

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA

**“CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA
QUE LABORA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS DEL
HOSPITAL ROOSEVELT DE GUATEMALA EN LOS CUIDADOS AL
PACIENTE PEDIÁTRICO EN PARO CARDIORRESPIRATORIO”**

Estudio descriptivo, cuantitativo y de corte transversal, realizado en el mes de
Agosto de 2,016

SARA JUDITH CABALLEROS SALAZAR
Carné: 200817255

ASESOR: M.A. María Eugenia De León Joaquín
REVISOR: Licda. Eva Noemí Rosales de Tuyuc

Tesis

Presentada ante las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas –USAC–
Escuela Nacional de Enfermeras/os de Guatemala

Previo a optar el grado de
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

GUATEMALA, SEPTIEMBRE 2016



CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO (CUM)
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA
 6 Avenida 3-55 zona 11. Teléfonos 2440-4477, 2440-8592, 2472-1392
 E-mail direccioneneg@gmail.com Guatemala, C.A.



LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
 GUATEMALA A TRAVÉS DE
 LA DIRECCIÓN DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA

AUTORIZA LA IMPRESIÓN DEL TRABAJO DE TESIS
 TITULADO

"CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA
 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS DEL HOSPITAL ROOSEVELT DE
 GUATEMALA EN LOS CUIDADOS AL PACIENTE PEDIÁTRICO EN PARO
 CARDIORRESPIRATORIO"

Presentado por la estudiante: Sara Judith Caballeros Salazar
 Carné: 200817255
 Trabajo Asesorado por: M.A. María Eugenia De León Joachín
 Y Revisado por: Licda. Eva Noemí Rosales de Tuyú

Quienes lo avalan de acuerdo al Normativo de Tesis y Exámenes Generales, Grado Académico de
 LICENCIATURA DE ENFERMERÍA. PUNTO NOVENO, INCISOS 9.1 Y 9.2 del ACTA 32-2004.

Dado en la ciudad de Guatemala a los veintin días del mes de Septiembre del año 2016.

Licda. Engra Judith Porras Marroquín M.A.
 DIRECTORA



Vo.Bo.

Dr. Mario Herrera Castellanos
 DECANO



DECANATO



Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala
Unidad de Tesis



Guatemala, 21 de Septiembre de 2016.

Enfermera Profesional
Sara Judith Caballeros Salazar
Presente.

Se le informa que el trabajo de tesis titulado:

**"CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA
EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS DEL HOSPITAL ROOSEVELT DE
GUATEMALA EN LOS CUIDADOS AL PACIENTE PEDIÁTRICO EN PARO
CARDIORRESPIRATORIO"**

Ha sido REVISADO Y CORREGIDO y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se le autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse a su examen general público.

Sin otro particular, me suscribo

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


M.A. María Eugenia De León Joseph
Coordinadora
Unidad de Tesis

c.c. Archivo



Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala



Guatemala 21 de Septiembre 2016.

Profesores
UNIDAD DE TESIS
Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala
Presente.

Se les informa que la Enfermera:

Sara Judith Caballeros Salazar

Ha presentado el Informe Final de su trabajo de tesis titulado:

"CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA
EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS DEL HOSPITAL ROOSEVELT DE
GUATEMALA EN LOS CUIDADOS AL PACIENTE PEDIÁTRICO EN PARO
CARDIORRESPIRATORIO"

Del cual el autor se hace responsable por el contenido, y el asesor y revisor damos la aprobación de la metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.

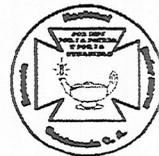

AUTOR


M.A. María Eugenia De León Joaquín
ASESOR


Licda. Evangelina Rosales de Tuyuc
REVISOR



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS MSPAS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA



RESPONSABILIDAD

Solamente el Autor es responsable de los conceptos y opiniones expresados en el contenido del trabajo de tesis. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Universidad de San Carlos de Guatemala.

DEDICATORIA

A Dios Por guiarme, darme sabiduría y fortaleza en el trayecto de mi vida y permitirme hacer mi sueño realidad

A MI PADRE: Jerónimo Caballeros por su amor incondicional.

A MI MADRE: Elisa Salazar por darme la vida y sus bendiciones recibidas desde el cielo.

A MIS HERMANOS: María del Rosario y Josué Jerónimo por su apoyo y motivación en todo momento.

A MI ESPOSO: Gustavo Adolfo Morales, por su paciencia y apoyo incondicional en mi formación y en los momentos más difíciles, ayudándome a alcanzar mis metas.

A MIS HIJOS: Alán René y Josselin Marleny por compartir este sueño conmigo, los amo y son todo para mi, que mi triunfo sea un ejemplo a seguir.

A Magister María Eugenia de Hernández y Licda. Eva Noemí Rosales, por compartir sus conocimientos y dirigir este trabajo de tesis

A Magister Gilda de Ponce por su amistad, por la motivación brindada en el transcurso de mi formación.

A Hospital Roosevelt de Guatemala y Hospital San Juan de Dios de Amatitlán, por su apoyo en esta investigación.

A Universidad de San Carlos de Guatemala/Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala, por cobijarme en sus aulas.

INDICE

Resumen

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA	3
1.	Antecedentes del problema	3
2.	Definición del problema	9
3.	Delimitación del problema	10
4.	Planteamiento del problema	10
III.	JUSTIFICACIÓN	11
IV.	OBJETIVO	13
V.	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	14
1.	Conocimiento	14
1.1	Tipos de Conocimiento	15
1.1.2	Conocimiento Explícito	16
1.2	Fuentes del Conocimiento	16
1.2.1	Tradicición	16
1.2.2	Autoridad	17
1.2.3	Préstamos	17
1.2.4	Ensayo-Error	17
1.2.5	Experiencia Laboral	18
1.2.6	Intuición	18
1.2.7	Razonamiento	18
1.3	Patrones de Conocimiento	19
1.3.1	Patrón de Conocimiento Empírico	19
1.3.2	Patrón de Conocimiento Ético	19
1.3.3	Patrón de Conocimiento Estético	20
1.3.4	Patrón de Conocimiento Personal	20
2.	Prácticas	21
2.1	Práctica de Enfermería	22
2.1.1	Práctica clínica	22
3.	Enfermería	23
3.1	Personal de Enfermería	24
3.1.1	Magister en enfermería	24
3.1.2	Licenciada en enfermería	25
3.1.3	Enfermera	26
3.1.4	Auxiliar de enfermería	28
4.	Paciente	28
4.1	Paciente Pediátrico	29
4.2	Paciente en paro cardiorrespiratorio	30
5	Paro Cardiorrespiratorio	30
5.1	Causas que ocasionan paro cardiorrespiratorio	31
5.1.1	Causas del paro cardiorrespiratorio	31
5.1.2	Signos del paro cardiorrespiratorio	32
5.1.3	Complicaciones en la reanimación	32

5.1.4	Cadena de la sobrevida en niños	33
5.1.5	Prevención	34
5.1.6	Reanimación cardiopulmonar pronta y efectiva	34
5.1.7	Desfibrilador	35
5.1.8	Vías de infusión	35
5.1.9	Vía Venosa Periférica	36
5.1.10	Vía Venosa Central	36
5.1.11	Vía Intratraqueal	37
5.1.12	Vía Intraósea	38
5.2.	Fármacos	39
5.2.1	Adrenalina (Epinefrina)	39
5.2.2	Bicarbonato de sodio	40
5.2.3	Gluconato de Calcio	41
5.2.4	Sulfato de Atropina	41
5.2.5	Lidocaína	42
5.2.6	Fluidos	42
5.2.7	Monitorización de Ekg	43
6	Cuidado de Enfermería al paciente en Paro Cardiorrespiratorio	44
6.1	Cuidados generales de paciente Crítico antes del paro cardiorrespiratorio	44
6.1.1	Cuidado de paciente durante el paro cardiorrespiratorio	45
6.1.2	Cuidados post paro Cardiorrespiratorio	47
6.1.3	Cuidados Intensivos	49
6.1.4	Cuidados básicos	49
6.1.5	Cuidados Nutricionales	50
7.	Unidad de Cuidados Intermedios	50
8	Teoría de Enfermería Dorothea Orem "Teoría de déficit de autocuidado"	51
VI.	MATERIAL Y METODOS	54
1.	Tipo de estudio	54
2.	Unidad de análisis	54
3.	Población y muestra	54
3.1	Población ó Universo	54
3.2	Muestra	54
4.	Definición y operacionalización de las variables	55
5.	Descripción detallada de la técnica y procedimientos e instrumento a utilizar	58
6.	Criterios de Inclusión y de exclusión	58
6.1	Criterios de Inclusión	58
6.2	Criterios de exclusión	59
7	Aspectos Éticos de la investigación	59
7.1	Consentimiento Informado	59
7.1.2	Permiso Institucional	59
7.1.3	Derecho al anonimato y confidencialidad	59
7.1.4	Derecho a la Justicia	60
7.1.5	Beneficencia	60
VII.	ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	61

VIII.	CONCLUSIONES	76
IX.	RECOMENDACIONES	77
	BIBLIOGRAFIA	78
	ANEXOS	83

RESUMEN

La presente investigación titulada "Conocimientos y prácticas del personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Roosevelt de Guatemala en los Cuidados al paciente pediátrico en paro cardiorrespiratorio", tiene como objetivo describir los conocimientos y prácticas del personal de enfermería en la atención al paciente pediátrico que se encuentra en esa situación, que puede significar si no se atiende inmediatamente y con eficiencia, el final de su vida.

Es un estudio de tipo descriptivo con enfoque cuantitativo y de corte transversal, realizado en el mes de agosto del presente año, cuya unidad de análisis está constituida por personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intermedios de la Pediatría del Hospital Roosevelt. Para recabar la información se utilizó un instrumento elaborado por la investigadora basado en los indicadores de la variables, para confirmar si la metodología propuesta para alcanzar los objetivos era la indicada se llevó a cabo un estudio piloto con personal del servicio de intensivo de la Pediatría del Hospital de San Juan de Dios de Amatitlán, en el cual se identificó la necesidad de replantear algunas preguntas.

Entre las conclusiones a que se llegó en el trabajo, se puede mencionar que el personal de enfermería tiene conocimientos limitados en relación a las complicaciones que ocurren al paciente que ha presentado paro cardiorrespiratorio, lo que puede ocasionar que no se identifiquen los signos que indiquen tales complicaciones con consecuencias graves para el paciente pediátrico

I. INTRODUCCIÓN

El personal de enfermería como parte de equipo de trabajo de un hospital, es quien permanece las 24 horas del día junto al paciente, es quien se encarga de satisfacer las necesidades sentidas y referidas por el paciente, para poder satisfacer esas necesidades debe contar con las competencias necesarias que le permitirán brindar un cuidado de calidad con calidez.

En la Unidad de Cuidados Intermedios de la Pediatría del Hospital Roosevelt de Guatemala, se atiende a niños cuya edad oscila entre 15 días hasta 14 años, con diagnósticos como: sepsis neonatal, neumonía bacteriana, neumonía viral, neumonía nosocomial, shock séptico, distensión abdominal, post laparotomías exploradoras, trombocitopenia, síndrome convulsivo, trauma craneoencefálico grado, II y III, masas cerebrales, anomalías congénitas, enfermedades renales agudas y crónicas entre otros, todos ellos susceptibles de sufrir un paro cardíaco o paro cardiorrespiratorio que es el cese de la actividad mecánica del corazón, y por lo tanto la ausencia de pulso detectable, con alto riesgo de perder la vida, por lo que se necesita de la intervención inmediata y eficiente del personal de salud a su cargo, ya que cada segundo cuenta para evitar secuelas posteriores o un desenlace fatal.

La investigación es de tipo descriptivo porque permite describir los conocimientos y las prácticas del personal de enfermería en los cuidados a paciente pediátrico en paro cardiorrespiratorio, tiene un enfoque cuantitativo porque se recolectó información que permitió el uso de estadística descriptiva, con corte transversal porque se realizó en un periodo de tiempo determinado el mes de agosto de 2016.

Para la fundamentación teórica del estudio fue necesaria la consulta de libros, revistas y páginas Web, con temas como paro cardiorrespiratorio, tratamiento,

conocimientos, prácticas y definiciones de los niveles de personal de enfermería entre otros.

El estudio se fundamenta con la Teoría de Dorothea Orem, "Teoría de Déficit de autocuidado", en donde describe al autocuidado "como una necesidad humana y la enfermería como un servicio. Se resalta la particular atención que han de prestar las enfermeras a la necesidad que muestran las personas de un autocuidado para prolongar la vida y la salud ó para recuperarse de lesiones y enfermedades".

II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

1. Antecedentes del Problema

"El paro cardíaco (denominado también paro cardiorrespiratorio PCR) es la interrupción de la actividad mecánica cardíaca. Se caracteriza por inconsciencia, apnea, y ausencia de pulso central palpable, (ausencia de signos de circulación). El paro cardíaco en niños suele representar el episodio terminal de un shock o una insuficiencia respiratoria progresiva".¹

El paro cardiorrespiratorio puede suceder en cualquier momento y situación por lo que se debe tener conocimiento sobre las prácticas que se realizará en una emergencia, tanto del personal médico como el personal de enfermería.

La Unidad de Cuidados Intermedios de Pediatría fue fundada el 16 de octubre del año 2,000, esta área no estaba destinada para atender pacientes graves, pero por la demanda de pacientes que necesitaban ventilación mecánica se empezaron a recibir y a utilizar los ventiladores con cilindros de aire comprimido por que no habían tomas de aire, en el año 2,006 se realizan las gestiones necesarias para la colocación de diez tomas de aire comprimido, hoy en día se llegan atender de cinco a nueve pacientes ventilados según sea la demanda.

Esta unidad es una de las primeras áreas nuevas que la pediatría tiene, anteriormente este servicio estaba integrado al área de Intensivo con una capacidad de nueve pacientes atendidos con el mismo personal de enfermería y médico, actualmente el servicio de Cuidados Intermedios atiende un promedio de 56 pacientes pediátrico mensuales.

¹ORDÓÑEZ, Carlos. Cuidado intensivo y trauma 2º Ed. Bogotá Colombia 2009 p. 153

La Unidad de Cuidados Intermedios atiende a niños que oscila entre 15 días hasta 14 años, ingresan al servicio con diagnósticos como: sepsis neonatal, neumonía bacteriana, neumonía viral, neumonía nosocomial, shock séptico, distensión abdominal, post laparotomías exploradoras, trombocitopenia, síndrome convulsivo, trauma craneoencefálico grado, II y III, masas cerebrales (post exceresis), anomalías congénitas, enfermedades renales agudas y crónicas, las principales causas de muerte son: neumonía, neumonía nosocomial, sepsis neonatal, cardiopatías, shock séptico, síndrome nefrótico, enfermedades renales grado V. "En el servicio de Cuidados Intermedios, en los meses de enero a agosto del 2015, ingresaron 339 niños con un índice ocupacional de 94% con un resultado de 11 fallecidos"².

El servicio de cuidados Intermedios consta de 14 cunas, 1 módulo, 6 cubículos, de los cuales 4 cubículos con capacidad para 3 cunas y 2 cubículos para aislamiento, no se cuenta con camas, cuando ingresa paciente pediátrico de 12 años se presta cama a otro servicio, también se trasladan niños de otros servicios como del servicio de Medicina de Infantes, Medicina de niños, Especialidades y Nefrología, los niños que son llevados al servicio a veces ya van ventilados acompañados por personal médico y de enfermería, o el responsable de servicio informa que paciente será ventilado en el servicio, por lo que enfermería prepara equipo, (laringoscopio con hoja adecuada a edad, tubos varios números, guantes estériles, medicamentos) algo importante que se toma en cuenta es la visibilidad que se tiene desde la estación de enfermería, ya que los tres primeros cubículos se colocan los pacientes graves, para que se tenga un control más estricto por el personal de enfermería y médico.

Cuando un niño presenta paro cardiorrespiratorio, el personal de enfermería interviene con acciones como: llevar el carro de paro, preparar la tabla, colocarla

² HOSPITAL ROOSEVELT DE GUATEMALA. Libros de ingresos y egresos de Servicio de Cuidados Intermedios de Pediatría. 2014.

en lado posterior del tórax, preparar los medicamentos (adrenalina, atropina, lidocaína, magnesio, bicarbonato), en algunos casos sedación, (midazolam, fentanyl, pavalón, propofol), será en casos en que hay tiempo de ventilar al paciente sin que se encuentre aun en paro cardiorrespiratorio.

