre de enfermería en la Universidad. La guía está basada en la mejor evidencia científica conocida y en el juicio clínico de expertos. Las recomendaciones están sustentadas en los grados de evidencia y su principal objetivo es poder garantizarle a la población una atención adecuada durante estos eventos, disminuyendo así la tasa de mortalidad asociada a este.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> M. Field John; “y otros” (2010); Executive Summary: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care; Circulation 2010;122:640-656.

<sup>7</sup> Velásquez, J. C. V; “y otros” (2010); REANIMACIÓN CARDIOCEREBRO PULMONAR (RCCP) BÁSICA DEL ADULTO. New 2010 guidelines for basic cerebral-cardiopulmonary resuscitation. Critical analysis. Revista Colombiana de Cardiología, 17(6), 247-252.



## 6. SOPORTE TEÓRICO Y CONCEPTUAL

### 6.1 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

✓ **GUÍA:**

Documento que incluye los principios o procedimientos para encauzar una cosa o el listado con informaciones que se refieren a un asunto específico.

✓ **AHA:**

La Asociación Americana del Corazón, conocida mundialmente como American Heart Association, es el máximo referente científico en cardiología de los Estados Unidos y el resto del mundo. Debido a su volumen de publicaciones científicas actualmente determina y define las directrices de los avances médicos en el ámbito de la cardiología.

✓ **REANIMACIÓN:**

La reanimación cardiopulmonar (RCP) es un procedimiento médico de emergencia para la víctima de un paro cardíaco o, en algunas circunstancias, paro respiratorio. La RCP se realiza en los hospitales, o en la comunidad por legos o por profesionales de los servicio de emergencias

✓ **REANIMACIÓN BÁSICA :**

Conjunto de maniobras destinadas a restaurar la circulación eficaz utilizando compresiones torácicas externas e insuflación de los pulmones con aire espirado

✓ **PERSONAL LEGO:**

Persona que no tiene experiencia o conocimientos para brindar una reanimación básica durante un evento cardiopulmonar

## 6.2 SOPORTE TEÓRICO

### ***TEORÍA DE PRINCIPIANTE A EXPERTA: EXCELENCIA Y DOMINIO DE LA PRACTICA DE ENFERMERÍA CLÍNICA.***

Patricia Benner se inspira en Virginia Henderson, quien dice que no sólo se debe cuidar al enfermo, sino también su salud. Benner observó que: “la adquisición de habilidades basada en la experiencia es más segura y más rápida cuando se produce a partir de una base educativa”.

Benner, estudió la práctica de la enfermería clínica para descubrir y describir el conocimiento que sustentaba la práctica enfermera, en otras palabras, aquel conocimiento que aumenta con el tiempo y que hace la diferencia entre el conocimiento práctico y teórico. Con esto podría hacer un cambio en la práctica y preparación de las enfermeras en el ejercicio de su profesión. Utilizo 7 dominios según la similitud de la función y la intención:

- 1 Rol de ayuda.
  1. La función de enseñanza-formación
  2. La función de diagnóstico y seguimiento del paciente.
  3. La gestión eficaz de las situaciones que cambian con rapidez.
  4. La administración y la vigilancia de las intervenciones y los regímenes terapéuticos.
  5. El seguimiento y a garantía de la calidad de las prácticas de cuidado de la salud.
  6. Las competencias organizadoras del rol de trabajo.

En su libro *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*, se puede encontrar una investigación basada en un estudio de seis años con 130 enfermeras de hospital (principalmente de cuidados intensivos); en donde examina como éstas van adquiriendo los conocimientos clínicos hasta convertirse en expertas. Los objetivos de este estudio fueron: Proyectar el conocimiento práctico implícito en la práctica profesional. Describir la naturaleza de la adquisición de habilidades en la práctica. Identificar los obstáculos y recursos para llegar a ser una experta.<sup>8</sup>

"Desde novicio a experto: excelencia y poder en la práctica clínica de la enfermería". En este trabajo Benner sin mucha dilación, se convirtió en una obra

---

<sup>8</sup> Benner P.; (2001); *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. NJ: Prentice Hall; Noviembre 10 del 2012; <http://nljournals.org/doi/abs/10.1043/1536-5026-030.002.0079>

clásica en la literatura de la enfermería. Lo sagaz en la obra de Benner fue el poder extrapolar hacia el campo de la enfermería las ideas de otro trabajo investigativo hecho por otros autores Dreyfus, H. y Dreyfus, S. en poblaciones de pilotos y ajedrecistas. Del trabajo de estos autores Benner utilizó el acercamiento para poder detectar la habilidad en la adquisición de destrezas por un practicante de enfermería en ambientes de cuidado crítico. Después de recopilar y analizar la data Benner ratifica las conclusiones del trabajo de Dreyfus y Dreyfus diciendo que al tratar de lograr alcanzar el grado mayor de excelencia profesional el mismo se obtiene atravesando un proceso que se compone de cinco niveles o estadios:

1. Novicio.
2. Principiante avanzado.
3. Competente.
4. Maestría o peritaje proficiente.
5. Experto.

En cada uno de estos estadios el practicante va adquiriendo conocimiento y destreza a través de la situación fenomenológica o gestalt; esto es, por el solo hecho de estar presente en la situación (Pyles y Noerager, 1983).<sup>9</sup>

## LOS CINCO ESTADIOS O NIVELES

- **Primer nivel.** El estadio de novicio; por su descripción, en el modelo de Dreyfus H. y Dreyfus S. es aquel donde el practicante no tiene el trasfondo cognoscitivo para entender la situación y por lo tanto las reglas-libres al contexto ni los atributos le son requeridos para ejecutar en forma segura. En este estadio se puede pensar en aquel estudiante de enfermería que experimenta por primera vez en el área clínica la situación de un código o paro cardíaco. Otro ejemplo podría ser el de un practicante ya con cierta experiencia que comienza en un nuevo sitio de empleo.
- ✓ **Segundo nivel.** En el estadio del principiante avanzado, el practicante puede demostrar de una manera marginalmente aceptable, el poder ejecutar por el hecho de haber estado en situaciones similares y que puede salir airoso; tal vez algo agitado o confuso. Este es el practicante

---

<sup>9</sup> Benner P. (2002); Using the Dreyfus model of skill acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. The bulletin of Science, Technology and Society. 2002; Noviembre 10 de 2012; <http://nljournals.org/doi/abs/10.1043/1536-5026-030.002.0079>

que un mentor percibe como una persona que posee los componentes que son propios en una situación particular.

