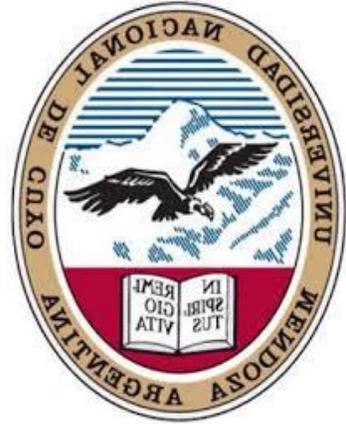


UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERIA

LICENCIATURA EN ENFERMERIA



TESIS FINAL

“Conocimientos técnicos que tiene el nuevo personal de enfermería en atención de urgencias, en el servicio de guardia médica del Hospital Central de Mendoza en el año 2021.”

EQUIPO DOCENTE: Lic. Michel Jorge
Lic. Gai Marcos
Lic. Franco Estela
Lic. Fernández Ana

AUTORES: Lucia Sol Dominguez
Mariana Anabel Salafia

Mendoza, Julio 2022

ADVERTENCIA

“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores”.

ACTA DE APROBACION

PRESIDENTE:

VOCAL 1:

VOCAL 2:

TRABAJO APROBADO EL: / /

PREFACIO

El presente trabajo de investigación se realiza con el propósito de poder detectar las falencias en el personal ingresante de enfermería al tratar con un paciente en condición de urgencia. Los enfermeros que ingresan nuevos en un servicio siempre vienen acompañados de dudas y miedos, concordamos todos que es lo normal ya que lo desconocido suele asustar en menor o mayor medida. Lo relevante aquí es que este miedo, suele maximizarse frente a una urgencia, conllevando a que el enfermero, cometa errores irreversibles para con el paciente.

En si en la sala de urgencias se acostumbra a vivir un ambiente tenso y caótico según la situación lo demande e inclusive los profesionales que ya poseen muchos años de experiencias pueden dejarse traicionar por los nervios y cometer errores, por eso es tan importante la lucidez y la comunicación en estas situaciones extremas. Esto nos conlleva a repensar en la importancia que tiene que el personal nuevo de enfermería, se capacite en su medio de trabajo, que sepa pedir ayuda, que no haga nada sin consultarlo antes a un compañero o superior y que nunca deje de prepararse y estudiar, destacando la importancia de que exista el compañerismo y la comunicación entre colegas, conllevaran a una mejor atención al paciente en urgencias.

INDICE GENERAL

| | |
|--|----|
| CAPÍTULO I: Planteo del problema | 1 |
| INTRODUCCION | 1 |
| PLANTEO DEL PROBLEMA | 2 |
| OBJETIVOS DEL ESTUDIO | 3 |
| OBJETIVO GENERAL: | 3 |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS:..... | 3 |
| MARCO TEÓRICO:..... | 4 |
| APARTADO I | 4 |
| MÉTODO DE CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE EN MEDICINA DE URGENCIAS: TRIAJE..... | 4 |
| Definición | 5 |
| <i>Triage</i> como indicador y control de calidad..... | 6 |
| Estos cinco niveles se establecen en base a:..... | 7 |
| APARTADO II..... | 10 |
| CONTROL DE SIGNOS VITALES..... | 10 |
| Definición | 10 |
| Indicaciones..... | 10 |
| Tensión arterial..... | 11 |
| Recomendaciones:..... | 12 |

| | |
|--|----|
| Pulso arterial | 12 |
| Valores normales del pulso arterial: | 14 |
| Alteraciones del pulso: | 14 |
| Frecuencia respiratoria | 15 |
| Recomendaciones para la valoración | 15 |
| Hallazgos anormales: | 15 |
| Saturación de oxígeno | 16 |
| ¿Cuáles son los niveles normales de saturación de oxígeno? | 16 |
| Temperatura corporal | 17 |
| Sitios para la obtención | 17 |
| ¿Cuál es la temperatura corporal normal? | 18 |
| Hallazgos anormales | 18 |
| Lo que debes saber en la urgencia es que: | 18 |
| Paro Cardiorrespiratorio: RCP | 19 |
| Generalidades sobre el RCP | 19 |
| . Etiopatogenia del Paro Cardiorrespiratorio | 20 |
| Cómo hacer una reanimación cardiopulmonar (RCP)..... | 21 |
| Complicaciones de la compresión torácica | 22 |
| Desfibrilación | 23 |