“El pronóstico de niños que presentaron paro cardiorrespiratorio es malo. El paro cardiorrespiratorio a menudo es secundario a un deterioro de la función cardiopulmonar, el grado de isquemia (disminución del flujo sanguíneo en una parte del organismo.) y acidosis, (trastorno hidro electrolítico) puede ser grave en el momento que cesa la función cardiaca en comparación con el final agudo que se produce en el paro por fibrilación ventricular (latidos cardíacos irregulares)”.³

El paro cardiorrespiratorio es súbito, dependerá del diagnóstico, de ingreso del niño ejemplo: politraumatismo, diarrea, quemaduras. El monitoreo es lo más importante en el paciente ingresado al área crítica el conocimiento de los parámetros normales el personal detecta cambios los cuales se deben comunicar de inmediato a médico tomando en cuenta que el paciente puede presentar paro cardiorrespiratorio.

“Los pacientes en situación crítica presentan a menudo problemas multisistémicos que requieren decisiones de un colectivo de profesionales, médicos y de enfermería que cambia a lo largo del día y de noche en función de la organización del trabajo, en los que establece un flujo de información, relacionado con los objetivos y necesidades del enfermo”⁴

El grupo multidisciplinario de un centro hospitalario (médicos turnistas, enfermeras, médicos especialistas, nutrición y trabajo social), son indispensables y

³STEPHEN MAYRES, Diana Klajm. Tratado de medicina crítica y terapia Intensiva .9º Ed. Buenos Aires medica panamericana 1995 p.2002 2256.
⁴RUZA TARRIO Francisco: tratado de cuidados intensivos pediátricos .3º.ed.Salamanca MadridMadrid Norma-capital. 2003.p.1147

todos tienen que estar enterados de los diagnósticos del paciente para brindarles una atención de calidad y calidez, en donde médicos y enfermeras deben de estar capacitados para atender cualquier emergencia que transcurra durante los turnos (mañana, tarde y noche).

Según Milstein el Paro Cardiorrespiratorio se puede definir como "El fracaso de la actividad cardíaca para mantener una circulación cerebral adecuada, en ausencia de una enfermedad causal irreversible".

Según Peter Safar "Es el cuadro clínico producido por el cese de la circulación" (ausencia de pulsos en las grandes arterias, inconsciencia, apnea y cianosis), en una persona que no se esperaba que muriese en ese momento, dentro de las causas se pueden mencionar las siguientes: hipoxia, anoxia, reflejo vagal, estimulación del seno carotideo, anestesia, modificaciones del equilibrio hidroelectrolítico y ácido-base, intoxicación digitalica, contusiones del tórax, cateterismo cardíaco.

"La Reanimación Cardiopulmonar y Cerebral (RCP) consiste en técnicas sencillas destinadas a restaurar la ventilación funcional y circulación en una persona quien de otra manera se esperaría que muriera".⁵

Existen varias definiciones de paro cardiorrespiratorio, cese de pulso, hipoxia, lo importante para que enfermería pueda realizar su trabajo en el cuidado del paciente es tener conocimiento sobre los parámetros normales de los signos vitales e informar al médico encargado del servicio y tener una buena toma de decisiones al presentarse una emergencia.

⁵PENAGOS Mario Arellano Paro Cardíaco. Cuidados Intensivos en Pediatría. 3ª. Ed. México Interamericana McGraw-Hill 1994 p. 01

“Los signos vitales constituyen una herramienta valiosa como indicadores del estado funcional del paciente. El registro de los signos vitales no debe convertirse en una actividad automática o rutinaria; los resultados deben ser el reflejo de la evaluación clínica confiable del paciente por parte de enfermería, y su interpretación adecuada y oportuna ayuda a la enfermera y al médico a decidir conductas de manejo.

La determinación de los signos vitales tiene particular importancia en los servicios de urgencia, donde llegan pacientes con gran variedad de cuadros clínicos, algunos en estado crítico”.⁶

La función del personal de enfermería es muy importante y debe ser verídico ya que la vida del paciente depende de lo que se plasme en una hoja de control de signos vitales e ingesta y excreta, en un paciente pediátrico es importante el volumen de ingesta ya que si no se tiene cuidado se puede provocar patología adicional al niño.

ROBAINA AGUILERA, Carlos Eduardo.(2005) de La Habana, Cuba realizó un estudio descriptivo, prospectivo en 38 pacientes cuya primera causa de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Pediátrico Docente “Juan Manuel Márquez” fue paro cardiorrespiratorio (PCR).⁷ En donde concluye que:

- Las edades comprendidas entre 0 – 1 años fueron las más afectadas en ambos sexos. Las frecuencias del ritmo en el paro cardiorrespiratorio fueron: fibrilación ventricular 8,7%, bradicardia 56,2%, asistolia 16,4%, actividad eléctrica sin pulso 6,4%, otras causas indeterminadas 12,30 %. El retorno a la circulación espontánea se comporta en un 34,3%.

⁶ VERA Fenny, enfermera de urgencias Medición de signos vitales, 2015 p. 1465.consultado 15 de octubre 2015.

⁷ SCHALLTZITU Eduardo J.(2005)Cuidados Intensivos Pediátricos. Chile; 2001.p.4-6

- La procedencia de los pacientes mostró que el cuerpo de guardia (37,8%) y el salón de operaciones (35.3%) fueron los de mayor incidencia en la categoría de Intra hospitalario.
- Los tumores intracraneales (26,3%) y el trauma craneoencefálico (39,5%) fueron de mayor incidencia.
- La letalidad por paro cardiorrespiratorio fue de 25 fallecidos para un 65,7%. Se constata poco conocimiento del personal médico y de enfermería sobre la PCR y la reanimación cardiopulmonar.

CUETO PEREZ, Mónica (2013) realizó un estudio titulado "Conocimiento del personal de enfermería de un hospital materno-infantil sobre técnicas de reanimación cardiopulmonar " la presente investigación es de tipo descriptivo transversal en los meses de abril y mayo en las unidades de materno-infantil del hospital Universitario Central de Asturias en las unidades de urgencia pediátrica, urgencia ginecología y unidad de cuidados neonatología y unidad de cuidados intensivos pediátricos con una población de 84 enfermeros).⁸

En donde incluye que:

- Los conocimientos sobre la reanimación cardiopulmonar tanto en adultos como en paciente pediátrico de los enfermeros de las unidades de hospital materno-infantil fueron insuficientes, el 71% de los encuestados obtuvieron resultados insatisfactorios.
- Los factores asociados a mejores conocimientos fueron trabajar en una unidad de cuidados intensivos pediátricos y/o urgencias pediátrica.

⁸CUETO PEREZ, Mónica. "Conocimiento del personal de enfermería de un hospital materno-infantil sobre técnicas de reanimación" hospital Universitario Central de Asturias. Master Universitario en enfermería de urgencias y cuidados críticos 2013 p. 1.

- Sea asoció el menor grado de conocimiento con la edad y la experiencia profesional. Los enfermeros de mayor edad y de más años de experiencia obtuvieron peores puntuaciones.

SIPAC TZIRIN, Jorge (2009), realizó un estudio titulado "Participación del personal de enfermería en la atención del paciente en paro cardiorrespiratorio en el Servicio de Medicina de Hombres 1 y 2 del Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social" la presente investigación es de tipo descriptivo, cuantitativo, con una población de 30 enfermeras"⁹.

- Concluyendo que: la participación del personal de enfermería en la atención del paciente en paro cardiorrespiratorio, evidenció que el 62% de los sujetos de estudio realiza ese control y activa la clave azul, que es lo correcto, sin embargo un buen porcentaje 38% realiza únicamente alguna de las acciones, pero no en el orden de prioridad.

2. Definición del Problema:

Cuando un paciente presenta paro cardiorrespiratorio, es fundamental que reciba en un tiempo mínimo atención de calidad, para evitar secuelas graves si llega a superar el paro. Enfermería como parte del equipo de salud debe poseer conocimientos amplios acerca de este tema, para que su actuar sea inmediato y correcto, ya que para ello depende la vida del paciente y sobre todo de evitar secuelas.

El personal de enfermería para brindar una atención oportuna sin comprometer la vida del paciente lo consigue fortaleciendo e incrementando la capacitación en las

⁹ SIPAC TZIRIN, Jorge. Participación del personal de enfermería en la atención al paciente en paro cardiorrespiratorio en el servicio de Medicina de Hombres 1 y 2 del Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Tesis presentada a la Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala, 2009 p. 19.

maniobras de reanimación cardiopulmonar básico, tanto en la teoría como en la práctica, de tal manera que se asegure tener una enfermera capacitada para un cuidado eficaz.

Las funciones de enfermería en el servicio son varias por lo que es necesario que tengan asignaciones para la verificación tanto del equipo, medicamentos, insumos para aspiraciones de secreciones (flujómetro, aspirador de pared, frasco de aspiraciones, sondas de aspiración, tubo corrugado, agua estéril, jeringas), para que cuando haya emergencia no se tenga que perder tiempo en buscar el material.

3. Delimitación del Problema

Ámbito Geográfico: zona 11, Guatemala, Guatemala.

Ámbito Institucional: Hospital Roosevelt, Departamento de Pediatría.

Ámbito Personal: Personal de enfermería que labora en el servicio de Unidad de Cuidados Intermedios, de Pediatría, del Hospital Roosevelt.

Ámbito Temporal: Agosto del año 2016.

4. Planteamiento del Problema:

¿Cuáles son los conocimientos y prácticas del personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intermedios del Departamento de Pediatría del Hospital Roosevelt acerca de los cuidados a paciente pediátrico que presentan paro cardiorrespiratorio, durante el mes agosto de 2016?

III. JUSTIFICACIÓN

El servicio de Cuidados Intermedios del departamento de pediatría del Hospital Roosevelt, el cual cuenta con personal médico y de enfermería que brinda ayuda a paciente pediátrico en estado crítico.

Este estudio es importante ya que de acuerdo a los resultados que se obtengan será posible identificar las habilidades para mejorar como atender paciente pediátrico en paro cardiorrespiratorio. En el servicio no solo depende de enfermería sino de un grupo multidisciplinario, apoyo que se extiende a la familia (madre y padre).

Fue factible porque se pudo contar con el apoyo de autoridades de la Institución que hizo posible la realización a este estudio.

Este estudio es novedoso porque es el primero realizado en el servicio, sobre Conocimientos y Prácticas del personal de Enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Roosevelt de Guatemala en los cuidados al paciente pediátrico en paro cardiorrespiratorio.

Para el niño/a, la hospitalización o la enfermedad es un estímulo altamente desencadenante de estrés, ya que no sabe que es una enfermedad, sobre todo si es pequeño, no entiende porque sus padres lo abandonan y observa que es un ambiente extraño privándole de amigos, objetos y juguetes. Esto puede provocar llanto.

El modelo de enfermería se fundamentó con el presente estudio de Conocimientos y Prácticas del personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Roosevelt de Guatemala en los cuidados al paciente pediátrico en paro cardiorrespiratorio.

La teoría de Dorothea Orem habla sobre los "Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo. La Acción de la enfermera: cumple con el autocuidado terapéutico del paciente. Compensa la incapacidad del paciente, da apoyo al paciente y le protege".¹⁰

¹⁰ <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/dorothea-orem.html> consultado el 31/08/16.

IV. OBJETIVO

Describir los conocimientos y prácticas del personal enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intermedios de Pediatría del Hospital Roosevelt acerca de los cuidados a paciente pediátrico en paro cardiorrespiratorio.

V. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

1. Conocimiento

“Hechos o información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad”.¹¹

En enfermería el conocimiento es básico ya que son experiencias que se obtienen cuando se le brinda atención al paciente, más cuando la vida depende del actuar de la persona, con habilidades que se usan en el momento adecuado y saber que lo que se realizó fue en bien del paciente.

“Conocimiento indica que la ciencia está integrada por todo lo que se sabe sobre la materia que interesa de una disciplina científica. En este punto, cabe diferenciar lo que se conoce realmente acerca de una materia (los hechos) de lo que se cree sobre la misma. El conocimiento se basa en informaciones objetivas. Los hechos se deducen de la aplicación de un método de verificación lógico o empírico lo suficientemente sólido, de forma que todo hecho sea una verdad avalada por observaciones y reproducciones repetidas de un fenómeno”¹²

Indicándose el conocimiento como ciencia, el aprendizaje debe de ser científico como lo es la profesión de enfermería ya que se tiene fundamentación científica para la realización de los procedimientos que se cumplen en los servicios de salud.

El personal de enfermería debe poseer conocimiento al atender un paro cardiorrespiratorio.

¹¹ Es.wikipedia.org consultado el 18 agosto 2015.

¹²MARRINER, TOMÉY Ann Y Marta RaileAligood. Modelos y Teorías en Enfermería. Editorial HarcourtBrace, España 2001 4ta ed. p 16.

"Verificar el funcionamiento de los equipos, fecha de vencimiento de los medicamentos y elementos de carro de paro, asignación de funciones y poseer actitud y aptitud para manejar situaciones de estrés sin olvidar la conservación de principios éticos".¹³

"La administración de medicamentos durante la reanimación es una responsabilidad del profesional de enfermería requiere conocimientos suficientes sobre la farmacodinamia, farmacocinética, dosis forma correcta de administración, coordinación y autocontrol lo cual permite reducir o evitar errores que obstaculicen el éxito de la reanimación".¹⁴

El personal de enfermería debe tener conocimientos científicos para la administración de medicamentos ya que tienen que saber de dilución, presentación y administración. Como es un servicio crítico pediátrico las dosis dependerán del peso de paciente por lo que tienen conocimiento de la regla de tres.

1.1 Tipos de Conocimiento

Se refiere a los tipos de conocimientos que el personal de enfermería adquiere en su relación con el medio en que se encuentra (hospital, centro de salud y comunidad).

El personal de enfermería dependiendo de su área es el conocimiento que va adquiriendo, ya que se brinda atención en hospital, centro de salud y la comunidad por lo tanto las situaciones de emergencia son diferentes pero el personal lo identificara ya que tiene conocimiento para atender las situación que se presente.

¹³<http://encolumbia.com/medicina/revistasmedicas/enfermeria/ver123/roldeprofesionalenfermeria/2> consultado 20 agosto 2015.

¹⁴Ibid.

1.1.2 Conocimiento Explícito

“Es el conocimiento que se puede expresar formalmente porque está codificado y se difunde con facilidad. Se basa en objetos cuando está codificado con palabras, números, equipos, modelos, etc. y se basa en reglas cuando se codifica en rutinas o procedimientos”.¹⁵

Conocimiento basado en documentos, manual de procedimientos con material audiovisual, en donde se aclaran dudas y continua con el enriqueciendo del conocimiento.

1.2 Fuentes del Conocimiento

1.2.1 Tradición

“La tradición tiene algunas ventajas, es eficiente, en el sentido de que evita que todos tengamos que partir de cero para comprender el mundo o determinados aspectos de éste. Si bien facilita la comunicación al ofrecer una base común de verdades aceptadas, obstaculiza el desarrollo de la capacidad humana de indagación, además de que son muchas las costumbres cuya validez jamás ha sido corroborada, de hecho por su propia naturaleza, las tradiciones podrían interferir con la capacidad para identificar alternativas”.¹⁶

La tradición es parte de la cultura de una persona, la cual no puede dificultar en el cuidado que se brinda, pero no da alternativas para continuar con las investigación

¹⁵Enciclopedia y biblioteca virtual, Ciencias Sociales, Económicas y Sociales. Artículo Tipos de conocimiento consultado el 08de mayo de 2,015.

¹⁶POLIT, Denise F. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 6ta Ed. Traducción Roberto Palacios Martínez. McGraw-Hill Interamericana México 2000 p. 8.

1.2.2 Autoridad

“Constantemente, el profesional de la salud necesita tomar decisiones sobre aspectos en los que jamás ha tenido experiencia directa, de manera que le parece natural depositar su confianza en la opinión de quienes por su capacitación o experiencia, representan una autoridad en el tema.”¹⁷

Persona que impone su seguridad en ideas y en particular si su experiencia se sustenta principalmente en desplazamiento y práctica, y que representa autoridad en función.

1.2.3 Préstamos

“Los préstamos en enfermería se refieren a la apropiación y el uso de conocimiento de otros campos o disciplina que puedan servir en la praxis enfermera.”¹⁸

Se puede mencionar la Medicina, Sociología, Psicología, Fisiología, y Educación como por ejemplo: cuando Enfermería realiza un procedimiento hace uso de principios para evitar patología adicional, específicamente cuando existe la aplicación de calor o frío y la administración de medicamentos entre otros.

1.2.4 Ensayo-Error

“Ensayo - error está ligado a la experiencia; consiste en probar sucesivamente distintas alternativas hasta hallar una que responda a las interrogantes o resuelva el problema en cuestión”.¹⁹

¹⁷POLIT, Denise F. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 6ta Ed. Traducción Roberto Palacios Martínez. McGraw-Hill Interamericana México 2000 p. 9.
¹⁸MARRINER, TOMEY Ann Y Marta RalleAllgood. Modelos y Teorías en Enfermería. Editorial HarcourtBrace, España 2001 6ta ed. p 16.