Muchos son los supervisores, maestros, gerentes o investigadores en la enfermería que pudiendo percibir las cualidades de un practicante en este nivel, de inmediato quisieran poseerle, ya que con un buen mentor podría convertirse en un practicante formidable. Por un lado, el principiante avanzado bien motivado, puede moldearse mejor que cualquier otro. Por otro lado muchos son los practicantes en el nivel avanzado que han podido cambiarle la forma de pensar o hacer a un supervisor, maestro, mentor..., ya que este practicante posee el gestalt que las nuevas situaciones exigen.

Cabe aquí el definir el término gestalt como el conjunto de elementos i e. pensamientos y experiencias que se concentran en un todo (la persona) y que son considerados como más del total de la suma de sus partes. Resumiéndolo así, todo lo que trae la persona a la situación y que es de beneficio a la problemática o a la toma de decisiones.

- **Tercer nivel.** En el estadio de competente, el individuo deliberadamente planifica de forma consciente, cosa que denota seguridad. En eso que el planifica incluye los atributos visible y los que son un tanto predecibles en una situación y los cuales se consideran importantes y que podrían ser ignorados.

Es de admirar a quien puede hacer un plan de cuidado de enfermería efectivo, en síntesis y al detalle. También es de admirar el trabajo de un estudiante de enfermería donde se puede apreciar la aplicación de la teoría aprendida en el salón de clases o en la literatura con las actividades que ejecuta en el área clínica. Más es de admirar a aquel gerente de servicios de enfermería que al planificar, puede solucionar problemas antes de que se susciten. Aún más, es de admirar a aquel investigador en enfermería que puede con humildad presentar los hallazgos de su investigación sin sentirse amargado o resentido por la crítica a su trabajo; tal comportamiento es esperado de un investigador competente.

- **Cuarto nivel.** El estadio de maestría o peritaje es donde el practicante experimenta en forma súbita el deja ver en la nueva situación al asociarlas con otras parecidas y ya vividas. Ante sus ojos, ese deja ver inunda su pensamiento con todas las variables que componen el todo de la situación. En su mente, todas esas variables se comportan con un

efecto saltatorio el cual más tarde el practicante las ubica por prioridad. El practicante en este nivel de maestría o peritaje proficiente, ya posee el equipaje intelectual y las destrezas para actuar sin titubear en forma lógica, segura y eficiente. Como ejemplo, he aquí una situación simple de dos practicantes de enfermería que llegan a la misma hora y al mismo lugar donde trabajan. Poco antes de llegar, perciben el olor peculiar que procede de la defecación de un paciente con sangrado de varices esofágicas. Uno piensa si la toma frecuente de signos vitales se ha llevado a cabo y el otro piensa si habrá suficiente sangre disponible para ése paciente. Otra situación donde se puede percibir el nivel de maestría y peritaje es en una donde el maestro de enfermería asume que el estudiante piensa en forma irracional. Mientras otro se pregunta por qué el estudiante piensa de esa forma.<sup>10</sup>

Muchos podrían ser los ejemplos que del practicante en el nivel de maestría o peritaje pudiesen darse tanto en los campos de la educación, de la práctica, de la gerencia o de la investigación de la profesión de enfermería. Sobre muchos otros el lector podría pensar.

- **Quinto nivel.** El quinto nivel es el estadio de experto. Ya en este plano, el practicante ha logrado el refinamiento clínico tanto teórico como práctico para su uso en situaciones clínicas parecidas. El practicante experto, mentalmente compara situaciones clínicas anteriores con la presente y busca en su mente las similitudes y las diferencias que pueda haber. El experto posee el alcance y la profundidad para la aplicación práctica la cual está basada en el gestalt de casos vividos. Dice Benner (2001) que "el experto es un híbrido del conocimiento práctico y teórico".

Ya se dijo, la excelencia es el dominio intelectual y físico de una actividad que una mayoría no puede o no intenta lograr. Pero para el practicante de la enfermería profesional que desee intentarlo, tiene que vivir su profesión de una manera apasionada. Esta pasión se vive a la luz del código de ética profesional y con el deseo y el esfuerzo de desarrollar una personalidad académica. El practicante experto demuestra su excelencia porque lee, investiga y publica. La lectura aumenta su caudal intelectual;

---

<sup>10</sup> Dreyfus HL. A (2002) ; Phenomenology of skill acquisition as the basis for Merleau-Pontian Non-representationalist Cognitive Science. CA: University of California: Berkley; 2002. Noviembre 11 de 2012; <http://nljournals.org/doi/abs/10.1043/1536-5026-030.002.0079>



la práctica refina sus intervenciones; la investigación le ha de producir nuevos conocimientos y con publicar, contribuye al acervo literario de la profesión.

Dentro de la población universal de miembros de la profesión de la enfermería hay aquellos que no pueden y otros que no quieren atravesar el difícil y agotador proceso que conduce hacia la excelencia. Pero para esos que deseen lograr su más alto nivel de excelencia vale el consejo de conseguirse un buen mentor (Flaherty, 1999). El mentor puede ayudarle en el compartir de experiencias, logros y frustraciones. Ese mentor debe tener las cualidades de un académico. De estos hay muchos que con su comportamiento afirmativo, los encuentra en los silenciosos nichos donde se albergan los líderes.

El conocimiento clínico de una enfermera depende de hasta qué punto sus habilidades enfermeras marcan una diferencia en el cuidado y resultados del paciente.

Aplicar este modelo mediante la actualización en reanimación cardiopulmonar básica a docentes y a estudiantes de noveno semestre de Enfermería permitirá ofrecer el desarrollo de habilidades y destrezas en su práctica clínica y su ejercicio profesional pasando por las diferentes etapas que menciona Benner

Las guías de reanimación AHA fueron diseñadas con el fin de permitir el actuar de los proveedores de reanimación cardiopulmonar y los encargados de entrenar a este personal que presta atención en primera estancia durante este tipo de eventos, se basa en conocimientos científicos y en las recomendaciones que son importantes para preservar la salud de la persona.

Para que la reanimación cardiopulmonar sea eficaz se debe contar con los conocimientos básicos que serán prestados en primera estancia al reanimado; por ende el contenido y el algoritmo a seguir por parte de la AHA (asociación americana de cardiología) en el proceso de reanimación se modifica con base a evidencia científica que ratifica el cambio de la secuencia a seguir durante la reanimación cardiopulmonar; el siguiente documento tiene como contenido las modificaciones y actualizaciones realizadas por la AHA para ser aplicadas durante la reanimación básica durante un evento cardiopulmonar .