| | |
|---|----|
| Fármacos para el soporte vital cardíaco avanzado (SVCA) | 23 |
| Fármacos de primera elección | 24 |
| Otros fármacos | 25 |
| Conclusión de la reanimación..... | 25 |
| APARTADO III..... | 27 |
| ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO | 27 |
| Boxes Amarillos: | 27 |
| Boxes Respiratorios: | 28 |
| Boxes Rojos y S. Room: | 29 |
| CAPITULO II: Diseño Metodológico | 32 |
| TIPO DE ESTUDIO | 32 |
| ENFOQUE | 32 |
| AREA DE ESTUDIO | 32 |
| POBLACION O UNIVERSO | 32 |
| MUESTRA | 32 |
| CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION | 33 |
| TECNICAS E INSTRUMENTOS EN RECOLECCION DE DATOS | 33 |
| OPERACIONALIZACION DE VARIABLES..... | 33 |
| ASPECTOS ETICOS Y LEGALES | 35 |

| | |
|--|----|
| CAPITULO III: Resultados, discusión y propuestas. | 36 |
| RESUMEN DE LOS RESULTADOS MÁS RELEVANTES E INTERPRETACIÓN DE LOS MISMOS. | 51 |
| PROPUESTAS DE ACCIÓN DE ACUERDO A LOS RESULTADOS Y A LOS OBJETIVOS DE ESTUDIO O APERTURA A NUEVOS INTERROGANTES Y CONJETURAS..... | 53 |
| APÉNDICE Y ANEXOS..... | 54 |
| INSTRUMENTO UTILIZADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS: “ENCUESTA” | 54 |
| TABLA MATRIZ..... | 56 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 57 |

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

| | |
|---|----|
| TABLA Y GRAFICO N°1: ¿Ingreso usted a trabajar entre el año 2020-2021?..... | 36 |
| TABLA Y GRAFICO N°12: ¿Se sintió perdido o desorientado durante los primeros meses en el ámbito laboral?..... | 37 |
| TABLA Y GRAFICO N°3: ¿Sabía cómo desenvolverse en este ámbito? | 38 |
| TABLA Y GRAFICO N°4: ¿Tuvo apoyo de sus colegas con mayor experiencia, al comenzar a trabajar? | 39 |
| TABLA Y GRAFICO N°5: ¿En algún momento se sintió solo o frustrado en el ámbito laboral? | 40 |
| TABLA Y GRAFICO N°6: ¿En algún momento sintió desprecio o malos tratos por parte de sus colegas? | 41 |
| TABLA Y GRAFICO N°7: ¿Llego a su casa con angustia o tristeza después de salir de trabajar? | 42 |
| TABLA Y GRAFICO N°8: ¿Siente que los conocimientos que adquirió durante su formación profesional no fueron suficientes al ingresar al hospital? | 43 |
| TABLA Y GRAFICO N°9: ¿Se siente capacitado para manejar una urgencia? | 44 |
| TABLA Y GRAFICO N°10: ¿Cuando no trabaja, estudia sobre su servicio, las patologías que trata y su abordaje? | 45 |
| TABLA Y GRAFICO N°11: ¿Se sigue capacitando actualmente? | 46 |
| TABLA Y GRAFICO N°12: ¿Sabe realizar ECG? | 47 |

| | |
|--|----|
| TABLA Y GRAFICO N°13: ¿Sabe donde esta cada cosa en su servicio?..... | 48 |
| TABLA Y GRAFICO N°14: ¿Sabe dar RCP? | 49 |
| TABLA Y GRAFICO N°15: ¿Se siente conforme y feliz en su ámbito laboral?..... | 50 |