En este sentido, el conocimiento se obtiene de experiencias tenidas en forma repetitiva, con cierto riesgo de realizar ó aplicar actividades que podrían significar peligro para el paciente.

1.2.5 Experiencia Laboral

"La capacidad de generalizar, identificar regularidades y hacer predicciones con base en la propia observación constituye una característica importante de la mente humana ".²⁰

El avance profesional de la enfermera adquiere experiencia el cual permite brindar cuidado basado en ella que responda a las necesidades reales del paciente.

1.2.6 Intuición

"Percepción o comprensión de una situación o acontecimiento como un todo que normalmente no podrá ser explicado lógicamente (Rewy Barrow 1,987."²¹

Es como la persona analiza los cuidados para prevención de complicaciones en la persona que lo necesita.

1.2.7 Razonamiento

"Procesamiento y organización de las ideas para poder sacar conclusiones."²²

Es el procesamiento y organización de las ideas para poder sacar conclusiones. Cada persona es capaz de dar sentido a sus pensamientos y experiencias.

¹⁹POLIT, Denise F. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 6ta Ed. Traducción Roberto Palacios Martínez. McGraw-Hill Interamericana México 2000 p. 9.

²⁰Ibid. p. 9.

²¹MARRINER, TOMEY Ann Y Marta Raile Allgood. Modelos y Teorías en Enfermería. Editorial Harcourt Brace, España 2001 6ta ed. p 18.

²² Ibid. p 19.

1.3 Patrones de Conocimiento

"El cuidado es el objetivo de conocimiento de Enfermería y criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud. Barbara Carper identifica cuatro patrones o forma de conocimientos en enfermería que deben evidenciarse en la práctica y son:"²³

1.3.1 Patrón de Conocimiento Empírico

"Comprende la ciencia de la enfermería, está basada en la suposición de que lo que es conocido es accesible a través de los sentidos, oído, tacto, visión y así sucesivamente por los demás sentidos. Es localizado claramente en la teoría de Nightingale en relación con la importancia de una precisa observación.

El conocimiento empírico es expresado en la práctica a través de la competencia científica en la enfermería, hay un componente cognitivo de la competencia, empírica que envuelve la solución de problema y razonamiento lógico, este es expresado formalmente a través de teorías." ²⁴

Enfermería debe trabajar basada en la evidencia lo cual permite satisfacer las necesidades del paciente con base a la percepción de este.

1.3.2 Patrón de Conocimiento Ético

"(Moral en la enfermería) Código moral que guía en la conducta de las enfermeras, se enfoca en aquellas, materias de obligatoriedad o relacionado con lo que se debe hacer materializada en los concepto, de servicio a las personas y respeto a la vida humana como lo son los (valores como la salud, el respeto, la dignidad, el amor) . En este patrón se incluyen todas las acciones voluntarias sujetas al juicio de la corrección ó incorrección, del bien ó del mal". ²⁵

²³ ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA. Temario 3er. año 2013 p. 12.

²⁴ Ibid. p.13.

²⁵ Ibid p.13.

La ética en enfermería es fundamental, porque debe impregnar el actuar de los miembros de profesión.

1.3.3 Patrón de Conocimiento Estético

"(Arte de Enfermería) Se refiere a las formas en que la enfermera, puede promover el cuidado, humano creativo y que estos a su vez satisfagan las necesidades de los pacientes, resaltando la importancia del hacer que el arte y las humanidades se destaquen en todos los aspectos de enfermería. Los procesos para desarrollar el conocimiento estético son: Posibilidad imaginativas, narración oral y formación de elementos del arte en realidades perceptibles, donde se crean representaciones de las posibilidades. A partir de estos procesos creativos se puede construir la discursiva de conocimiento de lo artístico de la enfermería.

Enfermería es un arte porque a través de los cuidados las personas ó grupos desarrollan, habilidad la creatividad para mantener su propia salud."²⁶

Enfermería hace uso de este conocimiento ya que brinda cuidados a pacientes dependientes e independientes en las cuales durante veinticuatro horas enfermería pasa al cuidado de paciente en donde dejan su mejor esfuerzo para que la apariencia de paciente sea con estética, en donde hasta el entorno del paciente debe de verse ordenado.

1.3.4 Patrón de Conocimiento Personal

Descrito como: "el uso terapéutico de sí mismo ó del yo" "Cuidar consientes de sí mismo". Para que el patrón de conocimiento personal, se exprese en toda su dimensión se deben tomar en consideración todos los patrones de conjunto El "yo cuidador" se encuentra constituido por el conjunto de conocimientos adquiridos y potenciados por el individuo, así mismo comprende la experiencia interior,

²⁶ ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA. Temario 3er año 2013 p. 13.

apropiada total consciente y autentica. A continuación se mencionan algunos elementos personales específicos:

- La actitud de agrado por el sitio de trabajo y de asumir la jornada de actividades de una manera positiva e interesada por lo que sucede en el servicio.
- Ser consciente de la calidad, de relaciones personales establecidas a través de los años con quienes se ha trabajado.
- La capacidad de escuchar al otro (sujeto de cuidado) y de percibir en él las necesidades de cuidado.
- El patrón de conocimiento personal, valoriza la experiencia humana, la conciencia de sí mismo, y la apertura a la realización.²⁷

El conocimiento a enfermería le ayuda a saber ponerse en el lugar del paciente a tratarlo como a él le gustaría ser tratado.

2. Prácticas

En la práctica, las enfermeras y otros profesionales de la salud enfrentan permanentemente diversos desafíos éticos. Prolongar la vida del paciente por medios artificiales, proporcionar nutrición por sonda cuando el paciente no puede ingerir el alimento y probar nuevos productos para la atención de la salud son sólo algunos ejemplos.²⁸

La destreza en enfermería es necesario ya que realizar sus actividades diarias con principios científico y éticos ya que se van obteniendo experiencias lo cual es fundamental la práctica es mucho más eficiente.

²⁷TEMARIO Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala 2013 p. 14

²⁸POLIT, Denise F. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 6ta Ed. Traducción Roberto Palacios Martínez. McGraw-Hill Interamericana México 2000 p. 129.

2.1 Práctica de Enfermería

"La práctica de enfermería comprende experiencias y fenómenos que la enfermera encuentra cuando brinda cuidado; éstos se originan en el paciente, la relación enfermera-paciente, la enfermera y el contexto. Las teorías surgen de la práctica y de la investigación y al validarlas se convierten en explicativas y directivas de la misma; la práctica basada en teoría se realimenta y por refinamiento metodológico, se convierte en autónoma y creativa"²⁹.

La práctica permite fortalecer los conocimientos teóricos adquirido a través del proceso enseñanza bajo la supervisión de un superior participando con el conjunto del personal de enfermería y minimizando el contagio de un paciente a otro.

2.1.1 Práctica clínica

"El uso del conocimiento en la práctica clínica enfatiza la importancia que la enfermera utilice la mejor evidencia científica a la hora de emitir juicios clínicos y mejore las habilidades de razonamiento para hacerse cargo de la mejor manera posible de una situación clínica"³⁰.

La labor de la enfermera clínica y práctica es parte integral de la enfermería. Proporciona cuidados bajo la supervisión de la enfermera titulada o el médico, a pacientes en situaciones de enfermería sencilla.

²⁹Index Enferm v.17 n.3 Granada jul.-sep. 2008 Application of some Nursing Theories in the Clinical Practice consultado 19 agosto 2015.

³⁰ <http://www.3msalud.cl/enfermeria/la-opinion-de-los-expertos/practica-avanzada-en-enfermeria/> consultado 19 agosto 2015.

3. Enfermería

"La enfermería es el cuidado de la salud del ser humano. También recibe ese nombre la profesión que, fundamentado en dicha ciencia, se dedica básicamente al diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales o potenciales. El singular enfoque enfermero se centra en el estudio de la respuesta del individuo o del grupo a un problema de salud real o potencial y, desde otra perspectiva, como complemento o suplencia de la necesidad de todo ser humano de cuidarse a sí mismo desde los puntos de vista biopsicosocial y holístico"³¹

Virginia Henderson definió enfermería en términos funcionales: La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo ó sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud ó recuperación (ó a una muerte tranquila) ", que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimiento necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápido posible".³²

Faye Glenn Abdellah define enfermería: El servicio prestado a las personas y a las familias y, por tanto, a la sociedad. Se basan en un arte y una ciencia que moldea las actitudes, las competencias intelectuales y las habilidades técnicas de cada enfermera para convertirlas en un deseo y una capacidad de ayudar a las personas enfermas ó sanas a afrontar sus necesidades de salud, y que se puede desempeñar bajo una dirección médica general ó específica ".³³

Dorothea Orem define enfermería: Conjunto de aptitudes que desarrollan las personas con formación de enfermeras para poder asumir su papel dentro de un muro de relación interpersonal legítima con el fin de actuar conocer y ayudar a las

³¹ <https://es.wikipedia.org/wiki/Enfermer%C3%ADa>. Consultado el 10 marzo 2015.

³² MARRINER, TOMEY Ann Y Marta RaitaAllgood. Modelos y Teorías en Enfermería. Editorial HarcourtBrace, España 2001 4ta ed. p 102.

³³ *Ibid.* p. 115

personas, satisfacer sus demandas de autocuidado terapéutico y regular el desarrollo ó ejercicio de la actividad de autocuidado. ³⁴

Enfermería es una disciplina creada para el cuidado de las personas sanas ó enfermas, persiguiendo la comodidad y satisfacción del usuario acerca del cuidado brindado.

3. 1 Personal de Enfermería

3.1.1 Magister en enfermería

"Representan el nivel máximo escolar del gremio en el país. En la actualidad se puede decir que es muy poco el personal egresado con dicho título académico, uno de los grandes adelantos que cabe mencionar es que la obtención de este grado académico se encuentra disponible en algunos departamentos del país"³⁵.

"Es la (el) profesional que posteriormente a obtener el grado de licenciatura se somete a formación universitaria cumpliendo con el pensum de estudio relacionado con el área de especialización de la maestría"³⁶.

Profesional que cumple con un grado de estudio en el cual puede ejercer sus conocimiento en las cuatro áreas del ejercicio de enfermería.

³⁴ MARRINER, TOMEY Ann Y Marta RaileAllgood. Modelos y Teorías en Enfermería. Editorial HarcourtBrace, España 2001 4ta ed. p. 178

³⁵MARTINEZ RUANO, Rafael Antonio. "Factores que inciden en la deserción del personal de enfermería que labora en la Unidad de Oncología Pediátrica de Guatemala UNOP, durante los años 2009-2010" Tesis Universidad Rafael Landívar, Guatemala 2013 p.31.

³⁶<http://unidaddeenfermeriadeguatemala.bligoo.es/ley-de-regulacion-del-ejercicio-profesional-de-enfermeria>, consultado 14 mayo 2015.

3.1.2 Licenciada en enfermería

"En Guatemala la formación del profesional de enfermería hasta la década de los 80 se había realizado en las escuelas nacionales de Guatemala, Quetzaltenango y Cobán, a finales de los mismos, la Universidad Mariano Gálvez, se convierte en pionera del desarrollo académico de enfermería al crear la carrera de Licenciatura en Enfermería. En el año 2003 la Universidad de San Carlos de Guatemala, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y la Escuela Nacional de Enfermeras, firman un convenio en el que se establece que la formación de enfermeras contará con el aval académico de esta universidad. En el año 2007, la universidad Rafael Landívar apertura la carrera de Licenciatura en Enfermería. Se refiere al personal profesional de enfermería que cuenta con los conocimientos teórico-prácticos sobre salud, necesarios para realizar funciones de enfermería asistenciales, administrativas, educativas y de investigación y es capaz de dirigir y gerenciar los servicios de enfermería y el cuidado"³⁷.

"El/la Licenciada enfermería: haber obtenido el título habilitante, otorgado por cualquiera de las universidades reconocidas oficialmente en la República de Guatemala. En el caso de profesionales graduados en universidades extranjeras, es obligatorio su incorporación"³⁸

Es un profesional de la salud, con aptitud de asistencia, juicio crítico y capacidad positiva. Posee juicios teóricos, metodológicos y destrezas prácticas e intelectuales que le permiten a través de un código ético, dirigir su atención al diagnóstico y tratamiento.

³⁷MARTINEZ RUANO, Rafael Antonio, "Factores que inciden en la deserción del personal de enfermería que labora en la Unidad de Oncología Pediátrica de Guatemala UNOP, durante los años 2009-2010" Tesis Universidad Rafael Landívar, Guatemala 2013 p. 31.

³⁸TEMARIO, Escuela Nacional de Enfermeras 2010, p. 304.

3.1.3 Enfermera

“Persona encarga del manejo técnico y administrativo de los servicios, a través de planificar, organizar, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la atención de enfermería brindada a los usuarios, es responsable de velar por el desarrollo del personal a su cargo.”³⁹

Es la persona que a través de la preparación académica obtiene conocimientos teóricos y prácticos sobre salud y bases teóricas sobre enfermería y la fundamentación científica que le permite brindar un cuidado de enfermería.

Es la persona que a través de la preparación académica obtiene conocimientos teóricos y prácticos sobre salud y bases teóricas sobre enfermería y la fundamentación científica que le permite brindar un cuidado de enfermería, pero que a la vez, “se encarga del manejo técnico y administrativo de los servicios, a través de planificar, organizar, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la atención de enfermería brindada a los usuarios, es responsable de velar por el desarrollo del personal a su cargo.”⁴⁰

“El técnico en enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Una de las diferencia del licenciado en enfermería, él técnico no accede a ningún área de especialización. Además de otras actividades

³⁹Dirección de Enfermería. (1988) “Reglamento de Enfermería Hospital Roosevelt” Guatemala.

⁴⁰MARTINEZ RUANO, Rafael Antonio, “Factores que inciden en la deserción del personal de enfermería que labora en la Unidad de Oncología Pediátrica de Guatemala UNOP, durante los años 2009-2010” Tesis Universidad Rafael Landívar, Guatemala 2009 p 32

como: educador, cuidador, promotor, investigador, gestor del cuidado, colaborador".⁴¹

"La enfermera se define como: un ser humano funcional. Como tal no solo, actúa, sino que también piensa y siente. Sus pensamientos y sentimientos como enfermera son importantes, está íntimamente relacionadas no solo con lo que hace si no el modo con que lo hace o el acto que realiza ya sea de forma pronunciada, o un documento escrito, un acto de cualquier clase. Para la enfermera cuya actividad está dirigida con un solo propósito y muy específico, que los pensamientos tienen que estar muy disciplinados".⁴²

"En el Hospital Roosevelt se define a la enfermera como una persona con conocimientos, habilidades destrezas, liderazgo y responsabilidades pero sobre todo vocación que es lo fundamental para brindarles a las personas familias y comunidades un servicio de calidad procurando brindarles comodidad y bienestar a las personas que así lo necesiten. Siendo la enfermera un canal muy importante para el paciente respecto a sus cuidados y su comodidad que es lo más esencial"⁴³.

Persona que concluyo su formación académica la cual está calificada y autorizada para ejercer su profesión al cuidado del paciente en área hospitalaria y comunitaria.

⁴¹ESCUELA DE ENFERMERÍA Y SALUD PÚBLICA GERTRUDIS BOCANEGRA # 330, colonia Cuauhtémoc, Morelia, Michoacán, C.P. 58020

⁴²MARRINER, TOMEY Ann Y Marta RaileAligood. Modelos y Teorías en Enfermería. Editorial HarcourtBrace, España 2001 6ta ed. p 15.

⁴³DE LEÓN Odalis "Opinión del personal auxiliar de enfermería de los servicios de Cirugía del Hospital Roosevelt sobre la Participación de la Enfermera en el cuidado directo al paciente hospitalizado para la satisfacción de sus necesidades básicas" Tesis Universidad de San Carlos de Guatemala, presentada a Facultad de Ciencias Médicas, Escuela Nacional de Enfermeras, Guatemala año 2008 p. 16.

3.1.4 Auxiliar de enfermería

"La figura del Auxiliar de enfermería, aunque con diferentes funciones. Este grupo lo constituyen aquellos trabajadores que han recibido una formación básica de enfermería, los cuales realizan tareas como curaciones ó limpieza bajo la dirección y supervisión de una enfermera".⁴⁴

Auxiliar de enfermería , es la persona que ha recibido preparación teórica y práctica, en la cual puede ejercer cuidado a paciente sano ó enfermo, hospital ó comunidad.

Es una persona egresada de un programa oficialmente reconocido, que ha recibido una preparación teórica y práctica que forma parte del equipo de enfermería y que bajo la supervisión de la enfermera, proporciona cuidado directo e individualizado a la persona sana o enfermera y la comunidad, contribuyendo al fomento de la promoción y recuperación de la salud.

Auxiliar de enfermería, es la persona responsable de prestar al paciente y a su familia cuidados básicos, directos e integrales, que requieren conocimientos y destrezas generales, para tratar al paciente con calidad y calidez ya que son personas que permanecen al lado de paciente en jornadas de mañana, tarde y noche.