## **PARA REANIMADORES LEGOS**

### **1. Cambio de A-B-C a C-A-B**

Las Guías de la AHA de 2010 para RCP y ACE recomiendan cambiar la secuencia de los pasos de SVB/BLS de A-B-C [Airway, Breathing, Chest compressions (vía aérea, respiración, compresiones torácicas)] a C-A-B [Chest compressions, Airway, Breathing (compresiones torácicas, vía aérea, respiración)] en adultos, niños y lactantes (excepto los recién nacidos; véase el apartado de reanimación neonatal). Este cambio fundamental en la secuencia de los pasos precisa una reeducación de todo aquel que haya aprendido alguna vez RCP, pero tanto los autores como los expertos que han participado en la elaboración de las Guías de la AHA de 2010 para RCP y ACE están de acuerdo en que los beneficios justifican el esfuerzo.

Motivo: La gran mayoría de los paros cardíacos se producen en adultos, y la mayor tasa de supervivencia la presentan los pacientes de cualquier edad que tienen testigos del paro y presentan un ritmo inicial de fibrilación ventricular (FV) o una taquicardia ventricular (TV) sin pulso. En estos pacientes, los elementos iniciales fundamentales del SVB/BLS son las compresiones torácicas y una pronta desfibrilación. En la secuencia de pasos A-B-C, las compresiones torácicas suelen retrasarse mientras quien presta los auxilios abre la vía aérea para dar ventilaciones de boca a boca, saca un dispositivo de barrera o reúne y ensambla el equipo de ventilación. Al cambiar la secuencia a C-A-B, las compresiones torácicas se inician antes y el retraso de la ventilación es mínimo (sólo el tiempo necesario para aplicar el primer ciclo de 30 compresiones, alrededor de 18 segundos; cuando participen dos personas en la reanimación de un lactante o un niño, el retraso será incluso menor) .

La mayoría de las víctimas de paro cardíaco extrahospitalario no reciben RCP por parte de un testigo presencial. Esto puede deberse a múltiples razones, pero una de ellas puede ser el hecho de que la secuencia de pasos A-B-C comienza con el procedimiento que le resulta más difícil al reanimador, es decir, abrir la vía aérea y dar ventilaciones. Empezar por las compresiones torácicas puede animar a otros testigos a iniciar la RCP.

El soporte vital básico suele describirse como una secuencia de acciones, definición que sigue siendo válida si el auxilio lo presta una sola persona. No obstante, la mayoría de los profesionales de la salud trabajan en equipo, y normalmente los miembros del equipo realizan las acciones del SVB/BLS de forma simultánea. Por ejemplo, uno comienza inmediatamente con las compresiones torácicas mientras otro obtiene un desfibrilador externo automático (DEA) y pide ayuda, y un tercero abre la vía aérea y ventila.

Se anima nuevamente a los profesionales de la salud a adaptar las acciones de auxilio a la causa más probable del paro cardíaco. Por ejemplo, si un solo profesional presencia que la víctima se desploma súbitamente, puede asumir que se trata de un paro cardíaco primario con un ritmo desfibrilable, y debe activar inmediatamente el sistema de respuesta de emergencias, obtener un DEA y volver junto a la víctima para aplicar la RCP y usar el DEA. Sin embargo, para una presunta víctima de paro por asfixia (por ejemplo, por ahogamiento), la prioridad sería aplicar compresiones torácicas con ventilación de rescate durante unos 5 ciclos (aproximadamente 2 minutos) antes de activar el sistema de respuesta de emergencias.

### **Resumen de los aspectos clave y los principales cambios realizados a las guías de reanimación cardiopulmonar básica 2010.**

Los aspectos clave y los principales cambios de las recomendaciones de las Guías de la AHA de 2010 para RCP y ACE para los reanimadores legos son las siguientes:

- Se ha creado el algoritmo universal simplificado de SVB/BLS en adultos
- Se han precisado aún más las recomendaciones para reconocer y activar inmediatamente el sistema de respuesta de emergencias según los signos de falta de respuesta, y comenzar con la RCP si la víctima no responde y no respira o la respiración no es normal (por ejemplo, si sólo jadea/boquea).
- Obsérvese que se ha eliminado del algoritmo la indicación de “Observar, escuchar y sentir la respiración”.
- Se sigue resaltando la importancia de la RCP de alta calidad (aplicando compresiones torácicas con la frecuencia y profundidad adecuadas, permitiendo una completa expansión tras cada compresión, reduciendo al mínimo las interrupciones de las compresiones y evitando una excesiva ventilación).
- Se ha cambiado la secuencia recomendada para un reanimador único, para que inicie las compresiones torácicas antes de dar ventilación de rescate (C-A-B en vez de A-B-C). El reanimador debe empezar la RCP con 30 compresiones, en vez de 2 ventilaciones, para reducir el retraso hasta la primera compresión.
- La frecuencia de compresión debe ser de al menos 100/min (en vez de “aproximadamente” 100/min).
- Ha cambiado la profundidad de las compresiones para adultos, pasando de 1½ a 2 pulgadas (de 4 a 5 cm) a 2 pulgadas (5 cm) como mínimo.

Estos cambios se han establecido para simplificar el entrenamiento de un reanimador lego, y para seguir destacando la necesidad de aplicar pronto

compresiones torácicas a la víctima de un paro cardíaco súbito. A continuación se incluye más información sobre estos cambios. Nota: en los siguientes temas se han marcado con un asterisco (\*) los cambios o puntos destacados para reanimadores legos que son similares a los de los profesionales de la salud.

### **Mayor énfasis en las compresiones torácicas**

2010 (nuevo): Si un testigo presencial no tiene entrenamiento en RCP, debe aplicar RCP usando sólo las manos (Hands- Only™, únicamente compresiones) a una víctima adulta que se desplome súbitamente, con especial atención en “comprimir fuerte y rápido” en el centro del tórax, o seguir las instrucciones del operador telefónico del SEM. Deberá seguir aplicando la RCP sólo con las manos hasta que llegue un DEA y pueda utilizarse, o hasta que el personal del SEM u otro personal de emergencias se haga cargo de la víctima.

Todo reanimador lego con entrenamiento debe al menos aplicar compresiones torácicas a la víctima de un paro cardíaco. Si además puede realizar ventilación de rescate, debe aplicar compresiones y ventilaciones con una relación de 30 compresiones por cada 2 ventilaciones. El reanimador deberá seguir aplicando la RCP hasta que llegue un DEA y pueda utilizarse, o hasta que el personal del SEM se haga cargo de la víctima.

Motivo: La RCP usando sólo las manos (únicamente compresiones) es más fácil para un reanimador sin entrenamiento, y un operador telefónico de emergencias puede dirigirla con mayor facilidad. Además, las tasas de supervivencia a paros cardíacos de etiología cardíaca con RCP usando sólo las manos y RCP usando compresiones y ventilación de rescate son similares. Sin embargo, para los reanimadores legos con entrenamiento que puedan hacerlo, se sigue recomendando realizar compresiones y ventilación.