RESUMEN

INTRODUCCION: El siguiente trabajo está centrado en el personal ingresante de enfermería en medicina de urgencias del año 2021 del Hospital Central, y en como la falta de experiencia en técnicas de enfermería, pueden afectar la atención del paciente en una urgencia. **OBJETIVOS:** Determinar el grado de conocimiento del personal nuevo de enfermería en medicina de urgencias, en el periodo del año 2021, del Hospital Central de Mendoza. **METODOLOGIA:** el presente estudio es de carácter descriptivo ya que se busca realizar un análisis y descripción del grado de conocimiento del personal de enfermería; con un enfoque cuantitativo, porque busca medir en porcentajes aquellas respuestas obtenidas en la siguiente investigación. También este estudio posee un enfoque transversal, ya que la investigación se centra solamente en el año 2021. **RESULTADOS:** entre los resultados se revela que el 87% del personal de enfermería , ingreso en el año 2021 sin experiencia previa al servicio , entre ellos el 48% no estaba seguro de saber desenvolverse en su respectiva área de trabajo , un dato positivo es que más de la mitad sintió y obtuvo apoyo de sus colegas con mayor experiencia al realizar las técnicas de enfermería; al mismo tiempo casi la mitad del personal nuevo (46%) se sintió solo o frustrado al realizar su trabajo; también gran parte de los entrevistados (39%) revelo que lo aprendido durante la preparación académica , no fue suficiente al ingresar y desenvolverse en el hospital . Se revela notable inseguridad del personal nuevo de enfermería con respecto a si están capacitados a manejar o no una urgencia correctamente, ya que el 37% revelo que a veces se sentían capacitados para tal tarea. Entre lo positivo que nos revelo esta investigación se puede decir que el 56% del personal, se capacita actualmente para desenvolverse mejor en su área de trabajo. Entre los entrevistados el 24 % de los enfermeros no saben cómo realizar un electrocardiograma, tarea muy importante y de primera atención en una urgencia, también se rebeló que un 93% sabe realizar RCP, una de las tareas más importantes que debe de tener el enfermero de urgencias. El 61% de los enfermeros dijo sentirse conforme y feliz en su área de trabajo, un dato positivo ya

que, en un buen ambiente laboral, el personal siempre se va a desenvolver mejor.

Discusión y conclusión : se detectaron niveles altos de falta de seguridad a la hora de atender a un paciente en una urgencia , lo cual es clave para mantener la calma del paciente , del enfermero a cargo y en si del entorno , la falta de seguridad esta derivada de la falta de conocimientos de enfermería , y esto está acompañado con la falta de motivación a la hora de seguir formándose y estudiando por cuenta propia , es una cadena que se puede cortar solamente a partir de nutrir el conocimiento , en si para mejorar la atención y ser mejores profesionales , a pesar de la practica nunca debemos dejar de lado aumentar nuestros niveles de conocimiento , con estudio, capacitaciones , charlas sobre temas específicos , nuevas técnicas de enfermería , etc. .

Palabras Claves: Enfermería, conocimiento, personal ingresante, medicina de urgencias.

CAPÍTULO I: Planteo del problema

INTRODUCCION

El servicio de medicina de urgencias del Hospital Central, es una de las áreas más críticas, ya que es la primera atención a pacientes de alto índice de gravedad (pacientes politraumatizados, heridos de arma blanca, de arma de fuego, con diferentes cuadros graves como: cetoacidosis diabética e insuficiencias respiratorias), en este servicio se lleva a cabo el primer contacto que tiene el paciente con lo que le va a aportar para su pronta recuperación. Por ende es muy importante que el personal de salud este altamente capacitado para cumplir estas funciones.

En este Documento nos vamos a centrar en el personal de enfermería, pero no cualquier personal, si no el que ingresa al servicio de guardia entre el periodo de 2020-2021; y haremos hincapié en sus capacidades, las tareas que deben realizar, como es la manera correcta de hacerlas; la falta de estas en una urgencias de carácter emergente, su capacidad para actuar rápido y de una manera eficiente, situaciones que escasean en el personal nuevo de salud. Abordaremos los porqués de esta situación, cuales son las diferentes razones de esta falla, los diferentes enfoques y puntos de vista, y si puede ser posible, revertir esta situación. Para que el paciente critico de urgencias reciba una atención primaria de óptima calidad y se pueda dar lo mejor para salvar su vida.