4. Paciente

Del latín *patiēns* ("padecer", "sufrir"), paciente es un adjetivo que hace referencia a quien tiene paciencia (la capacidad de soportar o padecer algo, de hacer cosas minuciosas o de saber esperar).

⁴⁴ESCUELA NACIONAL DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE GUATEMALA, Trifollar, perfil del auxiliar de enfermería 2007 p. 5.

Paciente El término suele utilizarse para nombrar a la persona que padece físicamente y que, por lo tanto, se encuentra bajo atención médica. Por ejemplo: "El paciente fue internado en este hospital durante esta mañana y horas más tarde debió ser sometido a una intervención quirúrgica ante la gravedad de las lesiones".⁴⁵

Persona adulta, mujer, niño, adolescente, que por distintos diagnósticos y visitan un Hospital, en la cual pueden permanecer con estancia hospitalaria dependiendo de patología.

4.1 Paciente Pediátrico

"La pediatría es la especialidad médica que estudia al niño y sus enfermedades. El término procede del griego paidos (niño) e iatrea (curación), pero su contenido es mucho mayor que la curación de las enfermedades de los niños, ya que la pediatría estudia tanto al niño sano como al enfermo.

Cronológicamente, la pediatría abarca desde el nacimiento hasta la adolescencia. Dentro de ella se distinguen varios periodos: recién nacido (primeras cuatro semanas), lactante (1-12 meses de vida), preescolar (1-6 años), escolar (6-12 años) y adolescente (12-18 años)"⁴⁶.

El paciente pediátrico es de los 20 días a los 13 años, brindándole atención personalizada de parte del grupo multidisciplinario del hospital. Paciente pediátrico es niño sano ó enfermo el cual depende de los cuidados de personal de enfermería pero tratado con individualidad.

⁴⁵<http://definicion.de/pacientes/> consultado 13 octubre 2014.

⁴⁶<http://es.wikipedia.org/wiki/Pediatr%C3%ADa> consultado el 13 octubre 2014.

4.2 Paciente en paro cardiorrespiratorio

"Paciente en el que entra en este estado la muerte es inminente, por lo tanto requiere de intervención inmediata a través de reanimación cardiopulmonar (RCP). Esto es: masaje cardíaco y respiración artificial. Junto con iniciar el RCP se debe avisar inmediatamente a los servicios de emergencia más cercanos, y no se debe abandonar el RCP en ningún momento sin la indicación de un médico calificado.⁴⁷

En los servicios hospitalarios es frecuente que hayan pacientes en paro cardiorrespiratorio por lo tanto el grupo multidisciplinario mantiene continuo monitoreo en las áreas hospitalarias.

5 Paro Cardiorrespiratorio

"El paro cardíaco o paro cardiorrespiratorio (PCR) es el cese de la actividad mecánica del corazón, y por lo tanto la ausencia de pulso detectable. Con frecuencia ocurre en personas que son susceptibles de recuperación mediante una serie de actuaciones; de esta forma, se puede conseguir restaurar una actividad cardíaca espontánea antes de que el cerebro haya sufrido daños permanentes. Es posible que necesite atención y tratamiento continuo para manejar algunas de estas complicaciones."⁴⁸

En situación de paro cardiorrespiratorio lo más importante es que el grupo de médicos y enfermería eviten complicaciones irreversibles, actuando en forma rápida y eficaz.

⁴⁷https://es.wikipedia.org/wiki/Paro_cardiorrespiratorio consultado 19 agosto 2015-

⁴⁸SAFAR P. Cardiopulmonary cerebral resuscitation. Crit Care State of the Art Vol 2- Toronto 2009 p. 1.

5.1 Causas que ocasionan paro cardiorrespiratorio

“La mayoría de eventos de paro cardíaco extra hospitalario en lactantes y niños ocurre alrededor de la casa o en la misma, bajo la supervisión de padres, familiares o niñeras. Las causas de paro cardíaco son heterogéneas y varían con la edad, la salud de base del niño y el lugar del episodio. En el contexto extra hospitalario, cuadros como traumatismos, síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), ahogamiento por inmersión, intoxicación, asfixia, asma grave y neumonía son causas frecuentes de paro. En el hospital, las causas habituales son sepsis, insuficiencia respiratoria, intoxicación farmacológica, trastornos metabólicos y arritmias”⁴⁹.

Por lo tanto, la decisión de llamar "primero" o "pronto", depende de la etiología del PCR, más que la edad (3-5). En algunas circunstancias especiales, se utiliza el "Llame primero" en niños:

1. Colapso súbito en el niño (historia o sospecha de arritmias).
2. Antecedente de cardiopatía congénita o post operado de la misma.
3. Electrocución (favorece arritmias en algunos casos y en otros, paro respiratorio por bloqueo de músculos respiratorios).
4. Hipotermia severa (favorece arritmias como la fibrilación ventricular).
5. Cuando hay dos reanimadores expertos (uno comienza la re- animación y otro avisa al sistema médico de emergencia).

Son varios los factores que se relacionan y ocasionan paro cardiorrespiratorio por lo que el personal está preparado para las emergencias.

5.1.1 Causas del paro cardiorrespiratorio

- "Ataque cardíaco.
- Hipotermia profunda.

⁴⁹ORDÓÑEZ, Carlos. Cuidado Intensivo y Trauma 2ª Ed. Bogotá Colombia 2009 p. 130

- Shock.
- Traumatismo craneo encefálico.
- Electrocuación.
- Hemorragias severas.
- Deshidratación.
- Paro respiratorio⁵⁰

5.1.2 Signos del paro cardiorrespiratorio

- "Ausencia del pulso y respiración.
- Piel pálida a veces cianótica especialmente en labios y uñas.
- Pérdida de conocimiento.
- Pupila dilatada parcialmente a los 2 ó 3 minutos la dilatación es total y no reacciona a la luz⁵¹.

5.1.3 Complicaciones en la reanimación

"La resucitación cardiopulmonar (RCP) mantiene la vida bastante bien cuando se la realiza debidamente. Sin embargo, aún con una RCP bien realizada puede haber complicaciones. Ventilación Asistida El mayor problema asociado con la respiración asistida es la distensión gástrica, resultado de un volumen de ventilación excesivo y de velocidades de flujo altas. La ventilación asistida a Norma Nacional de Reanimación Cardiopulmonar Básica del Adulto y Pediátrica menudo produce distensión gástrica, especialmente en los niños.

Las técnicas de resucitación cardiopulmonar (RCP) debidamente ejecutadas disminuyen las posibilidades de complicaciones. Aún compresiones torácicas bien realizadas pueden producir fracturas costales en algunos pacientes. Otras

⁵⁰http://docencianacional.tripod.com/primeros_auxilios/cap4.htm consultado abril 2016.

⁵¹Ibid. consultado abril 2016.

complicaciones que pueden darse, a pesar de una técnica adecuada, incluyen la fractura del esternón, la luxación de las costillas del esternón, neumotórax, hemotórax, contusiones pulmonares, laceraciones del hígado y bazo y embolia grasa. Estas complicaciones pueden minimizarse atendiendo cuidadosamente los detalles, pero no se las puede prevenir del todo. Por lo tanto, la preocupación por el trauma que puede resultar de una resucitación cardiopulmonar debidamente realizada no debe impedir la aplicación oportuna y enérgica de la resucitación cardiopulmonar” .⁵²

En la resucitación cardiopulmonar existen complicaciones las cuales se logran minimizar y en niños por ser más frágiles siempre existe el riesgo beneficio ya que si sale del evento hay que tener más cuidado al movilizar y si hay distensión abdominal enfermería sabe que resuelve colocando una sonda naso gástrica a gravedad siempre que el médico sea el que la coloque y verifique que está en estomago.

5.1.4 Cadena de la sobrevida en niños

“Prevención de accidentes y causas comunes de paro en niños.

Reanimación cardiopulmonar pronta y efectiva.

Activación del Sistema Médico de Emergencia (SME).

Reanimación avanzada temprana (estabilización, transporte y rehabilitación)”⁵³.

M: Mirar si respira.

E: Escuchar si hay respiración, acercándose al niño.

S: Sentir el hálito de la respiración.

⁵²http://www.reanimacion.cl/system/files/documentos/2013/02/cap1_norma_nac_reanimacion_cardiopulmonar_basica_adult_o.pdf consultado agosto 2016.

⁵³ORDÓÑEZ, Carlos. Cuidado Intensivo y Trauma 2ª Ed. Bogotá Colombia 2009 p. 130

5.1.5 Prevención

"Para prevenir las causas más comunes de paro, como el síndrome de muerte súbita del lactante, se han realizado campañas educativas a nivel mundial, para que los padres coloquen a sus hijos en decúbito supino (boca arriba) o de lado (no sobre su estómago, decúbito prono) y evitar el uso de almohadas o colchones muy suaves"⁵⁴.

- No dar ni dejar a los niños jugar con objetos como botones, semillas, monedas.
- No permitir que los niños jueguen cuando estén comiendo.
- No dar a los niños alimentos con cáscara o huesos.
- Evitar que los niños se duerman mientras está comiendo dulces o goma de mascar.
- No sostener en la boca elementos que puedan fácilmente ser tragados.
- Masticar bien la comida antes de deglutirla.
- Nunca deje que los niños se tomen solos el tetero o biberón.
- Evite que los niños se acerquen solos a piscinas ríos o lagos.
- No deje al alcance de los niños bolsas plásticas.
- No tapar la cara de los niños ni dejar a su alcance cobijas pesadas o almohadas grandes.

5.1.6 Reanimación cardiopulmonar pronta y efectiva

"La reanimación cardiopulmonar básica pronta y efectiva es fundamental para que el niño recupere su circulación espontánea y no haya compromiso neurológico significativo.

⁵⁴ ORDOÑEZ, Carlos. Cuidado Intensivo y Trauma 2ª Ed. Bogotá Colombia 2009 p. 130.

Confirmar que la escena es segura para el reanimador. No entrar a zonas de riesgo (incendios, lagunas, áreas violentas, etc.), sin personal de apoyo, elementos de seguridad o conocimiento del área.

Estimular al niño y confirmar si se encuentra en paro cardiopulmonar, preferiblemente en la cabeza, plantas y zona dorsal en el lactante y llamarlo cerca al oído al niño mayor, sin sacudirlo, si hay sospecha de trauma cervical. Si está acompañado, alguien debe llamar al sistema médico de emergencia.⁵⁵

5.1.7 Desfibrilador

“El desfibrilador externo automático es un equipo de tecnología sanitaria que mediante la aplicación de un pulso de corriente continua al corazón con la finalidad de restablecer el ritmo cardiaco de una víctima de paro cardiorrespiratorio causado por fibrilación ventricular”.⁵⁶

En todo servicio de Cuidados Intensivos es necesario que haya un desfibrilador que se encuentre en buen estado, y la persona (médico) que lo utiliza sepa los voltajes que se utilizará al paciente dependiendo de la edad y peso, debe de estar en un área accesible para su uso y disponibilidad.

5.1.8 Vías de infusión

“Durante la resucitación cardiopulmonar (RCP) avanzada es preciso conseguir un acceso vascular adecuado para la infusión de drogas y fluidos, así como para la obtención de muestras de laboratorio. La vía venosa obtenida por punción es de

⁵⁵ORDÓÑEZ, Carlos. Cuidado Intensivo y Trauma 2da Ed. Bogotá Colombia 2009 p. 133.

⁵⁶<http://es.wikipedia.org/wiki/Pediatr%C3%ADa> consultado el 13 octubre 2014.

elección, aunque en ocasiones no es posible de forma inmediata, debiendo recurrirse a otras vías alternativas⁵⁷

El personal de enfermería debe de estar capacitado para el manejo de bombas de infusión ya que son necesarias para el paso de las aminas vaso activas y filtrarse el goteo indicado por el médico ya que son dosis pequeñas adecuadas a peso de kilo y hora.

5.1.9 Vía Venosa Periférica

“La vía venosa periférica es la primera en intentar canalizarse durante la resucitación cardiopulmonar (RCP). Los accesos más comunes son la flexura del codo, dorso de la mano, dorso del pie y en lactantes en cuero cabelludo. Tiene las ventajas de la sencillez en su inserción con escasas complicaciones y la accesibilidad, que permite no interrumpir las maniobras de resucitación cardiopulmonar mientras se obtiene. Si se canaliza con catéter corto y grueso permite una buena perfusión de líquidos y drogas⁵⁸

Es necesario que se obtenga una vía periférica para el cumplimiento de los medicamentos indicados o volumen de solución que se quiera dar a paciente, siendo mejor que el calibre sea adecuado a la edad de paciente, en el que enfermería es la persona idónea en realizarlo ya que tiene habilidad y es con rapidez el actual en el momento crítico.

5.1.10 Vía Venosa Central

“La vía venosa central tiene las ventajas de una mayor rapidez de acción de los fármacos infundidos, un mayor calibre para la administración de fluidos, mayor

⁵⁷TORMO C, Calvo C, Delgado MA, López-Herce J, Rodríguez Núñez A, Loscertales M, García Castrillo L: Soporte vital en Pediatría. En: Comité Español de RCP: Manual de Soporte Vital Avanzado. Barcelona. Masson, 3ra E.p.111-134. 1998

⁵⁸ <https://www.google.com.gt/search?q=MERCIER> consultado el 15 marzo 2015.

seguridad en su mantenimiento y la posibilidad de monitorización de la presión venosa central (PVC).

Sus inconvenientes son la mayor dificultad técnica precisando personal entrenado, la interferencia con las maniobras de resucitación cardiopulmonar, especialmente en el caso de la subclavia o yugular, y el mayor riesgo de complicaciones durante su canalización (neumotórax, hemotórax, hematomas).

La vena femoral es de elección, ya que es la más accesible, con menor interferencia en las maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP) y con menor riesgo de iatrogenia. Sin embargo puede ser difícil su canalización sin la referencia del pulso arterial, y hay que colocar un catéter lo suficientemente largo para que la punta esté por encima del diafragma”⁵⁹

Enfermería es la persona indicada en la utilización de la vía central es otra de las fortalezas que tiene el personal de enfermería en el conocimiento de los lúmenes ya que cada lumen esta con el propósito de los medicamentos (proximal se deja estéril cubierto para cuando se inicie alimentación parenteral, medial para la utilización de aminas vaso activas y distal para solución de mantenimiento, medicamentos y presión venosa central que es la medición de líquidos el cual le sirve a los médicos), por lo que enfermería es la que tiene el manejo de vía central según sus conocimientos, y no se debe de contaminar y provocar una patología adicional a paciente.

5.1.11 Vía Intratraqueal

“La literatura consultada indica la administración de fármacos tales como adrenalina, atropina y lidocaína, consiguiéndose una aceptable absorción. Las

⁵⁹LÓPEZ-Herco J: Vías de infusión y fármacos. Monitorización electro cardiográfica. Tratamiento de las arritmias. MedIntensiva, Madrid .p. 18:282-287 1994.

drogas deben administrarse mediante una jeringa o a través de una sonda introducida por el tubo intratraqueal, seguida de varias insuflaciones potentes para redistribuir el fármaco por todo el árbol bronquial⁶⁰.

Cuando no es posible que enfermería logre canalizar una vía periférica el médico indica que el medicamento se pase por tubo orotraqueal mientras se estabiliza paciente y el médico logra colocar una vía central.

5.1.12 Vía Intraósea

"Vía intraósea es una vía de fácil acceso, alternativa a la intravenosa. Está indicada cuando no se consigue un acceso venoso en 90 segundos. La técnica consiste en la introducción de una aguja especial de punción intraósea perpendicularmente 1-3 cm por debajo de la meseta tibial interna. En los niños mayores puede utilizarse el maléolo interno. Tiene la ventaja de la fácil colocación con escasas complicaciones, permitiendo la infusión de todo tipo de fármacos y líquidos. Su rapidez de acción es similar a la administración por vía periférica. Sin embargo debe considerarse que se trata de una vía temporal y utilizarse solamente hasta que se obtiene un acceso venoso".⁶¹

Técnica que realiza el médico intensivista o responsable de turno ya que consiste en la administración de medicamentos o solución por medio del hueso en el que utilizan una aguja de calibre grueso que ayude al paso de medicamentos o otro fluido.

⁶⁰CALVO C, Delgado MA, García L, López-Herce J, Loscertales M, Rodríguez A, Tormo C: Normas de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada en pediatría (2ª parte). An EspPediatr, p; 43: 323-334, 1995.

⁶¹BERG RA: Emergency infusion of catecholamines into bone marrow. Am J DisChild p. 138: 810-814. 1994.