### **Cambio de la secuencia de RCP: C-A-B n vez de A-B-C\***

2010 (nuevo): Iniciar las compresiones torácicas antes que la ventilación.

Motivo: Aunque no existen datos publicados en humanos o animales que demuestren que iniciar la RCP con 30 compresiones en vez de 2 ventilaciones ofrezca mejores resultados, las compresiones torácicas proporcionan un flujo Sanguíneo vital al corazón y al cerebro, y los estudios sobre paro cardíaco extra hospitalario en adultos ponen de manifiesto que cuando los testigos presenciales intentan hacer la RCP, la supervivencia es mayor que cuando no lo hacen. Los datos en animales demuestran que el retraso o la interrupción de las compresiones torácicas disminuyen la supervivencia, por lo que ambos deben reducirse al mínimo durante todo el proceso de reanimación. Las compresiones torácicas se pueden iniciar casi inmediatamente, mientras que colocar bien la cabeza y conseguir un sello para dar la respiración de boca a boca o la ventilación de rescate con bolsa-mascarilla lleva más tiempo. El retraso en el

inicio de las compresiones se puede reducir si hay 2 reanimadores: uno empieza con las compresiones torácicas y el otro abre la vía aérea y está preparado para ventilar en cuanto el primero haya completado el primer grupo de 30 compresiones torácicas. Tanto si hay uno como si hay varios reanimadores, empezar la RCP con compresiones torácicas asegura que la víctima reciba pronto esta intervención crítica, y cualquier retraso de la ventilación de rescate será breve.

### **Eliminación de “Observar, escuchar y sentir la respiración”\***

2010 (nuevo): Se ha eliminado de la secuencia de RCP la indicación de “Observar, escuchar y sentir la respiración”. Tras aplicar 30 compresiones, el reanimador único abre la vía aérea de la víctima y aplica 2 ventilaciones.

Motivo: Con la nueva secuencia que indica “compresiones torácicas primero”, se practica la RCP si el adulto no responde y no respira o no respira con normalidad (como ya se ha indicado, los reanimadores legos aprenderán a practicar la RCP si la víctima que no responde “no respira o sólo jadea/ boquea”). La secuencia de RCP comienza con compresiones (secuencia C-A-B). Por lo tanto, se examina brevemente la respiración como parte de la comprobación de paro cardíaco; después de la primera serie de compresiones torácicas, se abre la vía aérea y el reanimador administra 2 ventilaciones.

### **Frecuencia de compresión torácica: al menos 100 por minuto\***

2010 (nuevo): Es razonable que tanto los reanimadores legos como los profesionales de la salud realicen compresiones torácicas con una frecuencia de al menos 100/min.

Motivo: El número de compresiones torácicas aplicadas por minuto durante la RCP es un factor de gran importancia para restablecer la circulación espontánea y para la supervivencia con una buena función neurológica. El número real de compresiones administradas por minuto viene determinado por la frecuencia de las compresiones y el número y duración de las interrupciones de las mismas (por ejemplo, para abrir la vía aérea, administrar ventilación de rescate o permitir el análisis del DEA). En la mayoría de los estudios, la administración de más compresiones conlleva una mayor supervivencia, mientras que la administración de menos compresiones conlleva una supervivencia menor. Para aplicar las compresiones torácicas adecuadamente, no sólo es necesaria una frecuencia correcta, también se deben reducir al mínimo las interrupciones de este componente crucial de la RCP. Si la frecuencia de compresión es inadecuada o se producen frecuentes interrupciones (o ambas cosas), se reducirá el número total de compresiones por minuto.



### **Profundidad de la compresión torácica\***

2010 (nuevo): El esternón de un adulto debe bajar al menos 2 pulgadas, 5 cm.

Motivo: Las compresiones crean un flujo sanguíneo principalmente al aumentar la presión intratorácica y comprimir directamente el corazón. Las compresiones generan un flujo sanguíneo vital, y permiten que llegue oxígeno y energía al Corazón y al cerebro. Recomendar un rango de profundidad puede dar lugar a confusión, por lo que ahora se recomienda una profundidad determinada para las compresiones. Los reanimadores a menudo no comprimen el tórax lo suficiente, a pesar de que se recomienda “comprimir fuerte”. Además, el conocimiento científico disponible sugiere que las compresiones de al menos 2 pulgadas, 5 cm, son más eficaces que las de 1½ pulgadas, 4 cm. Por este motivo, las Guías de la AHA de 2010 para RCP y ACE recomiendan una única profundidad mínima de compresión para el tórax de un adulto

### **Identificación de la respiración agónica por parte del operador telefónico de emergencias**

Las víctimas de paro cardíaco pueden presentar movimientos similares a convulsiones o respiración agónica que pueden confundir a los reanimadores potenciales. Los operadores telefónicos deben estar específicamente entrenados para identificar esta forma de presentación del paro cardíaco con el fin de poder reconocerlo y aplicar rápidamente la RCP.

2010 (nuevo): Para ayudar a los testigos presenciales a reconocer el paro cardíaco, el operador telefónico debe preguntar sobre la capacidad de respuesta de la víctima, así como si respira y si la respiración es normal, con el fin de poder distinguir a una víctima con respiración agónica (es decir, la que necesita RCP) de una víctima que respira con normalidad y no precisa RCP. Se debe enseñar al reanimador lego a iniciar la RCP si la víctima “no respira o sólo jadea/boquea”. Se debe enseñar al profesional de la salud a comenzar con la RCP si la víctima “no respira o no tiene una respiración normal (es decir, sólo jadea/boquea)”. Por tanto, se comprueba brevemente la respiración, como parte de la comprobación de paro cardíaco, antes de que el profesional de la salud active el sistema de respuesta de emergencias y obtenga un DEA (o envíe a alguien a por uno), y a continuación, se verifica (rápidamente) si hay pulso, se comienza la RCP y se utiliza el DEA.

Motivo: Existen pruebas de que la incidencia comunicada y la evolución final de los paros cardíacos varían considerablemente de una región a otra de los Estados Unidos. Esta variación es una prueba adicional de la necesidad de que las comunidades y los sistemas identifiquen con precisión cada caso de paro cardíaco tratado, así como la evolución final. También sugiere que puede haber un margen de oportunidad para mejorar las tasas de supervivencia en muchas comunidades.



En anteriores guías se ha recomendado desarrollar programas para ayudar a reconocer un paro cardíaco. Las Guías de la AHA de 2010 para RCP y ACE son más específicas respecto a los componentes necesarios de los sistemas de reanimación.