PLANTEO DEL PROBLEMA

¿Qué conocimientos técnicos tiene el nuevo personal de enfermería en atención de urgencias, en el servicio de guardia médica, del Hospital Central de Mendoza, en el año 2021?

-DESCRIPCION DEL PROBLEMA

El servicio de medicina de urgencias del Hospital Central, recibe constantemente pacientes con patologías o urgencias graves de todo origen y etiología. Con la llegada del virus SARS COVID la demanda de pacientes críticos aumento drásticamente, debido al mismo las unidades críticas se colapsaron, al igual que el servicio de guardia que se vio en la obligación de recibir mayor demanda de pacientes complejos con estadías más prolongadas ya que el hospital no tenía disponibilidad de camas para internación en sus respectivos servicios. Esto llevo a que el personal de enfermería de este servicio experimentara cambios bruscos en el desarrollo de su profesión, el primero fue ya no centrarse solo en el paciente critico de corta instancia sino en su prolongada internación y tratamiento (siendo el servicio de guardia un sector con atención ambulatoria). En segundo lugar, en consecuencia de lo nombrado anteriormente la carga laboral aumento y el hospital se vio en la obligación de contratar mayor cantidad de personal, entre estos se encontraba un gran número de enfermeros sin experiencia que llevaban a cabo su primer trabajo.

Este trabajo de investigación se centrara en el personal de reciente ingreso y su debut en un servicio de alta complejidad sin ninguna experiencia adquirida previamente. También tendremos en cuenta como se sintieron anímicamente, al momento de abordar un paciente con todo lo que esto implica, y si afecta la atención o tratamiento del paciente.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL:

Determinar el grado de conocimiento técnico del personal recientemente incorporado en enfermería, en el servicio de medicina de urgencias, del Hospital Central, del año 2021.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar la cantidad de personal de enfermería nuevo, respecto al antiguo.
- Evaluar el estado anímico del nuevo personal de enfermería en relación a su situación con el ámbito laboral.
- Analizar acerca de las principales dificultades técnicas que tienen en común los enfermeros recientemente incorporados.

MARCO TEÓRICO:

APARTADO I

MÉTODO DE CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE EN MEDICINA DE URGENCIAS: TRIAJE

El *triaje* es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. Actualmente se utilizan sistemas de *triaje* estructurado con cinco niveles de prioridad que se asignan asumiendo el concepto de que lo urgente no siempre es grave y lo grave no es siempre urgente y hacen posible clasificar a los pacientes a partir del «grado de urgencia», de tal modo que los pacientes más urgentes serán asistidos primero y el resto serán reevaluados hasta ser vistos por el médico. Todos son sistemas multidisciplinares basados en motivos y en la urgencia de la consulta pero no en diagnósticos y son llevados a cabo por enfermería con apoyo médico puntual. También todos incorporan elementos de monitorización de la calidad del propio servicio de urgencias, el control de signos vitales y la entrevista por parte de enfermería es uno de los filtros más importantes al momento del ingreso del paciente.¹

El término *triage* o *triaje* es un neologismo que proviene de la palabra francesa *trier* que se define como escoger, separar o clasificar.

El enfermero a cargo de del triaje tiene que tener la capacidad y el ojo clínico para darse cuenta si la urgencia es realmente una urgencia, como está el estado general del paciente, si tiene otras patologías existentes, antecedentes,

¹W. Soler, M. Gómez Muñoz, E. Bragulat, A. Álvarez. El triaje herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Pamplona 2010.

medicación, y estado actual de salud. Sin esta capacidad por parte de enfermería, sería imposible hacer una buena clasificación, y la atención estaría más demorada de lo normal , dejando a pacientes con riesgo de vida , esperando 4 horas o más para su atención , por eso el triaje es tan importante asi como la capacitación del enfermero .