5.2 Fármacos

"Fármaco cualquier sustancia que se administra por vía oral, se inyecta en un musculo, en la piel en un vaso sanguíneo ó por una cavidad corporal ó se aplica tópicamente para tratar ó evitar una enfermedad"⁶²

Fármacos son todos los medicamentos que se utilizan en un paro cardiorrespiratorio (adrenalina, atropina, gluconato de calcio, bicarbonato, midazolam, fentanyl, propofol, pancuronio) los cuales van en el carro de emergencia.

5.2.1 Adrenalina (Epinefrina)

"Adrenalina es el medicamento que se emplea para restablecer la actividad cardiaca espontánea en la asistolia, para lo que se requiere una adecuada perfusión y oxigenación miocárdica. Aunque tiene efectos alfa y beta adrenérgicos, es la estimulación de los receptores alfa lo que determina su efecto beneficioso en la resucitación cardiopulmonar.

La dosis inicial recomendada en pediatría es de 0,01 mg/kg. pudiendo incrementarse 10 veces (0,1 mg/kg.) en las siguientes dosis la misma dosis es recomendada cada 3 a 5 minutos en el paro que no responde".⁶³

"En los pacientes pediátricos las alteraciones del ritmo más frecuentes son la asistolia y las bradiarritmias, y muy ocasionalmente la disociación electromecánica. En todos estos casos la adrenalina puede generar actividad mecánica y eléctrica en el corazón. En la fibrilación ventricular, rara en niños, la adrenalina es utilizada para producir un ritmo cardiaco más susceptible de

⁶² Diccionario de medicina Océano Mosby Traducción Lena Ferrus Estopa. St. Missouri (USA) Océano 2005 p. 558

⁶³ <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion4/capitulo58/capitulo58.htm> consultado 20 octubre 2015.

desfibrilación eléctrica. Estudios experimentales y en niños, han sugerido que dosis elevadas de adrenalina pueden ser más efectivas que la dosis clásica recomendada, aunque posteriores estudios no han podido determinarlo con seguridad ⁶⁴.

Medicamento de uso en paro cardiorrespiratorio a la hora de administrar se debe de llevar tiempo el cual tenga el intervalo adecuado, enfermería debe de tener conocimiento que es medicamento delicado y se debe administrar la dosis indicada por el médico y que el intervalo de tiempo entre las dosis es de 3 a 5 minutos.

5.2.2 Bicarbonato de sodio

"El Bicarbonato de sodio resuelve los problemas que causa el paro cardiorrespiratorio (PCR) a través de hipoxia y son predominantemente respiratorios, se exige ventilación adecuada para usarlo, de lo contrario el aporte de bicarbonato determinará un aumento transitorio del dióxido de carbono (CO₂), empeorando la acidosis respiratoria del paciente. La administración de bicarbonato puede ser considerada cuando el shock es asociado con acidosis metabólica grave documentada. Su uso es recomendado en pacientes con hiperkalemia sintomática, hipermagnesemia, sobre dosis de antidepresivos tricíclicos o sobre dosis de bloqueadores de canales de calcio. La dosis es de 1 mEq/kg por vía endovenosa o intraósea ⁶⁵.

Medicamento importante en un paro cardiorrespiratorio, se cumplirá según orden médica ya que en niños el volumen disminuirá, enfermería tomara en cuenta que si es emergencia se pasara por vía periférica tomando en cuenta que las venas son sensibles y se lastimaran, que hay que estar verificando que no haya flebitis,

⁶⁴ <http://tratado.uninet.edu/c120606.html> consultado 09 de septiembre 2016.

⁶⁵ <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/reanimac.html> consultado febrero 2016.

y si es por vía central tiene que pasar solo para que no tape el lumen de la vía central.

5.2.3 Gluconato de Calcio

“El calcio es esencial en el proceso de acoplamiento excitación-contracción. Cuando las células miocárdicas son excitadas, el calcio entra en el citoplasma e induce el acoplamiento de actina y miosina. El proceso termina con una salida activa del calcio fuera del citoplasma. En situaciones de isquemia miocárdica, sin embargo, la falta de energía compromete el sistema de bomba, por lo que el calcio se acumula en el citoplasma. Estudios experimentales han demostrado que la entrada de calcio en el citoplasma celular es la vía final común de la muerte celular y que su utilización en la resucitación cardiopulmonar podría tener efectos tóxicos intracelulares⁶⁶.”

Durante la administración de este medicamento lo que enfermería verificara es el monitor ya que pueden haber cambios electrográficos, por lo que el paciente puede presentar (taquicardia, extrasístoles supra ventricular, bradicardia, arritmia), por lo que su administración debe de ser lenta y en el volumen de solución indicada.

5.2.4 Sulfato de Atropina

“Sulfato de atropina aunque no se ha demostrado su beneficio, se puede emplear en el tratamiento de la bradicardia, sobre todo si ésta es secundaria a un aumento del tono vagal (por ejemplo durante la manipulación de la vía aérea). Sin embargo hay que considerar que la causa más frecuente de bradicardia en los niños es la hipoxia, por lo que hay que intentar una ventilación y oxigenación adecuadas antes de emplear atropina.

⁶⁶KATZ AM, Reuter H. Cellular calcium and cardiac cell death. Am J Cardiol, 5ta ed. Boston p. 44: 188-194. 2001.

La dosis inicial es de 0,02/kg., con una dosis máxima de 1 mg. en niños y 2 mg. en adolescentes y una dosis mínima de 0,1 mg por debajo de la cual podría producir una bradicardia paradójica".⁶⁷

5.2.5 Lidocaína

"La lidocaína inhibe la descarga de focos ectópicos, incrementa el umbral de fibrilación e inhibe la formación de circuitos de reentrada que pueden dar lugar a taquicardia o fibrilación ventricular la dosis de 0,5-1,5 mg/Kg cada 5/10 minutos. No superar 3 mg/Kg.

Está indicada en situaciones de taquicardia ventricular, fibrilación ventricular o extrasístoles ventriculares acoplados. Sin embargo, hay que considerar que las arritmias ventriculares en niños son poco frecuentes, siendo la taquicardia y fibrilación ventricular la causa de menos del 10% de las paro cardiopulmonar (PCR). Es preciso en estos casos descartar una etiología metabólica, como alteraciones del calcio, potasio o glucosa, hipotermia o intoxicaciones"⁶⁸.

5.2.6 Fluidos

"Fluidos en la mayoría de los casos de resucitación cardiopulmonar (RCP) solo se realizará una perfusión de fluidos, para mantener permeable la vía venosa o intraósea.

En algunos pacientes puede ser preciso efectuar expansión de volemia, como en el caso de disociación electromecánica que no responde a la primera dosis de adrenalina en pacientes con hemorragias agudas o graves, o cuando tras la parada hay hipovolemia absoluta o relativa por vasodilatación, estasis venoso y escape capilar a la expansión durante la resucitación cardiopulmonar (RCP) en

⁶⁷<http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion4/capitulo58/capitulo58.htm> consultado 21 octubre 2015.

⁶⁸LÓPEZ Herce J: Vías de infusión y fármacos. Monitorización electrocardiográfica Tratamiento de las arritmias. Med Intensiva, p.18:262-267, 1994.

pediatría se pueden utilizar cristaloides como suero salino fisiológico o Ringer lactato, o coloides como albúmina al 5% o coloides artificiales, a una dosis de 20 ml/kg.⁶⁹

5.2.7 Monitorización del Ekg

“Para saber cuál es el ritmo específico de un paro cardiorrespiratorio (PCR) es necesaria la monitorización electro cardiográfica. La podemos realizar mediante la colocación de electrodos adhesivos conectados a un monitor o a un desfibrilador o directamente a través de las palas del desfibrilador.

Los ritmos que nos podemos encontrar se pueden dividir en:

A. Ritmos desfibrilables:

- Fibrilación ventricular
- Taquicardia ventricular sin pulso

B. Ritmos no desfibrilables

- Asistolia (el más frecuente en los niños)
- Bradicardia severa
- Actividad eléctrica sin pulso
- Bloqueo aurícula-ventricular completo ⁷⁰.

Es importante que el personal de enfermería aprenda la colocación de cables de monitor ya que estos son los que censan y dan un dato, también enfermería debe de saber los parámetros de frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, estos dependerán de la edad de paciente ya que son niños de diferentes edades.

⁶⁹<http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion4/capitulo58/capitulo58.htm> consultado 21 de octubre 2015.

⁷⁰<http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion4/capitulo58/capitulo58.htm> consultado 22 de octubre 2015.

6 Cuidado de Enfermería al paciente en Paro Cardiorrespiratorio

"Cuidado es la acción de cuidar (preservar, guardar, conservar, asistir).

El cuidado implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio. También es posible cuidar objetos (como una casa) para impedir que ocurran incidentes tales como daños y robos"⁷¹.

Cuidar es una acción dirigida ayudar, apoyar a personas o grupos en diferentes necesidades, para mejorar la situación humana en la que se encuentre.

"ARGUETA ALVAREZ, Ana María en su libro de Proceso de Enfermería Paso a Paso los cuidados son la provisión de condiciones óptimas para los procesos reparadores, es prestar un servicio que fomente la capacidad de influir positivamente en la persona, es prevenir efectos nocivos del estrés y protección de la persona, la protección encontrada de las amenazas físicas y sociales, realizar un rol suplementario para la persona, manipular estímulos del contexto y otros"⁷²

Según Argueta Álvarez, la persona cuidadora es la responsable del paciente en su estancia hospitalaria la cual debe de velar desde sus cuidados que se brindan de piel, alimentación, acomodar para que el paciente pueda descansar durante duerme, estar pendiente de sus medicamentos e identificar si el paciente tuviera dolor ya que son las que permanecen al lado del paciente.

6.1 Cuidados generales de paciente Crítico antes de paro cardiorrespiratorio

"Actividades comunes a realizar en todos los turnos, se participara en la parte oral, conociendo la evolución de los pacientes asignados durante las últimas 24 hrs, resaltando el último turno: aplicar tratamiento médico y cuidados de enfermería

⁷¹<http://definicion.de/cuidado/> consultado el 25 julio 2015

⁷²ARGUETA ALVAREZ, Ana María. "Proceso de Enfermería Paso a Paso" Directora de la Escuela Nacional de Enfermería Guatemala 2001 p. 18.

según lo planificado, comprobar las pautas de medición, cuidados generales, alarmas de monitor y parámetros y alarmas del respirador, control y registro de constantes vitales, notas de enfermería, colaboración con el médico para procedimientos y diagnósticos terapéuticos".⁷³

Las enfermeras que trabajan en el área de cuidados intensivos desempeñan un papel fundamental en los cuidados a los pacientes, debido a la gran cantidad de actividades que tienen que realizar sobre ellos. Es importante que el profesional esté lo suficientemente familiarizado en esta área para poder desempeñar sus funciones de manera adecuada.

6.1.1 Cuidado de paciente durante el paro cardiorrespiratorio

- "Verifique presencia de cuerpos extraños.
- Aspire secreciones.
- Hiperventile al paciente con respirador manual.
- Preparar material y asista en el procedimiento de intubación (TET).
- Preparar ventilador mecánico.
- Monitorizar a paciente: sensor de saturación, colocación de red de monitoreo (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial) esfigmomanómetro colocado en posición".⁷⁴

El personal de enfermería es el encargado de verificar la monitorización de paciente, tener preparado el carro de emergencia para minimizar el tiempo en paro cardiorrespiratorio.

"Esta etapa se inicia con la identificación rápida y oportuna del paro cardiorrespiratorio, la aplicación de la cadena de supervivencia y el seguimiento

⁷³<http://es.slideshare.net/ValeryPalaciosArteaga/cuidados-de-enfermeria-al-paciente-critico>. consultado 02 marzo 2016.

⁷⁴ Guías de la American Heart Asociación (AHA) para resucitación cardio pulmonar 2005.

correcto de algoritmos para el manejo de arritmias. La cadena de supervivencia se puede utilizar en los ámbitos intra y extra hospitalario y está constituida por cuatro eslabones; el primero permite la activación del sistema de urgencias bien sea el sistema de código azul establecido y protocolizado en la diferentes instituciones o la solicitud del carro de paro; el segundo eslabón hace referencia al inicio de la reanimación básica aplicando el A (vía aérea permeable) B (respiración) C (circulación). Es necesario analizar algunas intervenciones básicas ABC tanto intra como extra hospitalario⁷⁵

Enfermería es uno de los eslabones en una reanimación ya que es la persona que está al pendiente de las indicaciones médicas como verificación de la conducta a seguir.

"(Enfermera o Técnico Paramédico capacitado)

- Coloca cables y electrodos del monitor desfibrilador al paciente lo enciende y dirige pantalla del equipo hacia la posición del médico.
- Busca la presencia de una vía venosa y revisa si se encuentra permeable.
- Prepara, administra y registra medicamentos indicados por el médico
- Realiza ayuda en intubación (guantes estériles, laringoscopio, tubo endotraqueal).
- Insufla balón de seguridad del tubo endotraqueal y fija.
- En caso de desfibrilación, carga el equipo según joules indicados y aplica gel en las paletas.
- Avisa al médico el momento en que se encuentra cargado el desfibrilador.
- Repitiendo esta acción las veces que el médico lo indique".⁷⁶

⁷⁵Guías de la American Heart Asociación (AHA) para resucitación cardio pulmonar 2005.

⁷⁶ Protocolo reanimación cardiopulmonar avanzada Unidad de Cuidado Crítico adulto Hospital Base de Linares. consultado 19 de agosto 2015.

6.1.2 Cuidados post paro Cardiorrespiratorio

"Existe gran cantidad de literatura dedicada a los cuidados post paro, la Resucitación Cerebral y los trastornos orgánicos producidos por la reperfusión que ocurre en las etapas de la recuperación. En la atención pre hospitalaria, los cuidados post paro están dirigidos a preservar la vida del paciente en las mejores condiciones posibles y trasladarlo en forma óptima, bajo el cuidado de un equipo, que incluirá a médico y enfermera tratantes. El traslado, finalmente, se deberá coordinar con la Unidad que lo atenderá en su etapa de post resucitación"⁷⁷.

El rol del profesional de enfermería después de la reanimación debe estar dirigido a una serie de intervenciones que garantizan el final de una reanimación exitosa, estas intervenciones son:

- Monitorización estricta, evaluación y seguimiento permanente del manejo suministrado al paciente durante el paro.
- Valoración neurología con el fin de identificar en forma temprana secuelas neurológicas.
- Evaluar el tiempo de inicio y finalización de la reanimación puesto que la probabilidad de supervivencia disminuye abruptamente con cada minuto que pasa en la evolución del paro y finalización de la reanimación.
- Realización de registros de enfermería claros, concisos y bien redactados que describan los procedimientos realizados, insumos utilizados, hora de inicio y finalización de las maniobras de reanimación. Es importante anotar que estos registros deben ser coherentes con la descripción médica en la epicrisis.
- La notificación a la familia debe corresponder a la realidad de la situación del paciente debe hacerse con honestidad, sensibilidad y prontitud. Con frecuencia la información es proporcionada solo por el médico; pero los profesionales en enfermería deben estar en este proceso de notificación puesto que como equipo de trabajo es una responsabilidad mutua; es

⁷⁷<http://www.3msalud.cl/enfermeria/la-opinion-de-los-expertos/practica-avanzada-en-enfermeria/> consultado 19 agosto 2015.

fundamental considerar algunas directrices en el momento de proporcionar dicha información.

- Informar a la familia vía telefónica si aún no han sido notificados explicando que la situación es grave, pero nunca dar la noticia del fallecimiento por este medio de comunicación.
- Obtenga cuanta información le sea posible respecto al paciente y a las circunstancias que rodearon la muerte de tal forma que todo el equipo establezca un lenguaje común.
- Busque un área privada para proporcionar la información.
- Establezca contacto visual con los familiares, considere tocar al miembro de la familia y compartir sus sentimientos.
- Proporcione el tiempo necesario para preguntas y explicaciones, dirijase a los hechos varias veces para estar seguro de que todo se ha entendido y para facilitar preguntas adicionales.
- Brinde a la familia la oportunidad de ver a su familiar y contar con el apoyo o ayuda de asistencia social o religiosa.
- Se recomienda el proceso de crítica por todo el equipo, no importa que sea breve, esta actividad proporciona retroalimentación al personal y se convierte en una vía para expresar aflicciones y una oportunidad de educar.

En general las intervenciones antes, durante y después de la reanimación giran alrededor del paciente puesto que es el individuo a quien se le preserva la vida y restaura su salud; sin embargo, no se puede olvidar el papel que desempeñan los profesionales en enfermería para el logro de una reanimación exitosa, los reanimadores pueden presentar síntomas físicos y emocionales de evolución prolongada cuando intentan sin éxito una resucitación cardiopulmonar (RCP)⁷⁸.

⁷⁸<http://www.3msalud.cl/enfermeria/la-opinion-de-los-expertos/practica-avanzada-en-enfermeria/> consultado 19 agosto 2015.