### **Presión cricoidea**

2010 (nuevo): No es recomendable usar presión cricoidea de manera habitual en caso de paro cardíaco

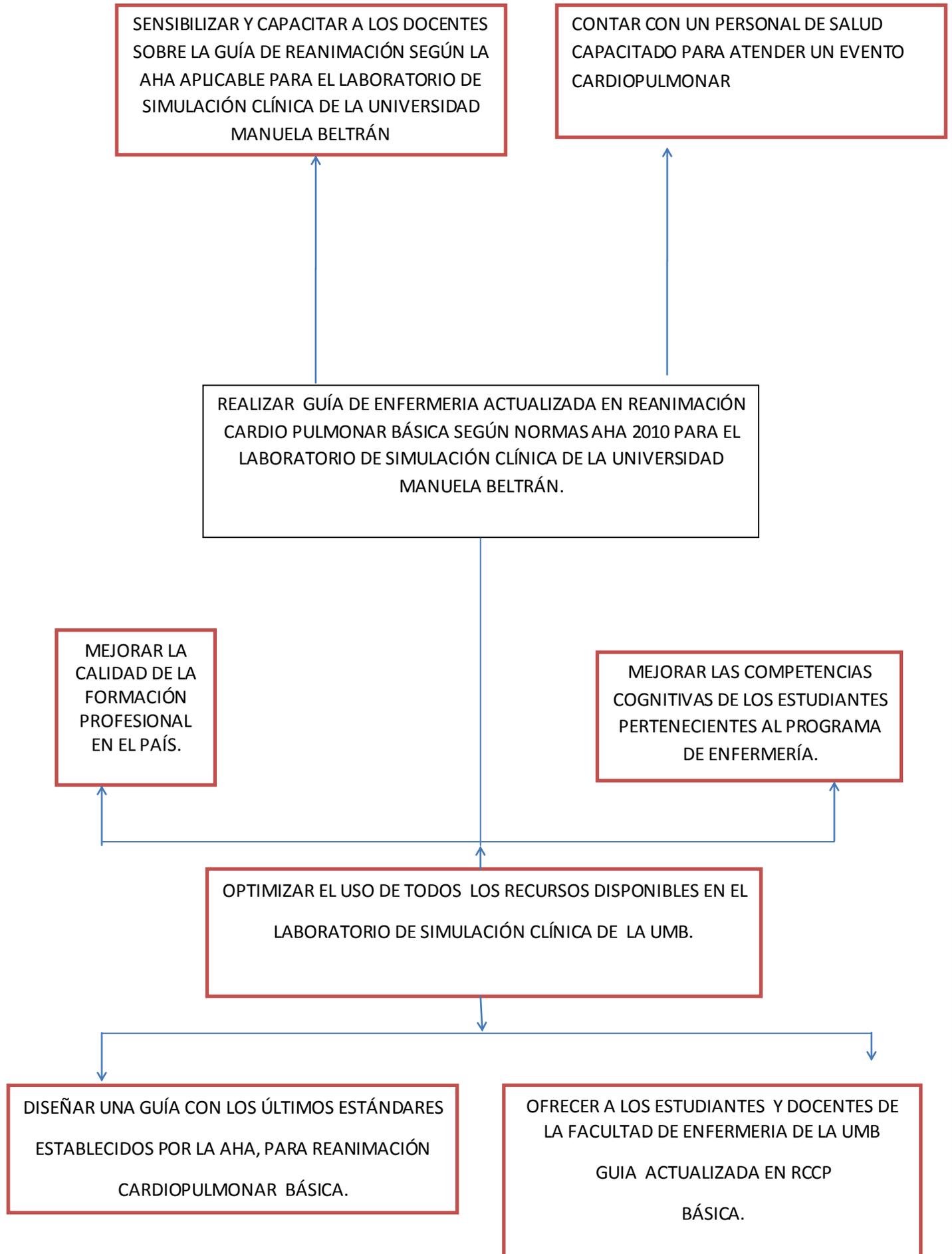
Motivo: La presión cricoidea es una técnica que consiste en aplicar presión al cartílago cricoides de la víctima para empujar la tráquea y comprimir el esófago contra las vértebras cervicales. La presión cricoidea puede prevenir la distensión gástrica y reducir el riesgo de regurgitación y aspiración durante la ventilación con bolsa-mascarilla, pero también podría dificultar la propia ventilación. Siete estudios aleatorizados han demostrado que la presión cricoidea puede retrasar o prevenir la colocación de un dispositivo avanzado para la vía aérea, y que a pesar de estar aplicando presión cricoidea aún se puede producir alguna aspiración. Además, es difícil enseñar adecuadamente a los reanimadores a utilizar la maniobra. Por lo tanto, no es recomendable usar presión cricoidea de manera habitual en caso de paro cardíaco.

### **Reanimación en equipo**

2010 (nuevo): Los pasos del algoritmo de SVB/BLS se han presentado hasta ahora como una secuencia para ayudar a un único reanimador a priorizar sus acciones. Ahora se hace más hincapié en practicar la RCP como un equipo, ya que en la mayoría de los SEM y sistemas de salud hay un equipo de reanimadores que lleva a cabo varias acciones a la vez. Por ejemplo, un reanimador activa el sistema de respuesta de emergencias mientras un segundo inicia las compresiones torácicas, un tercero administra la ventilación o bien obtiene la bolsa-mascarilla para practicar la ventilación de rescate, y un cuarto consigue un desfibrilador y lo prepara.

Motivo: Algunas reanimaciones comienzan con un único reanimador que pide ayuda, mientras que otras lo hacen con varios reanimadores bien dispuestos. El entrenamiento debe centrarse en ir organizando un equipo a medida que van llegando reanimadores, o designar un líder del equipo si hay varios reanimadores presentes. Con la llegada de más personal, se podrá delegar la responsabilidad de las tareas que normalmente llevaría a cabo de manera secuencial un grupo más reducido de reanimadores a un equipo de personas que las ejecutarán de forma simultánea. Por ello, el entrenamiento de profesionales de la salud en SVB/BLS no debe ocuparse únicamente de las destrezas individuales, sino que también debe enseñar a los reanimadores a trabajar en equipo de forma eficaz.

## 7. ÁRBOL DE OBJETIVOS



## 7. METODOLOGÍA

Basados en el marco lógico se presenta a continuación la matriz del marco lógico que corresponde un encadenamiento lógico entre los medios empleados para alcanzar los fines, hace parte de esta la descripción, indicadores, fuentes de verificación y supuestos del proyecto.