Definición

El «*triaje/clasificación*» es un proceso que nos permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos como ya dijimos anteriormente. Debe ser la llave de entrada a una asistencia eficaz y eficiente, y por tanto, una herramienta rápida, fácil de aplicar y que además poseen un fuerte valor predictivo de gravedad, de evolución y de utilización de recursos²

La aplicación del concepto de *triaje nos dice que lo* : lo urgente no siempre es grave y lo grave no es siempre urgente. Ello hace posible clasificar a los pacientes a partir del «grado de urgencia», de tal modo que los pacientes más urgentes serán asistidos primero y el resto serán reevaluados hasta ser vistos por el médico. Se acepta, en consecuencia, que las funciones del *triaje* deben ser:

1. Identificación de pacientes en situación de riesgo vital.
2. Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación.
3. Asegurar la reevaluación de los pacientes que deben esperar.

²W. Soler, M. Gómez Muñoz, E. Bragulat, A. Álvarez. Triage en Hospital de urgencias indicadores. Manchester TriageSystem. SpanishTriageSystem.Pag. 2

4. Decidir el área más apropiada para atender a los pacientes.
5. Aportar información sobre el proceso asistencial.
6. Disponer de información para familiares.
7. Mejorar el flujo de pacientes y la congestión del servicio.
8. Aportar información de mejora para el funcionamiento del servicio.

Triaje como indicador y control de calidad

Gómez Jiménez propone cuatro índices de calidad que deben ser asumidos por el sistema de *triaje* implantado y que se convierten en testigos de su capacidad como indicador de calidad del propio servicio de urgencias. Son:

1. El índice de pacientes perdidos sin ser vistos por el médico (\leq del 2% de todos los pacientes que acuden a urgencias). Divide a este índice en aquéllos que se pierden sin ser clasificados y aquéllos que se trian pero se van antes de ser visitados.

2. Tiempo desde la llegada a urgencias hasta que se inicia la clasificación (menor de 10 minutos).

3. Tiempo que dura la clasificación (menor de cinco minutos como recomendación)

4. Tiempo de espera para ser visitado, establecido en cada uno de los niveles de prioridad de que conste el sistema de *triaje* y que varía entre la

atención inmediata del nivel I de prioridad hasta los 240 minutos, considerados como el tiempo máximo que debe esperar la prioridad menos urgente.

En cuanto a este último indicador de calidad, se establecen niveles de priorización en la atención. Cada nivel va a determinar el tiempo óptimo entre la llegada y la atención y cada modelo de *triaje* estructurado establece cuáles son esos tiempos ideales, que varían muy poco de un modelo a otro. Todas las escalas comentadas anteriormente coinciden ampliamente en estos parámetros:

- **Nivel I:** prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora.

- **Nivel II:** situaciones muy urgentes de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso. Demora de asistencia médica hasta 15 minutos.

- **Nivel III:** urgente pero estable hemodinámica mente con potencial riesgo vital que probablemente exige pruebas diagnósticas y/o terapéuticas. Demora máxima de 60 minutos.

- **Nivel IV:** urgencia menor, potencialmente sin riesgo vital para el paciente. Demora máxima de 120 minutos.

- **Nivel V:** no urgencia. Poca complejidad en la patología o cuestiones administrativas, citaciones, etc. Demora de hasta 240 minutos.³

Estos cinco niveles se establecen en base a:

- Descriptores clínicos, síntomas o categorías sintomáticas, abiertas o cerradas.

³W. Soler, M. Gómez Muñoz, E. Bragulat, A. Álvarez. Triage en Hospital de urgencias indicadores . Manchester TriageSystem. SpanishTriageSystem. Pag 3

- Discriminantes del nivel de urgencia: riesgo vital, constantes fisiológicas, tiempo de evolución, nivel de dolor, mecanismo de lesión, etc.

