

CAPACITACIÓN EN SOPORTE VITAL BÁSICO

EN LA CLINICA CENTRAL CIRA GARCIA.

RESULTADOS PRELIMINARES

**Autores: Dra. Marta Sofia López Rodríguez *, Dra. Beatriz Vallongo Menéndez*,
Dr. Víctor Navarrete Zuazo**, Dra. Sara Fernández Abreu***, Dra. Marieta de la
Barrera Hernández ***, Dr. Antonio Ramírez de Orellanos******

Clínica Central Cira García

- * Especialista de Segundo Grado en Anestesiología y Reanimación. Profesora Auxiliar. Clínica Central Cira García. Ciudad de la Habana. Cuba.**
- ** Especialista de Segundo Grado en Anestesiología y Reanimación. Profesor Auxiliar. Jefe de Servicio de Anestesiología y Reanimación Clínica Central Cira García. Ciudad de la Habana. Cuba.**
- *** Especialista de Segundo Grado en Anestesiología y Reanimación. Clínica Central Cira García. Ciudad de la Habana. Cuba.**
- **** Especialista de Segundo Grado en Anestesiología y Reanimación. Clínica Central Cira García. Ciudad de la Habana. Cuba.**

RESUMEN

Introducción: En promedio los pacientes que sobreviven al PCR son aquellos en que la reanimación se inicia durante los primeros cuatro minutos. Objetivo: Determinar los conocimientos, habilidades y nivel de capacitación del personal de enfermería en soporte vital básico antes y después de un proceso educativo. Metodología: Durante un periodo de 4 meses se impartió un curso-taller de 20 horas a 66 enfermeras del área de hospitalización, con una evaluación al inicio y al final del proceso educativo. La variable fue capacitación con 3 criterios: conocimiento con valor de 50 puntos, habilidad 50 puntos y competencia. Durante un periodo de 4 meses se impartió este curso de 20 horas organizado con 30 minutos para la evaluación inicial teórico-práctica, 2 horas de conferencias orientadoras, 17 horas de actividad práctica y 30 minutos para la evaluación teórica-práctica final. Éste fue impartido por profesores del servicio de anestesiología con experiencia en esta temática. La fase teórica incluyó además el estudio individual de los contenidos por un manual elaborado para ello siguiendo las normas internacionales establecidas por el comité de enlace internacional. (ILCOR). Muestreo por conveniencia, instrumentos validados y calificados por el propio investigador. Se consideró capacitada, a la persona que logró aprobar los 2 criterios. Resultados: En la evaluación inicial ninguna enfermera logró calificar como capacitada y en la evaluación final 100 %. Conclusión: El resultado después del proceso educativo se consideró de bueno a excelente pues el nivel de competencia, habilidad y conocimiento fue alto. Recomendamos realizar investigaciones dirigidas a medir el impacto de la intervención educativa sobre la política de salud hospitalaria. Aún más, si se considera que actualmente la capacitación en RCPC están contenidas en la carpetas de evaluación para la acreditación de hospitales

Palabras claves: Reanimación cardiopulmonar, habilidades, conocimientos

INTRODUCCIÓN

En la formación de profesionales de la salud son esenciales los conocimientos sobre parada cardiorrespiratoria (PCR) y Reanimación cardiopulmonar básica. Actualmente se ha enunciado el concepto de Soporte Vital Básico(SVB), definición que amplía el concepto de RCP que integra la prevención de la PCR, reconocimiento de las situaciones de emergencia médica, alerta a los servicios de emergencias e intervención precoz y el soporte respiratorio y circulatorio a las víctimas de PCR con maniobras de RCP.

El objetivo del soporte vital básico (SVB) es proporcionar oxígeno al cerebro, corazón y otros órganos vitales hasta que pueda aplicarse el apoyo vital adecuado y definitivo (Soporte Vital Avanzado) en un mínimo de tiempo para ofrecer una reanimación al paciente con el menor daño posible. El SVB en una fase particular de los cuidados cardiológico, de urgencia permite evitar la insuficiencia o paro circulatorio y respiratorio a través de su diagnóstico y/o tratamiento inmediato y brindar apoyo externo para mantener la circulación y ventilación de la víctima.

Los pasos del soporte básico se deben realizar en forma sistemática al diagnosticar la falta de respuesta, activar al sistema de emergencia médica o equipo de reanimación y la aplicación del ABCD de la reanimación: A) abrir la vía aérea, B) verificar si hay respiración y sustituirla C) verificar si hay signos de circulación e iniciar compresiones torácicas y D) Desfibrilación.