DESCRIPCIÓN	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p><b>OBJETIVO GENERAL</b>  <b>ELABORAR GUÍA DE ENFERMERIA SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA EN ADULTOS SEGÚN ESTÁNDARES DE LA AHA 2010 PARA EL LABORATORIO DE SIMULACIÓN CLINICA DE LA UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN.</b></p>	<p><b>Número de docentes que conocen las actualizaciones de la guía según AHA / total de docentes que hacen parte del programa de área crítica</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Asistentes al Laboratorio de simulación clínica que utilizan la guía</b></li> <li>- <b>Aplicación de una lista de chequeo</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>No aceptación de la propuesta</b></li> <li>- <b>Disponibilidad de información</b></li> <li>- <b>Disponibilidad de docentes para el desarrollo de los indicadores</b></li> </ul>
<p><b><u>OBJETIVO ESPECIFICO</u></b>            - MEJORAR LA CALIDAD DE LA</p>	<p><b>Número de docentes que utilizan la guía actualizada / # de docentes sensibilizados</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Aplicación de una encuesta.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Desconocimiento del material físico disponible</b></li> <li>- <b>Desinterés en el uso de las áreas físicas para la</b></li> </ul>



<p><b>FORMACIÓN PROFESIONAL EN EL PAÍS</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- OPTIMIZAR LA UTILIZACIÓN DE RECURSOS EDUCATIVOS DISPONIBLES EN LA FACULTAD DE ENFERMERÍA</li><li>- SENSIBILIZAR Y CAPACITAR A LOS DOCENTES SOBRE LA GUÍA DE REANIMACIÓN SEGÚN LA AHA</li><li>- CONTAR CON UN PERSONAL DE SALUD CAPACITADO PARA ATENDER UN EVENTO CARDIOPULMONAR</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Uso de guía de reanimación en talleres prácticos/ número de talleres formativos en enfermería</b></li><li>- <b>Número de asistentes a la capacitación / total de docentes pertenecientes al programa</b></li><li>- <b>Respuestas correctas en pasos a seguir para reanimación básica / total de preguntas</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Verificación de formatos de asistencia en el laboratorio de simulación clínica</b></li><li>- <b>Listas de asistencia</b></li><li>- <b>Aplicación de una encuesta</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>aplicación de la guía de reanimación</b></li></ul>
<p><b><u>PRODUCTO</u></b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Claridad, comprensión y pertinencia que</b></li></ul>	<p><b>-Aplicación de una encuesta</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>No disponibilidad a la información</b></li></ul>



<b>GUÍA DE REANIMACIÓN BÁSICA CARDIOPULMONAR</b>	<b>tienen los docentes sobre la guía y el video a utilizar sobre el procedimiento de reanimación / guía de reanimación</b>		
<b><u>ACTIVIDADES E INSUMOS</u></b>  <b>-REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA</b>  <b>- DIAGNOSTICO PREVIO: Encuesta de satisfacción: Grado de conocimiento que tienen los docentes que participan en la formación de estudiantes de enfermería en el laboratorio de simulación clínica de la facultad de enfermería de la universidad manuela Beltrán sobre los procesos de reanimación cardiopulmonar básica y las normas AHA a utilizar en este procedimiento.</b> <b>- SOCIALIZACIÓN Y APLICACIÓN DE LA GUÍA.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Costo de revisiones 350.000 durante desarrollo del proyecto</b></li> <li>- <b>Costo de 60.000, al finalizar el proyecto</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Cotizaciones</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Aumento de costos más de lo presupuestado</b></li></ul>

## 8. ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

En la actualidad la mayoría de las personas mayores e incluso de menor edad tienden a presentar afecciones a nivel cardiovascular, algunas de ellas con sus complicaciones más evidentes como falla cardíaca o de otra índole conllevando a un posible paro cardiorrespiratorio, por ende el entrenamiento del personal de salud o que brinda la primera atención ante este tipo de eventos es de gran importancia, hoy en día existen centros dedicados a brindar entrenamiento en dichos procedimientos o al menos a orientar la primera atención que recibe el paciente durante este evento; cada centro de salud así como los diferentes centros educativos están enfocados a brindar educación y capacitación en la reanimación cardiopulmonar.

En instituciones de educación superior como universidades incluyen laboratorios de simulación clínica que permiten una puesta en práctica de los conocimientos teóricos vistos y de esta manera adecuarlos a un escenario real y con simuladores que asemejen una condición de salud determinada de una persona afectada; en la Universidad Manuela Beltrán y en todas las universidades para prestar dicha orientación y aplicación, es de requerimiento contar con guías que permitan enfocar el actuar o ejercer del personal estudiantil, de igual manera es de importancia la actualización de dichas guías o protocolos de manejo según la bibliografía utilizada.

Con base a las necesidades establecidas se vio la importancia de elaborar una guía de manejo en reanimación básica tomando como bibliografía las bases teóricas de la Asociación Americana del corazón, de esta manera adicionar una base científica y práctica para el personal docente y estudiantil correspondiente a los últimos semestres del programa de enfermería

Teniendo en cuenta todo lo anterior se realizaron las siguientes actividades con el propósito de darle cumplimiento a los objetivos establecidos:

- ✓ Diagnóstico del conocimiento de los profesores mediante la aplicación de una encuesta.
- ✓ Revisión de bibliografía: actualización de guías de la AHA 2010
- ✓ Revisión de las guías disponibles en el laboratorio de simulación clínica de la Universidad Manuela Beltrán.



- ✓ Elaboración de guía y video de reanimación cardiopulmonar básica
- ✓ Sensibilización y evaluación de la guía de reanimación cardiopulmonar básica

## 9. PRESENTACION Y RESULTADOS

Previa elaboración y entrega de guía de reanimación básica a la coordinación académica de práctica, se entregara al laboratorio de simulación clínica y rehabilitación en medio físico y magnético dicha guía para la disponibilidad de todos los docentes asistentes e interesados en reanimación cardiopulmonar básica.

Concertado con los docentes de práctica asistencial de cuidado crítico se aplicó una encuesta que mide el grado de satisfacción del personal con respecto a los contenidos y aplicabilidad de esta en el ejercer académico.