Enfermería documenta lo realizado en el evento de paro cardiorrespiratorio como el tiempo del paro cardiorrespiratorio, ó de cuantos eventos realizados, los medicamentos utilizados, lo cual en algún momento respalda el actuar del personal de enfermería.

El médico

Indica el traslado del paciente o cese de maniobras

Informa a familiares la gravedad o de fallecimiento del paciente

Realiza registros correspondientes.

6.1.3 Cuidados Intensivos

“Asistencia sanitaria detallada y constante que se presta en diversas circunstancias en que está comprometida la vida del paciente, tales como politraumatismo, quemaduras graves y extensas, o intervenciones quirúrgicas de alto riesgo. Para prestarlos es necesario un entrenamiento especial, se realizan en unidades hospitalarias especiales equipadas con medios más o menos sofisticados y sistemas de monitorización permanente de las constantes del paciente. Denominados también cuidados en estado crítico”⁷⁹.

El personal que se encuentra en el servicio de Cuidados Intermedios del Hospital Roosevelt, brinda atención al paciente en estado crítico, poseen conocimiento científico actitudes para brindar cuidados con calidad y calidez.

6.1.4 Cuidados básicos

“Cuidados que se requiere cualquier persona sana o enferma, sea cual fuere el diagnóstico del médico y el tratamiento que prescriba. El derivar los cuidados básicos de las necesidades humanas básicas puede servir de orientación a la

⁷⁹ Diccionario de Medicina Océano Mosby Traducción Lena Ferrus Estopa. St. Missouri (USA) Océano 2005 p. 350

enfermera, tanto en el fomento de la salud como en la prestación de los servicios de atención a enfermos e incapacitados⁸⁰.

El cuidado es ayudar a los pacientes a realizar sus actividades, el personal de enfermería es la indicada de realizar diferentes actividades para satisfacer las necesidades básicas, en un paciente sano o enfermo.

6.1.5 Cuidados Nutricionales

“Sustancias, procedimientos y medios necesarios para asegurar la ingesta y asimilación de los alimentos en especial al paciente hospitalizado. Dependiendo del proceso del enfermo los requerimientos nutritivos pueden proporcionarse mediante comidas regulares con menús seleccionados de la dieta ordenada, mediante alimentación por sonda naso gástrica o hiper alimentación parenteral. La valoración de la nutrición comprende la observación del apetito del enfermo, alimentos preferidos, talla, peso mediciones de la cabeza, brazos abdomen y grosor del pliegue cutáneo, coloración y turgencia de la piel y el estado de la boca, ojos y cabello⁸¹.”

Enfermería labora con un grupo multidisciplinario hospitalario, cumpliendo con los requerimientos nutricionales adecuados a cada paciente.

7. Unidad de Cuidados Intermedios

“La unidad de cuidados Intermedios empezó a funcionar el 16 de octubre del 2000 esta área no estaba destinada para atender pacientes graves, pero por la demanda de pacientes que necesitaban ventilación mecánica se empezaron a recibir y utilizar los ventiladores con cilindros de aire comprimido por que no

⁸⁰Diccionario de Medicina Océano Mosby Traducción Lena Ferrus Estopa. St. Missouri (USA) Océano 2005 p. 348

⁸¹ Ibid p. 350

habían tomas de aire, en el año 2006 se realizan las gestiones necesarias para la colocación de diez tomas de aire comprimido hoy en día se llegan atender de cinco a nueve pacientes ventilados o según la demanda y se ha ido equipando con equipo médico según la necesidad.

Esta unidad es una de las primeras áreas nuevas que la pediatría tiene porque anteriormente este servicio estaba con el área de intensivo quien tenía capacidad para nueve pacientes atendidos con el mismo personal de enfermería y médico.”

82

Es un servicio que en la actualidad cuenta con supervisora de área de pediatría, jefe de enfermería, 6 subjeses de enfermería, 26 auxiliares de enfermería, 1 asistente de hospital, médico jefe en turno de mañana, residentes los cuales realizan su residencia en pediatría. Es un servicio de área crítica ya que se brindan cuidados a pacientes ventilados, los cuales ingresan ventilados o se ventilan en el servicio, brindando atención las 24 hrs, contando con el personal auxiliar de enfermería y subjefe, actualmente se atienden niños desde 28 días hasta 14 años con varios diagnósticos en los que cualquier niño puede presentar paro cardiorrespiratorio.

8 Teoría de Enfermería Dorothea Orem "Teoría de déficit de autocuidado"

El modelo que fundamenta el estudio es de la teórica Dorothea Orem, en donde describió "el autocuidado como una necesidad humana y la enfermería como un servicio. Resalto la particular atención que han de prestar las enfermeras a la necesidad que muestran las personas de un autocuidado continuado para prolongar la vida y la salud o para recuperarse de lesiones y enfermedades"⁸³

⁸²OTZOY PEREZ, Elva Rosby. Diagnostico Situacional del Servicio de Cuidados Intermedios de Pediatría del Hospital Roosevelt 2011 p. 21.

⁸³MARRINER, TOMEY Ann Y Marta RaileAligood. Modelos y Teorías en Enfermería. Editorial HarcourtBrace, España 2001 4ta ed. p 59.

Autocuidado: es la práctica de actividades que las personas jóvenes y maduras emprenden con arreglo a su situación temporal y por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo mantener la salud prolongar el desarrollo personal y conservar su bienestar. "84

"Requisitos del autocuidado universal: los objetivos necesarios a escala universal que se deben satisfacer a través del autocuidado o del cuidado dependiente tienen su origen en lo que se conoce de forma contrastada o lo que está en vías de comprobación acerca de la estructura humana y la integridad funcional en las diversas etapas del ciclo vital. En esta teoría se proponen seis requisitos que comparten los hombres, las mujeres y los niños:

- El mantenimiento de un consumo de aire, agua y alimento suficiente.
- La prestación de la asistencia que se asocia con los procesos de eliminación y los excrementos.
- La preservación de un equilibrio entre actividad y reposo.
- El mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social.
- La prevención de los riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal.
- La promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro de grupos sociales, de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones conocidas y el deseo de ser normal. El término normalidad se utiliza aquí para referirse a lo que es humano en esencia y se corresponde con las cualidades y las características genéticas y constitutivas del individuo" 85

El modelo de Dorothea Orem, en especial la teoría de subtemas de Enfermería el totalmente compensatorio porque es el que se utiliza en el servicio de Unidad de Cuidados Intermedios, ya que son niños en edades de 28 días hasta los catorce años, y cuando el paciente presenta una patología, en donde enfermería realiza

⁸⁴ MARRINER, TOMEY Ann Y Marta RalloAllgood. Modelos y Teorías en Enfermería. Editorial HarcourtBrace, España 2001 4ta ed. p 59.

⁸⁵ *Ibid.* p 177.

las actividades diarias, desde los cuidados matutinos, baño, alimentación, comodidad y confort, ya que el 50% de los niños ingresados en el servicios son graves dependientes de enfermería, en donde el personal de enfermería realiza sus labores con calidad y calidez y sobre todo a conciencia.

VI. MATERIAL Y METODOS

1. Tipo de estudio

La presente investigación es de tipo descriptivo porque permite describir los conocimientos y las prácticas del personal de enfermería en la atención al paciente pediátrico en paro cardiorrespiratorio, tiene un enfoque cuantitativo porque se recolectó información que permite el uso de la estadística descriptiva al tabular la información y presentación de resultados y es de corte transversal porque se realizó en un período de tiempo determinado. el mes de agosto 2016.

2. Unidad de análisis

La unidad de análisis del estudio está constituido por el personal de enfermería (profesionales y auxiliares de enfermería), que labora en el servicio de Cuidados Intermedios de Pediatría del Hospital Roosevelt.

3. Población y muestra

3.1 Población ó Universo

El universo del estudio lo constituye todo el personal de enfermería que labora en el Hospital Roosevelt.

3.2 Muestra

La muestra está constituida por el personal de enfermería del servicio de Cuidados Intermedios del Hospital Roosevelt en un total de 32 personas.

4 Definición y operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Instrumento
Conocimientos del personal enfermería servicio Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Roosevelt de Guatemala en cuidados paciente en paro cardiorrespiratorio.	Bases conceptuales que tiene el personal de enfermería en cuidados de paciente en paro cardiorrespiratorio.	Conjunto de elementos teóricos del personal de enfermería sobre el conocimiento y prácticas de paciente en paro cardiorrespiratorio.	Paro cardiorrespiratorio. Causas Signos Complicaciones	<ol style="list-style-type: none"> 1. Escriba el concepto de paro cardiorrespiratorio 2. Mencione cinco causas que pueden originar un paro cardiorrespiratorio. 3. Mencione tres signos observados en paciente en paro cardiorrespiratorio. 4. Mencione tres complicaciones de post paro cardiorrespiratorio en el paciente. 5. Mencione dos complicaciones a la hora de colocación de una vía

central.		Acceso vasculares			<p>6. Mencione el acceso vascular que menos interfiere cuando hay un paro cardiorrespiratorio.</p> <p>7. Mencione tres accesos vascular que se pueden utilizar durante un paro cardiorrespiratorio.</p> <p>8. Mencione dos medicamentos que se pueden utilizar por vía orotraqueal en un paro cardiorrespiratorio.</p> <p>9. Mencione el medicamento a elección cuando hay acidosis metabólica.</p> <p>10. Cada cuanto tiempo administra la adrenalina al paciente en paro</p>
				Medicamentos.	Cuidados durante paro cardiorrespiratorio.
					Conjunto de intervenciones del personal de
					Actuación del personal de enfermería en
					Prácticas personal de enfermería del

<p>servicio Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Roosevelt de Guatemala en cuidados paciente en paro cardiopulmonatorio.</p>	<p>paro cardiopulmonatorio en el servicio de Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Roosevelt de Guatemala.</p>	<p>enfermería en cuidados paciente en paro cardiopulmonatorio.</p>	<p>Finalizado paro cardiopulmonatorio.</p>	<p>cardiopulmonatorio</p> <p>11. Escriba dos cuidados que realiza en paciente durante paro cardiopulmonatorio.</p> <p>12. Escriba cinco cuidados que se realizan al paciente que ha salido de un paro cardiopulmonatorio.</p>
---	--	--	--	---

5. Descripción detallada de la técnica y procedimientos e instrumento a utilizar

El presente estudio se inicia con la selección del tema y la respectiva aprobación de la Unidad de Tesis. Luego de ser aprobado el tema se procede a la elaboración del protocolo de investigación, para lo cual se realizan consultas bibliográficas. Al ser aprobado se procedió con la ejecución del estudio piloto, en el Servicio de Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San Juan de Dios de Amatitlán. Se selecciono este grupo de personas porque poseen características similares a la de unidad de análisis del trabajo de campo.

Para recolectar la información se realizó un cuestionario de 12 preguntas abiertas basadas en los indicadores. El estudio de campo fue llevado a cabo con el personal de enfermería en sus dos niveles: Técnico y Auxiliares de enfermería del Servicio de Unidad de Cuidados Intermedios de Pediatría del Hospital Roosevelt.

La tabulación de datos se hizo a través del sistema manual (paloteo). Los resultados se analizaron y se utilizan cuadros estadísticos para presentarlos. La técnica para la recolección de información fue la encuesta y luego se presentó a las personas la hoja de consentimiento informado, que contiene los objetivos de la investigación y el nombre de la responsable, para que enterados de ello, firmaran si estaban de acuerdo en participar.

6 Criterios de Inclusión y de exclusión.

6.1 Criterios de inclusión

- Personal de enfermería que se encuentre de turno.
- Personal de enfermería de ambos sexos.
- Personal de enfermería del servicio que acepte participar.

6.2 Criterios de exclusión

Se excluyeron del servicio de Unidad de Cuidados Intermedios tres (3) auxiliares de enfermería de vacaciones, tres (3) auxiliares de enfermería prestadas a otro servicio y una (1) persona con renuncia a contrato renglón 0-182.

7 Aspectos Éticos de la investigación

7.1 Consentimiento informado

“Uno de los principios clave de la conducta ética es la participación voluntaria. El procedimiento correcto es informar a los futuros participantes acerca del estudio y obtener su consentimiento voluntario.”⁸⁶

Fue firmado por enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería después de haberles informado de los objetivos de la investigación, y se les informó que pueden retirarse de la misma en el momento que lo deseen, y que la investigadora será la responsable del estudio, a quien podrán abocarse cuando sea necesario.

7.1.2 Permiso Institucional

Tanto para el estudio piloto como para el estudio de campo se solicitó a las autoridades correspondientes permiso por escrito.

7.1.3 Derecho al anonimato y confidencialidad

“Tomando en base el derecho a la intimidad se le dará a conocer que su nombre no será revelado y que la información que proporcionaran será confidencial”⁸⁷.

⁸⁶POLITE, Denise F Investigación Científica de la ciencias de la salud, 2 ed. Editorial Interamericana S. A. de C.V. México D.F 1985 p 27.

Se explico a las personas enfermeras que los datos recolectados son confidenciales y no será necesario escribir o dar sus datos personales.

7.1.4 Derecho a la Justicia.

“Se analizan los sistemas de selección equitativa de los sujetos, en especial la protección de los grupos más vulnerables y la compensación que tendrán los daños que se puedan presentar.” ⁸⁸

Todas las participantes recibieron trato justo sin discriminación alguna, ya sea de índole social, cultural, étnica, de género, raza o credo.

7.1.5 Beneficencia

El principio de la Beneficencia persigue maximizar los beneficios y minimizar los daños, por tanto los participantes de una investigación o sus representantes deben conocer los riesgos y los beneficios que lograrán con su participación en el estudio.” ⁸⁹

Se explico a las participantes del estudio que el objetivo es únicamente para beneficio del servicio y contribuirá a buscar opciones tolerables para la prestación de los servicios de pediatría.

⁸⁷POLITE, Denise F investigación Científica de la ciencias de la salud, 2 ed. Editorial Interamericana S. A. de C.V. México D.F 1985 p 27.

⁸⁸ Ibid. p 28.

VII. ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Cuadro No. 1

Escriba el concepto de paro cardiorrespiratorio

No.	Respuesta	F	%
1	Es la parada de la respiración y latidos del corazón en un individuo.	17	68
2	Es la falta de bombeo de sangre el cual lleva la sangre con O ₂ y el dióxido de carbono con una frecuencia cardiaca menor de 60 latidos por minuto.	5	20
3	Es la dificultad que tiene el paciente en las vías respiratorias que este evita la entrada de aire a las mismas.	2	8
4	Es la falta de oxígeno que es llevado, hacia el corazón, lo que conlleva a que no haya cambio de sangre.	1	4
	Total	25	100

Fuente: Cuestionario respondido por el personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intermedios de Pediatría del Hospital Roosevelt de Guatemala durante el mes de agosto 2016.

Un total de 68% (17 personas) de personal encuestado tiene conocimiento del concepto de paro cardiorrespiratorio, lo que es bueno para el paciente ya que en cualquier momento el personal identificará alguna complicación en un paciente pediátrico y por lo tanto si llegase a ocurrir una emergencia, tendrá la capacidad de brindarle atención inmediata, el resto de personal encuestado no tiene ese conocimiento, tal deficiencia constituye un factor de riesgo para el paciente, ya que el personal no sabría cómo actuar a la hora de presentar un evento de esa índole y como consecuencia brindará una atención inmediata y adecuada.

“El paro cardiaco (denominado también paro cardiorrespiratorio PCR) es la interrupción de la actividad mecánica cardíaca. Se caracteriza por inconsciencia, apnea, y ausencia de pulso central palpable, (ausencia de signos de circulación). El paro cardiaco en niños suele representar el episodio terminal de un shock o una insuficiencia respiratoria progresiva”.²

² ORDOÑEZ, Carlos. Cuidado Intensivo y trauma 2ª Ed. Bogotá Colombia 2009 p. 153

Cuadro No. 2

Mencione cinco causas que pueden originar un paro cardiorrespiratorio.

No.	Respuesta	F	%
1.	Hipotensión, bradicardia, insaturación, taquipnea, cambio de la coloración en la piel. Ahogamiento, hemorragia severa, asfixia.	10	40
2.	Cianosis, acidosis metabólica, hipotermia, tapón en tubo shock hipovolemico, anafiláctico, taquicardia y bradicardia.	5	20
3.	Convulsiones, palidez generalizada, trauma cráneo encefálico y sepsis.	3	12
4.	Neumonía, diarrea, hiponatremia, observar pupilas.	3	12
5.	Padecer del corazón, kcl (cloruro de potasio) no pase por bomba de infusión, no tener aminas, uso exagerado de anestesia, hipoxia.	2	8
6.	Obstrucción de vía aérea, hipoglicemia, quemaduras sangrado	1	4
7.	Sin respuesta.	1	4
8.	Total	25	100

Fuente: Cuestionario respondido por el personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intermedios de Pediatría del Hospital Roosevelt de Guatemala durante el mes de agosto 2016.