En estudios realizados se ha relacionado una RCP incorrecta con tasa de Supervivencia de 4 % comparada con una tasa de sobrevivida de 16 % con RCPC correcta.¹

El personal de enfermería por ser quien permanece más cerca y más tiempo al cuidado del paciente, tiene mayor posibilidad de detectar un PCR y emitir la señal de alarma y de asistirlo en el menor tiempo posible evitando un desenlace fatal.

La capacitación debe ser una de las prioridades de la educación continua, dado que el PCR es una de las emergencias que se asisten en alto porcentaje en una institución de salud.

La supervivencia se relaciona directamente con el lugar y tiempo en el que ocurre el episodio, así como también con la capacidad de respuesta y el grado de entrenamiento de su personal.²

Existen deficiencias en la enseñanza en reanimación cardiopulmonar por la complejidad que este tema implica, gran cantidad de información cubierta, tiempo insuficiente de práctica, falta de métodos de instrucción, escasa retroalimentación y falta de corrección de las maniobras por los instructores.³ Por este motivo nos motivamos a realizar este estudio para determinar el resultado del proceso educativo en el personal de enfermería.

Fueron nuestros objetivos determinar los resultados de la capacitación del personal de enfermería en Soporte Vital Básico (SVB) antes y después de un proceso educativo en la Clínica Central Cira García, así como verificar el nivel de competencia en SVB del personal de enfermería antes y al final del proceso educativo. Establecer las habilidades del personal de enfermería antes y después del curso taller y analizar los conocimientos en reanimación cardiopulmonar antes y después del proceso educativo.

METODOLOGÍA

Diseño: Estudio de intervención cuasi experimental en la Clínica Central Cira García

Población: 66 enfermeras del área de hospitalización.

Los criterios de inclusión fueron: ser personal de base, de ambos sexos, de cualquier edad, que laboraran en el área de hospitalización.

Durante un periodo de 4 meses se impartió un curso taller de SVB de 20 horas organizado de la siguiente manera: 30 minutos para la evaluación inicial teórico-práctica, 2 horas de conferencias orientadoras y 17 horas de actividad práctica y 30 minutos para la evaluación teórica-práctica final. Éste fue impartido por profesores del servicio de anestesiología con experiencia en esta temática La fase teórica incluyó además, el estudio individual de los contenidos por un manual elaborado para ello siguiendo las normas internacionales establecidas por el comité de enlace internacional (ILCOR).

Para el desarrollo del curso se formaron 4 subgrupos de acuerdo a los turnos, días de descanso y periodo vacacional, para afectar en lo mínimo las áreas operativas. El personal asistió en días de descanso. Cada subgrupo se dividió a su vez en cuatro estaciones donde en cada una de ellas realizaban las actividades prácticas con simulación de casos clínicos en maniquí de reanimación

Se realizó una evaluación antes y después del proceso educativo. La variable fue capacitación con 2 criterios: conocimiento con valor de 50 puntos y habilidades 50. Se consideró capacitada la persona que logró aprobar los 2 criterios. Se evaluó la competencia según la escala Likert ⁴ para cada participante (No competente, Competencia cuestionable, Competente, Muy competente)

Muestreo por conveniencia e instrumentos validados y Calificados por el propio investigador plasmado en un cuestionario escrito diseñado para el estudio.

Análisis de los datos: Los resultados se capturaron en el paquete Microsoft Excell y se empleó la prueba de T de Student para muestras pareadas incluida en el paquete estadístico SPSS10 para realizar la comparación inicial y final intragrupo.

RESULTADOS

De las 66 enfermeras que participaron en el estudio en conocimiento, en su fase inicial ninguna alcanzó la puntuación de conocimiento y al final 100 % lo superaron (Tabla 1), con una $p < 0.05$.

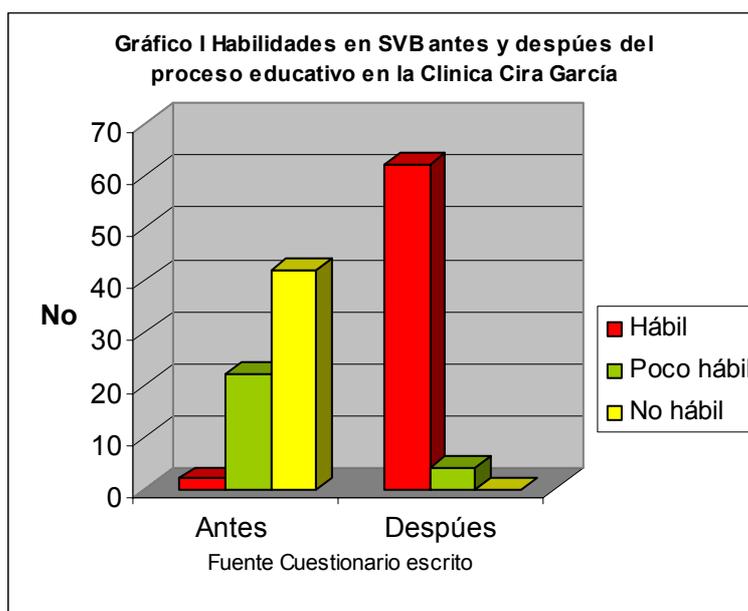
Tabla 1. Evaluación de conocimientos en Soporte Vital Básico del personal de enfermería antes y después del proceso educativo. Clínica Central Cira García.