Los resultados de este postest fueron los siguientes:

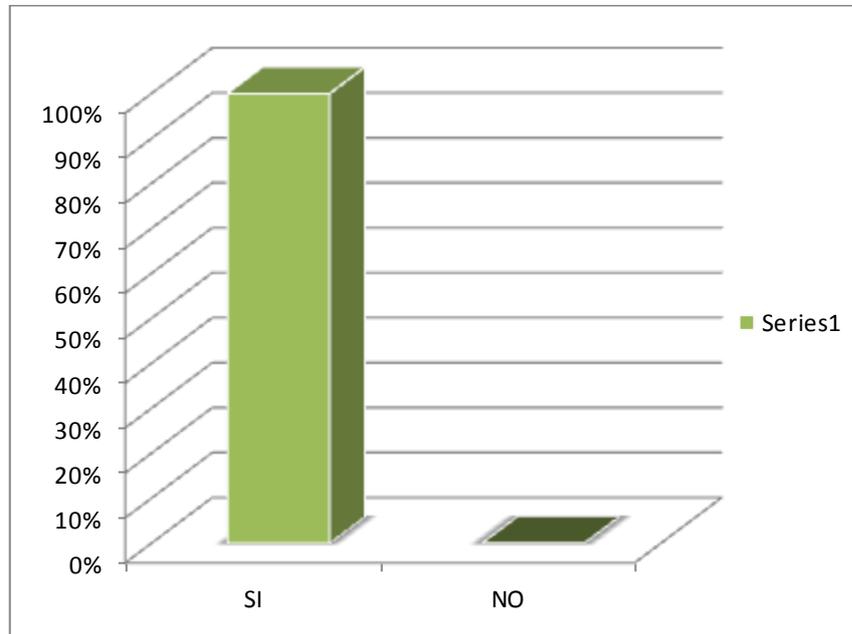
**PREGUNTA No. 1:** El contenido de la guía de reanimación básica fue claro



FUENTE: encuesta de satisfacción en cuanto al contenido y aplicabilidad de una guía de reanimación cardiopulmonar básica, aplicada a los docentes de área critica asistencial de la Universidad Manuela Beltrán

Con base a lo anterior se puede inferir que del total de docentes a los que se le aplico la encuesta el 100% de estos considera que el contenido de la guía fue claro para su aplicabilidad

**PREGUNTA No. 2:** Cumplió con las expectativas previstas para enseñanza

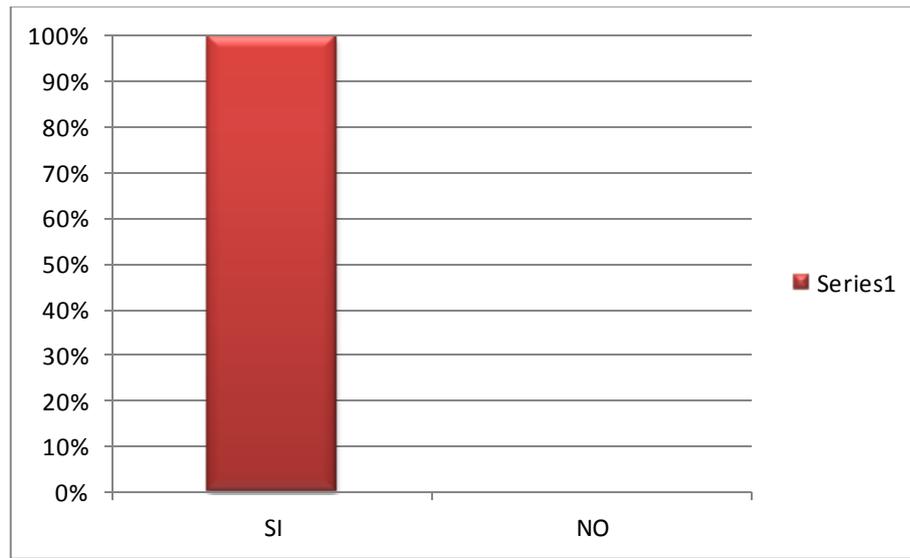


FUENTE: encuesta de satisfacción en cuanto al contenido y aplicabilidad de una guía de reanimación cardiopulmonar básica, aplicada a los docentes de área crítica asistencial de la Universidad Manuela Beltrán

Como se puede constatar en el grafico anterior el 100% de los docentes manifiesta que los contenidos de la guía de reanimación cardiopulmonar básica cumple con los requisitos necesarios para la enseñanza del personal estudiantil en formación.

**PREGUNTA No. 3:**

El tema manejado en la guía corresponde a la temática que se desea desarrollar



FUENTE: encuesta de satisfacción en cuanto al contenido y aplicabilidad de una guía de reanimación cardiopulmonar básica, aplicada a los docentes de área crítica asistencial de la Universidad Manuela Beltrán

En relación con las temáticas tratadas en la guía de reanimación cardiopulmonar básica el 100% de los docentes manifiesta que esta cumple con los logros que se buscan cumplir en relación a esta área.



**PREGUNTA No. 4:**

Observaciones correspondientes a la guía de reanimación cardiopulmonar básica

De la totalidad de docentes a los que se le aplicó la encuesta de satisfacción con relación a los contenidos y aplicabilidad de la guía de reanimación cardiopulmonar básica a nivel académico, ninguno manifestó observaciones correspondientes a esta.



## 10. CONCLUSIONES

- ✓ Se identificó la necesidad de mantener actualizado a todo el personal docente y en proceso de formación en cuanto a las técnicas de reanimación cardiopulmonar según normas AHA
  
- ✓ Se logró un mayor uso de los recursos disponibles en el laboratorio de simulación clínica para el proceso de formación tanto de los docentes como de los estudiantes del programa de enfermería de Universidad Manuela Beltrán
  
- ✓ Se implementó una guía de enfermería actualizada según estándares de la AHA para el proceso de reanimación cardiopulmonar básico
  
- ✓ Algunos profesionales pertenecientes al programa académico necesitaron fortalecimiento en cuanto a los conceptos manejados en cuanto a la reanimación básica según estándares AHA
  
- ✓ La necesidad de actualización permanente en cuanto al manejo de reanimación cardiopulmonar básica según normatividad AHA se crea para el personal no solo docente si no a la vez estudiantil, de tal forma se contara con personal capacitado para prestar una atención de primera estancia ante un evento semejante, puesto que las estadísticas refieren que los eventos cardiopulmonares cada día aumentan y ocupan los primeros índices de mortalidad



## 11. RECOMENDACIONES

- ✓ Mayor utilidad de los recursos disponibles en la institución para la capacitación continua al personal Docente y Estudiantil
  
- ✓ Mantener actualización continua de las guías disponibles en el laboratorio de simulación clínica para favorecer los procesos de aprendizaje
  
- ✓ Favorecer la actualización continua del personal Docente en cuanto a los diferentes contenidos y posibles cambios
  
- ✓ Implementación de la guía y ayuda visual sobre reanimación cardiopulmonar básica.