Un sistema estructurado de *triaje* puede servir también para valorar otra serie de parámetros, como son el tiempo de estancia en urgencias, el porcentaje de ingresos en función del nivel de gravedad, las necesidades de recursos, etc. que indirectamente van a relacionarse con cada uno de los niveles de prioridad y que están estrechamente condicionados por el incremento de la demanda, la cual depende tanto de determinantes externos (afluencia) como internos (propia capacidad del servicio, demora de exploraciones, espera de cama para ingreso, espera de transporte, problemas sociosanitarios). Estos parámetros son fundamentales para orientar la gestión organizativa, económica y el funcionamiento del propio servicio de urgencias.⁴

Quedando claro este apartado sobre la clasificación de pacientes, podemos plasmarlo en el hospital central. La guardia del Hospital central, está dividida 4 sectores : box verdes , box amarillos , box de traumatología y boxes rojos Cuando un paciente se dirige a la guardia del Hospital central se va a encontrar con un sector de computadoras, en donde se encuentra admisión , en donde se toman los datos del paciente , desde ese momento se produce el primer filtro en el servicio ya que desde esa pequeña entrevista se puede saber que tan grave está el pacientes , si es una consulta para tratar por guardia o se puede derivar a un centro de salud o a consultorios externos . Dado a saber este dato los pacientes se pueden dividir de la siguiente forma:

- ✓ **Boxes Verdes** : Pacientes con dolor abdominal leves , cefaleas de más de 3 días de evolución , algún dolor crónico o generalizado , malestar general con signos vitales estables son algunos de los ejemplos de pacientes que

⁴W. Soler, M. Gómez Muñoz, E. Bragulat, A. Álvarez. Triage en Hospital de urgencias indicadores . Manchester TriageSystem. SpanishTriageSystem. Pag 4

pueden esperar más de tres horas para su atención médica , si ya están controlados por enfermería y se encuentran estables .

- ✓ **Boxes Amarillos:** Dolores torácicos, crisis hipertensivas, dolores abdominales de moderados a fuertes, hiperglucemias, cetoacidosis diabéticas, crisis asmáticas, reacciones alérgicas, etc. son un conjunto de problemáticas que requieren atención inmediata. El paciente no está en riesgo inminente de vida, pero si no se trata el problema con rapidez el cuadro del paciente puede empeorar llevándolo a un estado crítico.
- ✓ **Boxes Rojos:** Insuficiencias respiratorias descompensadas, politraumatismo graves, tec con pérdida de conocimientos, amputación de miembros, pacientes fibrilados, heridas de arma blanca o de fuego y todo lo que requiera atención con urgencia estricta del paciente, ya que si no se actúa de forma rápida y eficaz puede llevar a la muerte del paciente es catalogado en categoría roja y requiere atención con urgencia de forma inmediata.

Teniendo en claro esta clasificación y los niveles de prioridad y atención nos centraremos en la atención del paciente crítico en urgencias, cuales son las primeras intervenciones y la importancia de cada una de ellas.

APARTADO II

CONTROL DE SIGNOS VITALES

Los signos vitales constituyen una herramienta valiosa para poder valorar el estado general y 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 y críticos.⁵

Definición

Los signos vitales son indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales (cerebro, corazón, pulmones).

Expresan de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo, cambios que de otra manera no podrían ser previstos.⁶

Indicaciones

- ✓ Al ingreso y egreso del paciente a la guardia con el fin de registrar datos basales de su estado de salud.

⁵Sandra P. Penagos, Enf. de Urgencias Luz Dary Salazar, Enf. Coordinadora de Enfermería Fanny E. Vera, Enf. de Urgencias Fundación Cardioinfantil Bogotá. Pag 1465

- ✓ Cuando el paciente presenta cambios en su condición funcional.
- ✓ Según la prescripción de enfermería o médica, en el paciente estable se requiere control dos veces en cada turno. En el paciente en estado crítico la monitorización de los signos vitales es una acción permanente. • Antes y después de un procedimiento diagnóstico o tratamiento invasor o no invasor y de cirugía menor o mayor.
- ✓ Antes y después de la administración de medicamentos que puedan afectar el sistema respiratorio o cardiovascular.

Tensión arterial

Es una medida de la presión que ejerce la sangre sobre las paredes arteriales en su impulso a través de las arterias. Debido a que la sangre se mueve en forma de ondas, existen dos tipos de medidas de presión: la presión sistólica: presión de la sangre debida a la contracción de los ventrículos, es decir, la presión máxima; y la presión diastólica: presión que queda cuando los ventrículos se relajan.