Evaluación	Antes del proceso educativo		Después del proceso educativo	
	n = 66	%	69	%
No conocimientos	56	85	0	0
Conocen parcialmente	10	15	0	0
Conocen	0	0	66	100

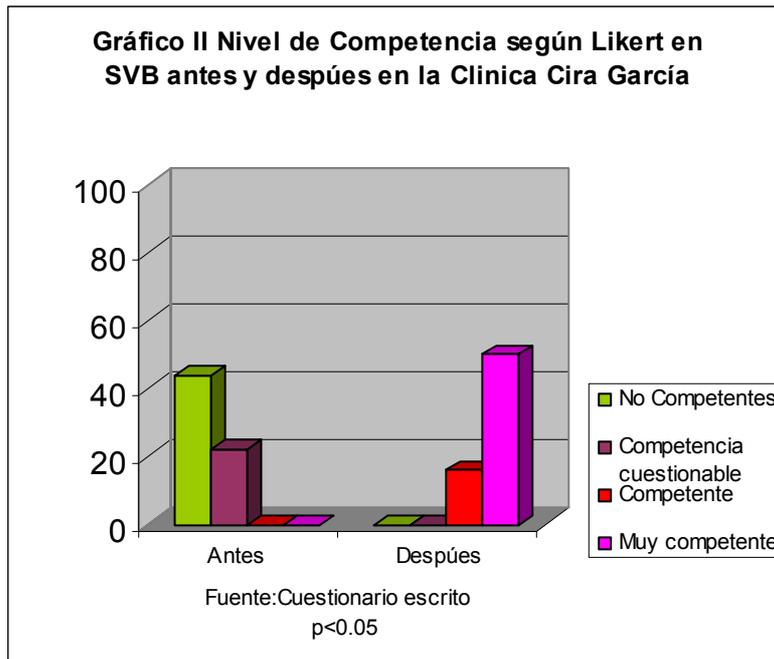
T Student pareada: $p < 0.05$

En el Gráfico I, se reflejan los datos de la Tabla 1.

I



El nivel de competencia alcanzado después del proceso educativo fue muy competente en 75 % y 25 % competente comparado con lo hallado antes del proceso educativo con 66 % no competente y 34 % con competencia cuestionable (Gráfico II) con diferencias estadísticamente significativas.



DISCUSIÓN

La capacitación es una necesidad urgente pues un personal mal educado en reanimación cardiopulmonar influye en la cadena de supervivencia.

La cadena de supervivencia es una metáfora adoptada hace algunos años para explicar los distintos elementos que integran la sistematización de la Atención Cardiovascular de Urgencia, que consideran el mejor enfoque para enfrentar el tratamiento de la muerte súbita cardiovascular (Acceso precoz, RPC básica inmediata, desfibrilación precoz, soporte vital avanzado y cuidados post reanimación)

El pronóstico de la parada cardiorrespiratoria es proporcional al entrenamiento del personal que atiende al paciente, e inversamente proporcional al tiempo que ocurre entre la parada cardiorrespiratoria y el inicio de una reanimación eficaz.^{2,3}

La enseñanza del SVB debería pasar por una unificación de criterios en cuanto a los planes formativos del profesional de enfermería.⁴

Es de destacar el bajo porcentaje de conocimientos de los participantes en nuestro estudio y pocas habilidades previas al curso taller, problema corroborado por Wagner-Berger y colaboradores.⁵⁻⁷

La educación en reanimación es obligatoria para el personal de la salud, es eminentemente práctica y no puede aprenderse practicando sobre el paciente como ocurre en otras áreas de la medicina; además precisa de un entrenamiento orientado a lograr una actuación rápida y eficaz porque el tiempo es uno de los mayores determinantes del pronóstico en un paro cardiorrespiratorio.

Los resultados mejoraron significativamente al término del proceso, muy similares al reportado en la literatura.