El 40% (10 personas), de personal encuestado identifica 5 causas que pueden provocar un paro cardiorrespiratorio mencionando, hipotermia, shock, trauma cráneo encefálico, hemorragia y quemaduras. El resto de personal encuestado no tiene conocimiento lo que podría implicar retardo en la detección de un evento que signifique alto riesgo para el paciente.

Son causas del paro cardiorrespiratorio: "Ataque cardíaco, hipotermia profunda, shock, traumatismo cráneo encefálico, electrocución, hemorragias severas y deshidratación, paro respiratorio"⁵⁰

⁵⁰ http://docencianacional.tripod.com/primeros_auxilios/cap4.htm consultado abril 2016.

Cuadro No. 3

Mencione tres signos observados en un paciente en paro cardiorrespiratorio.

No.	Respuesta	F	%
1.	Cianosis, desaturación, bradicardia, taquicardia, hipotensión, no expande pulmones.	15	60
2.	Apnea, pulso débil, piel pálida, acidosis, sangrado frío, hipotérmico, diaforesis, pupilas dilatadas, mala perfusión, pérdida de conocimiento, edema generalizado, cambios de coloración, inmovilización.	5	20
3.	Interrupción total de la frecuencia cardíaca y respiratoria.	4	16
4.	Hipoglicemia, hiperglicemia, acidosis metabólica y respiratoria, hemorragia pulmonar, tórax no expande.	1	4
5.	Total	25	100

Fuente: Cuestionario respondido por el personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intermedios de Pediatría del Hospital Roosevelt de Guatemala durante el mes de agosto 2016.

El 20% (5 personas), de personal encuestado menciona tres signos que presenta un paciente en paro cardiorrespiratorio piel pálida, pérdida de conocimiento y pupilas dilatadas es bueno ya que cuando enfermería realiza su ronda verifican el estado de paciente en estado crítico. El resto de personal menciona otros signos que observa en el paciente que es beneficioso y se debe de seguir vigilando e informar inmediatamente lo que hace que sus rondas de enfermería sean beneficiosas al paciente.

Son signos de paro cardiorrespiratorio: "Ausencia del pulso y respiración, piel pálida a veces cianótica especialmente en labios y uñas, pérdida de conocimiento, pupila dilatada parcialmente a los 2 ó 3 minutos la dilatación es total y no reacciona a la luz"⁵¹

⁵¹ http://docencianacional.tripod.com/primeros_auxilios/cap4.htm consultado abril 2016.

Cuadro No. 4

Mencione tres complicaciones post paro cardiorrespiratorio en paciente.

No.	Respuesta	F	%
1.	Falta de oxígeno al cerebro y que pueda fallecer.	11	44
2.	Daño neurológico, fractura costales, hemorragia interna de órganos, edema en vía aérea, no responde a aminas, sangrado interno, mal manejo de pulso, catéter no suturado, Neumotórax, hemotórax, desequilibrio de ácido base coagulopatía, pérdida de piezas dentales, lastimen laringe.	11	16
3.	Una intubación no rápida, que no sea presenciado no sabe el tiempo, no pide ayuda, no seguir secuencia de fármacos, que no haya líder que dirige y cumpla ordenes,	3	12
4.	Total	25	100

Fuente: Cuestionario respondido por el personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intermedios de Pediatría del Hospital Roosevelt de Guatemala durante el mes de agosto 2016.

Únicamente el 44% (11 personas), de personal encuestado tiene conocimiento de las complicaciones mencionando las fracturas costales, neumotórax y hemotórax que presenta un paciente post paro cardiorrespiratorio. El resto de personal encuestado ignora las complicaciones que puede tener el paciente que ha presentado paro cardiorrespiratorio a cuyo tratamiento respondió.

No contar con este conocimiento hace deficiente la atención que se brinda al paciente en paro cardiorrespiratorio, por lo que es necesario estar consciente de que la prontitud y la seguridad con que se da la atención a estos pacientes, es vital para evitar estas complicaciones ó un desenlace fatal.

"Las complicaciones que pueden darse, a pesar de una técnica adecuada, incluyen la fractura del esternón, la luxación de las costillas del esternón, neumotórax, hemotórax, contusiones pulmonares, laceraciones del hígado y bazo y embolia grasa"⁵²

⁵²http://www.reanimacion.cl/system/files/documentos/2013/02/cap1_norma_nec_reanimacion_cardiopulmonar_basica_adult_o.pdf consultado agosto 2016.

Cuadro No. 5

Mencione dos complicaciones a la hora de colocación de una vía central.

No.	Respuesta	F	%
1.	No encontrar una vía central, hemotórax, neumotórax, trombosis,	14	56
2.	No contar con el equipo indicado, paciente muy despierto, perforación del musculo cardiaco con la guía del catéter, sangrado abundante, paciente muy despierto a la hora del procedimiento.	6	24
3.	Equimosis, riesgo de infecciones, mala punción, inestabilidad signos vitales	1	4
4.	Que haya tenido vías centrales anteriores y ya no tenga accesos, diagnostico que interfiera.	1	4
5.	Intubación esofágica, tiempo de laringoscopia se alargue.	1	4
6.	Trombosis, paciente hipotenso, tenga punción fallida.	2	8
7.	Total.	25	100

Fuente: Cuestionario respondido por el personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intermedios de Pediatría del Hospital Roosevelt de Guatemala durante el mes de agosto 2016.

Únicamente 56% (14 personas), de personal encuestado sabe de las complicaciones que existen, mencionando neumotórax, hemotórax, y el resto de personal encuestado no tiene conocimiento de la complicaciones. Es necesario verificar con control de rayos X la posición de la vía central y revisar que no exista enfisema subcutáneo.

“La vía central tiene las ventajas de una mayor rapidez de acción de los fármacos infundidos, un mayor calibre para la administración de fluidos, mayor seguridad en su mantenimiento y la posibilidad de monitorización de la presión venosa central (PVC). Sus inconvenientes son la mayor dificultad técnica precisando personal entrenado, la interferencia con las maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP), especialmente en el caso de la subclavia o yugular, y el mayor riesgo de complicaciones durante su canalización (neumotórax, hemotórax, hematomas).⁵⁹”

⁵⁹ LÓPEZ-Herce J: Vías de infusión y fármacos. Monitorización electro cardiográfica. Tratamiento de las arritmias. Medintensiva, Madrid ;p. 18:262-287 1994.

Cuadro No. 6

Mencione el acceso vascular que menos interfiere cuando hay un paro cardiorrespiratorio.

No.	Respuesta	F	%
1.	Catéter central, vía intrósea, yugular, subclavia, femoral, sonda vesical.	18	72
2.	Pie, radial.	3	12
3	Ninguno.	3	12
4.	Sin respuesta.	1	4
5.	Total	25	100

Fuente: Cuestionario respondido por el personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intermedios de Pediatría del Hospital Roosevelt de Guatemala durante mes de agosto 2016.

Es bueno para el paciente que el 72% (18 personas), de personal encuestado tenga conocimiento que la vía femoral es el acceso que menos interfiere cuando hay paro cardiorrespiratorio. Sin embargo resto de personal encuestado no tiene ese conocimiento, enfermería es el personal que más utiliza esta vía ya que debe de conocer los lúmenes indicados para el paciente.

"El acceso vascular de la vena femoral es de elección, ya que es la más accesible, con menor interferencia en las maniobras de resucitación cardiopulmonar y con menor riesgo de iatrogenia. Sin embargo puede ser difícil su canalización sin la referencia del pulso arterial, y hay que colocar un catéter lo suficientemente largo para que la punta esté por encima del diafragma"⁵⁹

⁵⁹ LÓPEZ-Herce J: Vías de infusión y fármacos. Monitorización electro cardiográfica. Tratamiento de las arritmias. MedIntensiva, Madrid ;p. 18:282-287 1994.

Cuadro No. 7

Mencione tres accesos vasculares que se pueden utilizar en paro cardiorrespiratorio.

No.	Respuesta	F	%
1.	Vena central, vía periférica, venodisección arterial, nasal, traqueotomía.	14	56
2.	Braquial, radial, humeral.	4	16
3.	Orotraqueal, yugular, subclavia, intraóseo	7	28
4.	Total	25	100

Fuente: Cuestionario respondido por el personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intermedios de Pediatría del Hospital Roosevelt de Guatemala durante el mes de agosto 2016.

Únicamente el 16% (4 personas), de personal encuestado tiene conocimiento de los accesos vasculares que se deben de utilizar en una emergencia en este caso paro cardiorrespiratorio, lamentablemente el resto de personal encuestado no tiene claridad sobre los accesos a canalizar lo que lo dificulta que el paciente no recibirá tratamiento inmediato.

“Los accesos vasculares a canalizarse durante la resucitación cardiopulmonar, más comunes son la flexura del codo, dorso de la mano, dorso del pie y en lactantes en cuero cabelludo. Tiene las ventajas de la sencillez en su inserción con escasas complicaciones y la accesibilidad, que permite no interrumpir las maniobras de resucitación cardiopulmonar mientras se obtiene. Si se canaliza con catéter corto y grueso permite una buena perfusión de líquidos y drogas”⁵⁸

⁵⁸ <https://www.google.com.gt/search?q=MERCIER> consultado el 15 marzo 2015.

Cuadro No. 8

Mencione dos medicamentos que se utilizan por tubo orotraqueal en un paro cardiorrespiratorio

No.	Respuesta	F	%
1.	Adrenalina, atropina, lidocaína	15	60
2.	Midazolam, fentanil,	7	28
3.	Según orden médica	1	4
4.	Por tubo orotraqueal, va directo a carina donde solo hay gas <i>no debe haber liquido.</i>	1	4
5.	Budena y tropiun	1	4
6.	Total.	25	100

Fuente: Cuestionario respondido por el personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intermedios de Pediatría del Hospital Roosevelt de Guatemala durante el mes de agosto 2016.

El 60% (15 personas), de personal encuestado, tiene conocimiento que los medicamentos adrenalina, atropina y lidocaína son los medicamentos utilizados por vía orotraqueal, si fuera una emergencia, por lo que se brinda un tratamiento inmediato al paciente y por ende salvarle la vida. El resto de personal no tiene conocimiento de los medicamentos a utilizar lo que no permite lograr mejores resultados que beneficien al paciente.

"La literatura consultada indica la administración de fármacos tales como adrenalina, atropina y lidocaína, consiguiéndose una aceptable absorción. Las drogas deben administrarse mediante una jeringa o a través de una sonda introducida por el tubo intratraqueal, seguida de varias insuflaciones potentes para redistribuir el fármaco por todo el árbol bronquial"⁶⁰

⁶⁰ CALVO C, Delgado MA, García L, López-Herce J, Loscertales M, Rodríguez A, Tormo C: Normas de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada en pediatría (2ª parte). An EspPediatr, p: 43: 323-334, 1995.

Cuadro No. 9

Mencione el medicamento a elección cuando hay acidosis metabólica.

No.	Respuesta	F	%
1.	Bicarbonato,	16	64
2.	Según orden médica	2	8
3.	Aspirar constantemente y nebulizar.	5	20
4.	Nebulizaciones con solución salino salbutamol 3 veces cada minutos.	2	8
5.	Total.	25	100

Fuente: Cuestionario respondido por el personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intermedios de Pediatría del Hospital Roosevelt de Guatemala durante el mes de agosto 2016.

Es bueno para el paciente que un 64% (16 personas), de personal encuestado tenga el conocimiento sobre el medicamento que ayuda a la acidosis metabólica, (bicarbonato), es lamentable que el resto de personal encuestado no tiene conocimiento sobre el medicamento, por lo que es beneficioso que el 64% de personal de enfermería tenga conocimiento y el paciente recibe un tratamiento inmediato y satisfactorio.

"Los problemas que causan paro cardiorrespiratorio (PCR) a través de hipoxia son predominantemente respiratorios, se exige ventilación adecuada para usarlo, de lo contrario el aporte de bicarbonato determinará un aumento transitorio de la CO₂, empeorando la acidosis respiratoria del paciente. La administración de bicarbonato puede ser considerada cuando el shock es asociado con acidosis metabólica grave documentada. Su uso es recomendado en pacientes con hiperkalemia sintomática, hipermagnesemia, sobredosis de antidepresivos tricíclicos o sobredosis de bloqueadores de canales de calcio. La dosis es de 1 mEq/kg por vía endovenosa o intraósea"⁶³

⁶³ <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/reanimac.html> consultado febrero 2016.

Cuadro No. 10

¿Cada cuanto tiempo administra adrenalina al paciente en paro cardiorrespiratorio?

No.	Respuesta	F	%
1.	Cada 3 ó 4 minutos	3	12
2.	Cada 2 minutos calculando a 0.1 kg ó según indicación médica.	14	56
3.	A los 2 minutos de iniciado el paro cardiorrespiratorio y seguido como resiste, luego al minuto siguiente con la diferencia entre cada uno.	5	20
4	Adrenalina diluido en 10 centímetros solución salino dar ciclos de 2 minutos de maniobras y administrar según orden medica 1 centímetro ó 0.5 centímetro.	1	4
5	Según orden médica.	2	8
	Total	25	100

Fuente: Cuestionario respondido por el personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intermedios de Pediatría del Hospital Roosevelt de Guatemala durante el mes de agosto 2016.

El 12% (3 personas) de personal encuestado conoce el intervalo de tiempo entre cada dosis de adrenalina. Es bueno para los pacientes y la Institución que el personal de enfermería del servicio de Intermedios de pediatría conozca la frecuencia ó intervalo de tiempo en que se debe administrar este medicamento al paciente en paro cardiorrespiratorio. El resto de personal encuestado que no tiene el conocimiento de cada cuanto se puede administrar el medicamento, es lamentable ya que no cargaría la jeringa con la dosis correcta en el tiempo establecido.

"Adrenalina es el medicamento que se emplea para restablecer la actividad cardiaca espontánea en la asistolia, para lo que se requiere una adecuada perfusión y oxigenación miocárdica. Aunque tiene efectos alfa y beta adrenérgicos, es la estimulación de los receptores alfa lo que determina su efecto beneficioso en la resucitación cardiopulmonar (RCP).

La dosis inicial recomendada en pediatría es de 0,01 mg/kg. pudiendo incrementarse 10 veces (0,1 mg/kg.) en las siguientes dosis la misma dosis es recomendada cada 3 a 5 minutos en el paro que no responde⁶²

"En los pacientes pediátricos las alteraciones del ritmo más frecuentes son la asistolia y las bradiarritmias, y muy ocasionalmente la disociación electromecánica. En todos estos casos la adrenalina puede generar actividad mecánica y eléctrica en el corazón. En la fibrilación ventricular, rara en niños, la adrenalina es utilizada para producir un ritmo cardíaco más susceptible de desfibrilación eléctrica. Estudios experimentales y en niños, han sugerido que dosis elevadas de adrenalina pueden ser más efectivas que la dosis clásica recomendada, aunque posteriores estudios no han podido determinarlo con seguridad"⁶⁴.

⁶² <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion4/capitulo58/capitulo58.htm> consultado 20 octubre 2015.

⁶⁴ <http://tratado.uninet.edu/c120606.html> consultado 09 de septiembre 2016.

Cuadro No. 11

Indique cinco cuidados que debe de realizar en paciente durante paro
cardiorrespiratorio.

No.	Respuesta	F	%
1.	Dosis ideal de adrenalina según peso de paciente y vía permeable, monitoreo constante de signos vitales, ver que pasen sus infusiones, cumplir ordenes stat. Que haya ambu, carro de paros equipado que tenga permeable el catéter, aspiración de secreciones, revisar pupilas.	8	32
2.	Hiper extensión de la vía respiratoria, mantenerlo cómodo	3	12
3.	Llevar el conteo específico de minutos durante la intervención, dilución correcta de medicamentos llevando los 5 correctos.	3	12
4.	Observar manejo de aminas que este permeable la vía, estímulo mínimo, tener adrenalina preparada controlar retención de líquidos.	3	12
5.	Cuidado de vía central y cuidado de tubo orotraqueal.	1	4
6.	Tener disponible los sedantes a utilizar, preparar soluciones indicadas, ver si presenta hemorragia, vigilar saturación y signos vitales	1	4
7.	Cuidar la individualidad de paciente, buena posición, tener equipo en orden que se usara para asistir.	4	16
8.	Uso de técnicas estériles, anotación de prescripción verbal de ordenes médicas, colocación de tabla abajo de tórax, evitar patología adicional.	2	8
	Total.	25	100

Fuente: Cuestionario respondido por el personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intermedios de Pediatría del Hospital Roosevelt de Guatemala durante el mes de agosto 2016.