### 13.PRESUPUESTO

<b>RECURSOS</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>TOTAL</b>
<b>RECURSOS HUMANOS</b>		
ASESORÍAS	16 HORAS	\$4.800.000
ASESORÍA DE EXPERTO	2 HORAS	\$ 700.000
PERSONAL DE ENFERMERÍA	100 HORAS	\$2.000.000
<b>USO Y ALQUILER DE INSUMOS</b>		
COMPUTADOR	500 HORAS	\$ 350.000
IMPRESORA	1 CARTUCHO	\$ 60.000
INTERNET	800 HORAS	\$ 560.000
ALQUILER PROYECTOR	10 HORAS	\$ 500.000
TELEVISOR	10 HORAS	\$ 50.000
<b>RECURSOS BIBLIOGRÁFICOS</b>		
FOTOCOPIAS		\$ 100.000
IMPRESIONES	1 RESMA	\$ 45.000
DIGITADO		\$ 50.000
EDITADO DE VIDEO		\$ 80.000
<b>DESPLAZAMIENTOS</b>		
PASAJES		\$ 50.000
<b>IMPREVISTOS</b>		\$ 500.000
<b>TOTAL</b>		\$ 9.845.000



## 14. ANEXOS

### ENCUESTA

#### OBJETIVO:

IDENTIFICAR EL CONOCIMIENTO QUE TIENEN LOS DOCENTES QUE PARTICIPAN EN LA FORMACIÓN DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA EN LOS LABORATORIOS DE SIMULACIÓN CLÍNICA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN SOBRE LOS PROCESOS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA Y LAS NORMAS AHA A UTILIZAR EN ESTE PROCEDIMIENTO.

#### INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará una serie de preguntas, por favor léalas cuidadosamente y contéstelas lo más claro y conciso posible.

1. Ha recibido actualizaciones en reanimación básica en los dos últimos años SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_, Especifique cuando. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Conoce alguna guía de reanimación SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_, Recuerda cual? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Se siente usted en capacidad de actuar frente a una persona que presenta paro cardiorrespiratorio? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Si su respuesta es NO cual es la causa, especifíquela. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Como determina usted que un paciente está en paro cardiorrespiratorio? Que parámetros tiene en cuenta para dar este diagnóstico? Enuncielos. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Conoce usted la secuencia que debe seguir para iniciar una reanimación básica, por favor describala. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gracias por su tiempo.



ENCUESTA: POSTEST

DETERMINAR EL GRADO DE SATISFACCION QUE TIENEN LOS DOCENTES QUE PARTICIPAN EN LA FORMACION DE ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LOS LABORATORIOS DE SIMULACION CLINICA DE LA FACULTADA DE ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN SOBRE LOS PROCESOS DE REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA SEGÚN LO ESTABLECIDO EN LA GUIA DE MANEJO APLICADA

**INSTRUCCIONES:**

A continuación encontrara una serie de preguntas, por favor léalas cuidadosamente y contéstelas lo más claro y conciso posible.

1. El contenido de la guía de reanimación básica fue claro si \_\_\_ no \_\_\_  
En caso de que su respuesta sea no explique el Porque

---

---

---

---

2. Cumplió con las expectativas previstas para enseñanza si \_\_\_ no \_\_\_  
En caso de que su respuesta sea no explique por que

---

---

---

---

3. El tema manejado en la guía corresponde a la temática que se desea desarrollar si \_\_\_ no \_\_\_  
En caso de que su respuesta sea no explique por que

---

---

---

---

4. Alguna observación correspondiente a la guía de reanimación básica

---

---

---

GRACIAS.....



## 15. BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Galindo JJ., et al: Guías Colombianas de Cardiología Síndrome Coronario Agudo sin elevación del ST. Revista Colombiana de Cardiología. 2008; Vol. 15: Sup 3.
  
- ✓ Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE): Proyecciones Nacionales y departamentales de población 2005-2020. (En línea) disponible en: (<http://www.dane.gov.co>)
  
- ✓ Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación SCARE, Comité de Reanimación Cerebro Cardiopulmonar: Manual de RCCP Básica y Avanzada actualizado con las normas internacionales. Bogotá. SCARE. 2011.
  
- ✓ J.B. López-Mesa,\*, H. Martín-Hernández, J.L. Pérez-Vela, R. Molina-Latorre y P. Herrero-Anzolar ; Puesta al día en medicina intensiva: novedades en resucitación; Novedades en métodos formativos en resucitación
  
- ✓ Colaboradores de Wikipedia (en línea); <file:///C:/Documents%20and%20Settings/sergio.ABEL/Escritorio/revista/html/rhcm08106.htm> (2 of 7)15/3/2006
  
- ✓ Colaboradores de Wikipedia (en línea); -general-sobre-RCP-2010-American-Heart-Asso-----Cardiopulmonar-y-Aten
  
- ✓ Lujes García, Tania; Gutiérrez Gutiérrez, Luisa; Ildo Hernández, Oscar; Cruz Torán, Carlos A.; Cristo Pérez, Viviana; Tornés Alonso, Karen; Reanimación cardiopulmonar: resultados en el centro de Urgencias Médicas; Revista Habanera de Ciencias Médicas, vol. 5, núm. 1, enero-marzo, 2006, pp. 1-7 Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana Ciudad de La Habana



- ✓ Benner P. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. NJ: Prentice Hall; 2001.
  
- ✓ Benner P. Using the Dreyfus model of skill acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. The bulletin of Science, Technology and Society. 2002.
  
- ✓ Dreyfus HL. A phenomenology of skill acquisition as the basis for Merleau-Pontian Non-representationalist Cognitive Science. CA: University of California: Berkeley; 2002.
  
- ✓ <http://socrates.berkeley.edu/~hdreyfus/>-Professor Hubert Dreyfus.
  
- ✓ Flaherty J. Coaching. Evoking excellence. Boston: Butterworth-Heinemann; 1999.
  
- ✓ Henderson V. Excellence in nursing. American Journal of Nursing 1969; 69 (9): 2133-37.
  
- ✓ Hodgman EC. Excellence in nursing in the best of image-1983. Sigma Theta Tau International: Indianapolis 1979; p. 48-51.
  
- ✓ Executive Summary: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care.
  
- ✓ John M. Field, Mary Fran Hazinski, Michael R. Sayre, Leon Chameides, Stephen M. Schexnayder, Robin Hemphill, Ricardo A. Samson, John Kattwinkel, Robert A. Berg, Farhan Bhanji, Diana M. Cave, Edward C. Jauch, Peter J. Kudenchuk, Robert W. Neumar, Mary Ann Peberdy, Jeffrey M. Perlman, Elizabeth Sinz, Andrew H. Travers, Marc D. Berg, John E. Billi, Brian Eigel, Robert W. Hickey, Monica E. Kleinman, Mark S. Link, Laurie J. Morrison, Robert E. O'Connor, Michael Shuster, Clifton W. Callaway, Brett Cucchiara, Jeffrey D. Ferguson, Thomas D. Rea, Terry L. Vanden Hoek. Circulation 2010;122:640-656.