El nivel de capacitación logrado con los participantes en nuestro estudio se semeja a lo alcanzado por Koenrad y colaboradores logrando un efecto sustancial en conocimiento, habilidades y competencia en SVB después de un entrenamiento.⁸⁻¹⁵

Con la capacitación en SVB se incrementa la eficiencia en la institución y revitalizar la atención hospitalaria, política del MINSAP. Lograremos una atención precoz, eficaz y continua, disminución de la mortalidad, reducción de la estadía hospitalaria, uso más racional de los recursos y ahorro económico a la institución y al país.

El SVB, segundo eslabón de la cadena supervivencia, permite la atención de calidad para devolver al paciente a su nivel previo de salud con bienestar físico, mental y social ya que los pacientes pueden ser reanimados de un paro cardíaco pero pueden ser condenados a vivir muchas semanas en estado de gravedad, lo cual requiere de cuidados intensivos prolongados y luego mueren después de largas estadías en el hospital, sin mencionar el dolor y sufrimiento de los miembros de la familia.

Se concluye que el resultado después del proceso educativo se consideró de bueno a excelente ya que el nivel de competencia, habilidad y conocimiento fue alto. El nivel de competencia en SVB del personal de enfermería fue de muy competente en la mayoría del personal al final del proceso educativo en ningún caso no competente en contraste con lo encontrado antes del curso –taller donde no se consideró en ningún caso competente. Las habilidades del personal de enfermería antes del curso taller se mostraron en la mayoría no hábiles; superado después del proceso educativo y los conocimientos en reanimación cardiopulmonar ninguna alcanzó la puntuación de conocimiento antes del proceso educativo, superado al final por el total de la muestra.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Olvera MR, Silva R, Wilkins A, Than MT, Huerta F. La educación en las anióbras de reanimación cardiopulmonar y cerebral es la clave del éxito. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int* 2002;16(1):23-28
2. López-Herce J, Carrillo A. Cursos de reanimación cardiopulmonar pediatria. *Acta Pediatr Esp* 1995; 53:547-550
3. Kaye W, Rallis SF, Mancini ME, Linhares KC, Angell ML, Donovan DS, Zajano NC, Finger JA. The problem of poor retention of cardiopulmonary resuscitation skills may lie with the instructor, not the learner or the curriculum. *Resuscitation* 1991;21:67-87
4. Brennan RT, Braslow A, Batcheller AM, Kaye W. Reliable and valid outcomes. *Resuscitation*.1996 32:85 -93.
5. Gazz EA, Curry L. Physicians and nurses retention of Know-ledge and skill after training on cardiopulmonary resuscitation. *Can Med Assoc J* 1983; 128: 550-4.
6. Wagner-Berger HG, Wenzel V, Stallinger A, et al. Decreasing peak flow rate with a new bag valve mask device: effects on respiratory mechanics, and gas distribution in a bench model of an unprotected airway. *Resuscitation* 2003; 57(2):193-9.
7. De Regge M, Vogels C, Koenraad G. Retention of ventilation skills of emergency nurses after training with the SMART BAG compared to a standard bag valve mask. *Resuscitation* .2006, 68 ,379-84
8. Axelsson A, Thoren A, Holmberg S, Herlitz J. Attitudes of trained Swedish lay rescuers toward CPR performance in an emergency. A survey of 1012 recently trained CPR res-cuers. *Resuscitation* 2000;44:27-36

9. Capone PL, Lane CJ, Kerr S, Ch Safar P. Life supporting first aid (LSFA) teaching to Brazilians by television spots. *Resuscitation* 2000; 47:259-65.
10. Chamberlain D, Smith A, Colquhoun M, et al. Randomised controlled trials of staged teaching for basic life support: 2. Comparison of CPR performance and skill retention using either staged instruction or conventional training. *Resuscitation*. 2001; 50: 27–37
11. Wik L, Myklebust H, Auestad BH, et al. Retention of basic life support skills 6 months after training with an automated voice advisory manikin system without instructor involvement. *Resuscitation*. 2002; 52: 273–279
12. Madden C .Undergraduate nursing students'acquisition and retention of CPR knowledge and skills.*Nurse Educ Today*. 2006; 26(3):218-27.
13. Nolan, Jerry P .Basic life support. *Current Opinion in Anaesthesiology*. 2008;21(2):194-99
14. Parnell MM, Larsen PD. Poor quality teaching in lay person CPR courses. *Resuscitation* 2007; 73:271-278.
15. López MS, Navarrete V, Vallongo B, Fernández S, De La Barrera M, Ramírez A. Estudio multicéntrico exploratorio del nivel de conocimientos en reanimación cardiopulmonar y cerebral. *Rev Cub Anest Rean* 2006, 5 (1) [Online]. Consulta 3 de julio. Disponible en URL <http://bvs.sld.cu/revistas/scar/vol5/no1/scar05106.pdf>