Únicamente el 32% (8 personas), de personal encuestado realiza uno de los cuidados que se deben de brindar a paciente en post paro cardiorrespiratorio como lo es ambu, (respirador manual), aspiración de secreciones, monitoreo constante de signos vitales. El resto de personal encuestado no tiene la práctica sobre los cuidados a realizar al paciente durante paro cardiorrespiratorio por lo que no permite lograr mejores resultados que beneficien al paciente.

"Verifique presencia de cuerpos extraños, aspire secreciones, hiperventile al paciente con respirador manual, preparar material y asista en el procedimiento de intubación (TET), preparar ventilador mecánico.

Monitorizar a paciente: sensor de saturación, colocación de red de monitoreo (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial) esfigmomanómetro colocado en posición"⁷³

⁷³ Guías de la American Heart Asociación (AHA) para resucitación cardiopulmonar 2005.

Cuadro No. 12

Indique cinco cuidados a paciente post paro cardiorrespiratorio.

No.	Respuesta	F	%
1.	Monitorización de signos vitales, estímulo mínimo, cumplir órdenes médicas stat. Chequear ordenes médicas, dar apoyo emocional al paciente, anotaciones en la nota de enfermería, mantener la individualidad de paciente.	14	44
2.	Lámpara de calor, no movilizarlo, evitar hipotermia, sonda foley a la altura indicada, cuidados de tubo orotraqueal, aspiración de secreciones.	5	20
3.	Verificar infusiones, cabeza central y fría, continua NPO HNO, sonda naso gástrica a gravedad, balance hídrico.	4	16
4.	Llenado capilar, hemorragias, control y prevención de haber otro paro cardiorrespiratorio.	1	4
5.	Cianosis distal, acidosis metabólica,	1	4
6.	Total.	25	100

Fuente: Cuestionario respondido por el personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intermedios de Pediatría del Hospital Roosevelt de Guatemala durante mes de agosto 2016.

Únicamente el 56% (14 personas), de personal encuestado realiza uno de los cuidados que se deben de brindar a paciente en post paro cardiorrespiratorio como lo es monitorización de signos vitales y anotaciones en la nota de enfermería. El resto de personal encuestado no tienen la práctica sobre los cuidados que deben realizar a paciente post paro cardiorrespiratorio, por lo que es necesario fomentar el actuar en el personal de enfermería en los cuidados a en paro cardiorrespiratorio para el beneficio del paciente.

"El rol del profesional de enfermería después de la reanimación debe estar dirigido a una serie de intervenciones que garantizan el final de una reanimación exitosa, estas intervenciones son:

Monitorización estricta, evaluación y seguimiento permanente del manejo suministrado al paciente durante el paro.

Valoración neurología con el fin de identificar en forma temprana secuelas neurológicas.

Evaluar el tiempo de inicio y finalización de la reanimación puesto que la probabilidad de supervivencia disminuye abruptamente con cada minuto que pasa en la evolución del paro y finalización de la reanimación".⁷⁷

⁷⁷<http://www.3msalud.cl/enfermeria/la-opinion-de-los-expertos/practica-avanzada-en-enfermeria/> consultado 19 agosto 2015.

VIII. CONCLUSIONES

Según datos obtenidos se pueden realizar las siguientes conclusiones:

1. El personal de enfermería posee conocimientos en relación a los cuidados al paciente pediátrico en paro cardiorrespiratorio, ya que saben que lo origina y los signos observados en minutos de paro cardiorrespiratorio.
2. El personal de enfermería tiene conocimientos limitados en relación a las complicaciones que ocurren al paciente que han presentado paro cardiorrespiratorio lo que puede ocasionar que no se identifiquen los signos que indiquen tales complicaciones con consecuencias graves para el paciente pediátrico.
3. El personal de enfermería tiene conocimiento de la vía central que menos interfiere en paro cardiorrespiratorio, pero hay una limitación de conocimiento en los accesos vasculares en una emergencia por lo que no se brinda una atención inmediata a paciente que presenta paro cardiorrespiratorio.
4. El personal de enfermería tiene conocimientos sobre los medicamentos a utilizar por vía orotraqueal, lo que es beneficioso para el paciente en una emergencia, y es bueno que también que tengan conocimiento sobre el medicamento bicarbonato ya que su uso es esencial en paro cardiorrespiratorio.
5. El 12% (3 personas) de personal de enfermería evidencia práctica correcta al indicar el intervalo de tiempo en que administra la adrenalina, ya que este va de 3 a 5 minutos según indicación médica y el tiempo que dure las maniobras de resucitación, e indica los cuidados que brinda al paciente durante y post paro cardiorrespiratorio.

IX. RECOMENDACIONES

Tomando en cuenta los resultados del estudio realizado se recomienda lo siguiente:

1. Se le recomienda a las autoridades del Hospital Roosevelt, supervisora de departamento de pediatría, jefes y subjefes de servicio para el buen conocimiento y práctica de enfermería en cuidados a paciente pediátrico en paro cardiorrespiratorio.
2. Dar a conocer a las autoridades y el personal de enfermería los resultados de la presente investigación, con la finalidad de motivarlos y mostrarles que es importante tener conocimiento y práctica para tener un buen manejo en paciente en estado crítico.
3. Elaborar e implementar un manual de procedimientos para la atención del paciente en paro cardiorrespiratorio, en caso hubiera, darlo a conocer al personal del servicio.
4. Realización de taller semestral sobre la atención al paciente en paro cardiorrespiratorio y el manual de procedimientos con personal del servicio,

BIBLIOGRAFÍA

1. ARGUETA ALVAREZ, Ana María. "Proceso de Enfermería Paso a Paso" Directora de la Escuela Nacional de Enfermería Guatemala 2001 p. 18.
2. CALVO C, Delgado MA, García L, López-Herce J, Los certales M, Rodríguez A, Tormo C: Normas de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada en pediatría (2ª parte). An EspPediatr, p; 43: 323-334, 1995.
3. "CUETO PEREZ. Mónica "Conocimiento del personal de enfermería de un hospital materno-infantil sobre técnicas de reanimación" hospital Universitario Central de Asturia. Master Universitario en enfermería de urgencias y cuidados críticos 2013 p. 1.
4. Diccionario de Medicina Océano Mosby Traducción Lena Ferrus Estopa. St. Missouri (USA) Océano 2005 p. 350
5. Dirección de Enfermería. (1988) "Reglamento de Enfermería Hospital Roosevelt" Guatemala.
6. DE LEÓN Odalis "Opinión del personal auxiliar de enfermería de los servicios de Cirugía del Hospital Roosevelt sobre la Participación de la Enfermera en el cuidado directo al paciente hospitalizado para la satisfacción de sus necesidades básicas" Tesis Universidad de San Carlos de Guatemala, presentada a Facultad de Ciencias Médicas, Escuela Nacional de Enfermeras, Guatemala año 2008 p. 16.
7. ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA. Temario, 2010, p. 304

8. ESCUELA DE ENFERMERÍA Y SALUD PÚBLICA GERTRUDIS BOCANEGRA # 330, colonia Cuauhtémoc, Morelia, Michoacán, C.P. 58020
9. Escuela Nacional de Auxiliares de Enfermería de Guatemala, Trifoliar, perfil del auxiliar de enfermería 2007 p. 5.
10. Enciclopedia y biblioteca virtual, Ciencias Sociales, Económicas y Sociales. Artículo Tipos de conocimiento consultado el 06de mayo de 2,015.
11. Es.wikipedia.org consultado el 18 agosto 2015.
12. Guías de la American Heart Asociación (AHA) para resucitación cardio pulmonar 2005.
13. Index Enferm v.17 n.3 Granada jul.-sep. 2008 Application of some Nursing Theories in the Clinical Practice consultado 19 agosto 2015.
14. KATZ AM, Reuter H: Cellular calcium and cardiac cell death. Am J Cardiol, 5ta ed. Boston p, 44: 188-194. 2001.
15. HOSPITAL ROOSEVELT DE GUATEMALA. Libros de ingresos y egresos de Servicio de Cuidados Intermedios de Pediatría 2014.
16. LÓPEZ-Herce J: Vías de infusión y fármacos. Monitorización electro cardiográfica. Tratamiento de las arritmias. MedIntensiva, Madrid ;p. 18:282-287 1994
17. MARRINER, TOMEY Ann Y Marta RaileAligood. Modelos y Teorías en Enfermería. Editorial HarcourtBrace, España 2001 4ta ed. p 16.

18. MARTINEZ RUANO, Rafael Antonio. "Factores que inciden en la deserción del personal de enfermería que labora en la Unidad de Oncología Pediátrica de Guatemala UNOP, durante los años 2009-2010" Tesis Universidad Rafael Landívar, Guatemala 2013 p.31.
19. ORDOÑEZ, Carlos. Cuidado Intensivo y trauma 2ª Ed. Bogotá Colombia 2009 p. 153
20. OTZOY PEREZ, Elva Rosby. Diagnostico Situacional del Servicio de Cuidados Intermedios de Pediatría del Hospital Roosevelt 2011 p. 21.
21. PENAGOS Mario Arellano Paro Cardíaco. Cuidados Intensivos en Pediatría. 3ª. Ed. México Interamericana McGraw-Hill año 1994 p.
22. POLIT ,Denise F. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 6ta Ed. Traducción Roberto Palacios Martínez. McGraw-Hill Interamericana México 2000 p. 8.
23. Protocolo reanimación cardiopulmonar avanzada Unidad de Cuidado Crítico adulto Hospital Base de Linares. consultado 19 de agosto 2015.
24. RUZA TARRIO Francisco: tratado de cuidados intensivos pediátricos .3ª.ed.Salamanca MadriMadri Norma-capitel. año 2003.p.1147
25. SAFAR P.: Cardiopulmonary cerebral resuscitation. Crit Care State of the Art Vol 2- Toronto 2009 p. 1.
26. SCHALLTZITU Eduardo J. (2005)Cuidados Intensivos Pediátricos. Chile; 2001.p.4-6

27. SIPAC TZIRIN, Jorge Participación del personal de enfermería en la atención al paciente en paro cardiorrespiratorio en el servicio de Medicina de Hombres 1 y 2 del Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Tesis Universidad de San Carlos de Guatemala, presentada a Facultad de Ciencias Medicas, Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala, 2009 p. 19.
28. STEPHEN MAYRES, Diana Klajm. Tratado de medicina crítica y terapia Intensiva .9ª Ed. Buenos Aires medica panamericana año1995 p.2002 2256.
29. TORMO C, Calvo C, Delgado MA, López-Herce J, Rodríguez Núñez A, Loscertales M, García Castrillo L: Soporte vital en Pediatría. En: Comité Español de RCP: Manual de Soporte Vital Avanzado. Barcelona. Masson, 3ra E. p.111-134. 1996
30. VERA Fanny, enfermera de urgencias Medición de signos vitales, año 2015 p. 1465. consultado 15 de octubre 2015.
31. <http://definicion.de/cuidado/> consultado el 25 julio 2015
32. <http://encolombia.com/medicina/revistasmedicas/enfermeria/ver123/roldelprofesionalenfermeria/2> consultado 20 agosto 2015.
33. <http://es.slideshare.net/ValeryPalaciosArteaga/cuidados-de-enfermeria-al-paciente-critico>. consultado 02 marzo 2016.
34. <http://es.wikipedia.org/wiki/Pediatr%C3%ADa> consultado el 13 octubre 2014.

35. <http://unidaddeenfermeriadeguatemala.bligoo.es/ley-de-regulacion-del-ejercicio-profesional-de-enfermeria>, consultado 14 mayo 2015
36. <http://www.3msalud.cl/enfermeria/la-opinion-de-los-expertos/practica-avanzada-en->
37. <http://www.3msalud.cl/enfermeria/la-opinion-de-los-expertos/practica-avanzada-en-enfermeria/> consultado 19 agosto 2015.
38. <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion4/capitulo58/capitulo58.htm> consultado 20 octubre 2015.
39. <http://www.uclm.es/varios/revistas/docenciaeinvestigacion/numero2/luisrodriguez.asp>. Consultado 18 agosto 2015.
40. <https://es.wikipedia.org/wiki/Enfermer%C3%ADa>. Consultado el 10 marzo 2015.
41. https://es.wikipedia.org/wiki/Paro_cardiorrespiratorio consultado 19 agosto 2015-
42. <https://www.google.com.gt/search?q=MERCIER> consultado el 15 marzo 2015.
43. <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/reanimac.html> consultado febrero 2016.
44. <http://tratado.uninet.edu/c120606.html> consultado 09 de septiembre 2016.

ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA
Investigadora: E.P. Sara Judith Caballeros Salazar.

Clave: _____

Fecha: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento doy mi consentimiento para participar en el estudio de campo en la investigación científica sobre: "CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA QUE LABORA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS DEL HOSPITAL ROOSEVELT DE GUATEMALA EN LOS CUIDADOS AL PACIENTE PEDIATRICO EN PARO CARDIORRESPIRATORIO", el cual es desarrollado por el estudiante de la carrera de licenciatura en Enfermería.

Es de mi conocimiento que el cuestionario que responderé forma parte del trabajo de campo necesario en toda investigación, que la información recolectada será utilizada únicamente en esta investigación y será estrictamente confidencial además se me ha informado que puedo retirarme en el momento que lo desee.

Firma del participante: _____

Lugar y fecha: _____

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA
Investigadora: E.P. Sara Judith Caballeros Salazar.

Clave: _____
Fecha: _____

CUESTIONARIO

Objetivo: Recolectar información que permita describir los conocimientos y prácticas del personal del Enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Roosevelt de Guatemala en cuidados al paciente pediátrico en paro cardiorrespiratorio”

Instrucciones: No es necesario escribir su nombre, a continuación encontrará una serie de preguntas. Por favor responda lo que se le solicita.

1. Escriba el concepto de paro cardiorrespiratorio.

2. Mencione cinco causas que pueden originar un paro cardiorrespiratorio.

3. Mencione tres signos que presenta un paciente en paro cardiorrespiratorio.

4. Mencione tres complicaciones post paro cardiorrespiratorio en el paciente.

5. Mencione dos complicaciones a la hora de colocar una vía central.

6. Mencione el acceso vascular que menos interfiere cuando hay un paro cardiorrespiratorio.

7. Mencione tres accesos vasculares que se pueden utilizar en paro cardiorrespiratorio.

8. Mencione dos medicamentos que se utilizan por tubo orotraqueal en un paro cardiorrespiratorio.

9. Mencione el medicamento a elección cuando hay acidosis metabólica.

10 ¿Cada cuanto tiempo administra adrenalina al paciente en paro cardiorrespiratorio?

11. Indique cinco cuidados que debe realizar en paciente durante paro cardiorrespiratorio.

12. Indique cinco cuidados a pacientes post paro cardiorrespiratorio.

MUCHAS GRACIAS
Por su participación.

Of. No. 684/2016
17 de agosto de 2016

Enfermera Profesional
SARA JUDITH CABALLEROS SALAZAR
Estudiante de Licenciatura en Enfermería
Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala
Presente

Enf. Prof. Sara Caballeros:

Por este medio atentamente le informo que esta Sub Dirección **AUTORIZA** para que realice su estudio de investigación de tesis denominado “Conocimiento y prácticas del personal de Enfermería que labora en la Unidad de cuidados Intermedios del Hospital Roosevelt de Guatemala en los cuidados de pacientes en paro cardiorrespiratorio”, previo a obtener el título de Licenciada en Enfermería, en la fecha que usted considere conveniente.

Sin otro particular me suscribo, atentamente,


LICDA. AURA JUDITH MONROY GODOY
Sub Directora de Enfermería
Hospital Roosevelt



LAJMG/hr
c.c. archivo

Calzada Roosevelt Zona 11, Guatemala, C.A



HospitalRooseveltGT PBX 2321-7400 Ext. 2510 Telefax : 2321-7511



@HRooseveltGT



enfermeriahospitalroosevelt@gmail.com





Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Dirección General de Recursos Humanos
Departamento de Formación
**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS
DE GUATEMALA**



Guatemala, 04 de mayo de 2016
Ref.No.105 -2016

Enfermera Profesional
Sara Judith Caballeros Salazar.
Estudiante de Licenciatura
Presente.

Por este medio se le informa que la Unidad de Tesis después de haber revisado las correcciones hechas por esta unidad a su protocolo de investigación titulado "Conocimientos y Practicas del personal de enfermería que labora en la unidad de cuidados intermedios del Hospital Roosevelt de Guatemala en los cuidados de pacientes en Paro Cardiorrespiratorio" y considerando que este llena los requisitos indispensables se le aprueba para que realice estudio piloto y trabajo de campo

Atentamente,

Nota: queda autorizado
en el inteseivo pedra.
Arco en la fecha 21/7
en horario de 7:00 a 10
hrs;



María Eugenia De León
Regista María Eugenia De León
Coordinadora Unidad de Tesis
Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala



Yolanda Agustín
Licda. En Enfermería
Colegiada EL - 696

7/21/16 10:0