7

Cifras Normales: Este estudio se refiere a la atención de pacientes adultos del hospital central que ingresan por guardia asique tendremos en cuenta los parámetros normales solo de los adultos:

ADULTO:

Presión Sistólica: 100-140 mmhg

Presión Diastólica: 60-90 mmhg

⁷Sandra P. Penagos, Enf. de Urgencias Luz Dary Salazar, Enf. Coordinadora de Enfermería Fanny E. Vera, Enf. de Urgencias Fundación Cardioinfantil Bogotá. Pag 1466 .

Recomendaciones:

- ✓ El brazo y el antebrazo deben estar desnudos, o por lo menos, las prendas de vestir no deben ejercer compresión inadecuada.
- ✓ El tamaño del manguito debe escogerse de acuerdo con el diámetro del brazo. La desigualdad relativa entre el tamaño del brazo y el manguito puede ser causa de error; en brazos de pacientes obesos, generalmente, se obtienen valores falsos elevados y en brazos de pacientes muy delgados se obtienen valores por debajo de lo normal.

Teniendo en cuenta estas variantes debemos estar atentos al controlar a los pacientes que ingresan por guardia de hacerlo de manera correcta ya que una mala toma de presión nos puede llevar a administrar el tratamiento incorrecto y empeorar la situación del paciente .

Pulso arterial

Es la onda pulsátil de la sangre, originada en la contracción del ventrículo izquierdo del corazón y que resulta en la expansión y contracción regular del calibre de las arterias. La onda pulsátil representa el rendimiento del latido cardiaco, que es la cantidad de sangre que entra en las arterias con cada contracción ventricular y la adaptación de las arterias, o sea, su capacidad de contraerse y dilatarse. Asimismo, proporciona información sobre **el pies, manos, cara y cuello**. Realmente puede palpase en cualquier zona donde una arteria superficial pueda ser fácilmente comprimida contra una superficie ósea. La velocidad del pulso (latidos por minuto) corresponde a la frecuencia cardiaca, la cual varía con la edad, sexo, actividad física, estado emocional, fiebre, medicamentos y hemorragias. Edad: el pulso sufre variaciones desde el momento del nacimiento hasta la madurez y la senectud. Sexo: después de la pubertad el pulso es más lento en el hombre que en la mujer. Ejercicio físico: la velocidad del pulso aumenta con la actividad física. En los atletas en reposo la frecuencia

aparece disminuida (bradicardia) debido al gran tamaño y fuerza del corazón. Los atletas mantienen normalmente un estado de bradicardia. Fiebre: aumenta el pulso por la vasodilatación periférica secundaria al ascenso de la temperatura. Medicamentos: los medicamentos pueden afectar el pulso; algunos lo aumentan y otros lo disminuyen. Hemorragias: la pérdida de sangre mayor de 500 ml aumenta el pulso. La taquicardia es signo de anemia aguda. Estado emocional: las emociones como el miedo, la ansiedad y el dolor pueden estimular el sistema simpático aumentando la actividad cardíaca. Existen nueve puntos anatómicos para la palpación del pulso:

- ✓ **Pulso temporal:** la arteria temporal se palpa sobre el hueso temporal en la región externa de la frente, en un trayecto que va desde la ceja hasta el cuero cabelludo.
- ✓ **Pulso carotídeo:** se encuentra en la parte lateral del cuello entre la tráquea y el músculo esternocleidomastoideo. No se debe ejercer presión excesiva porque produce disminución de la frecuencia cardíaca e hipotensión. Tampoco, se debe palpar simultáneamente en ambos lados para evitar la disminución del flujo sanguíneo cerebral o, aun, paro cardíaco. Pulso braquial: se palpa en la cara interna del músculo bíceps o en la zona media del espacio ante cubital.
- ✓ **Pulso radial:** se palpa realizando presión suave sobre la arteria radial en la zona media de la cara interna de la muñeca. Es el método clínico más usado.
- ✓ **Pulso femoral:** se palpa la arteria femoral localizada debajo del ligamento inguinal.
- ✓ **Pulso poplíteo:** se palpa realizando presión fuerte sobre la arteria poplíteo, por detrás de la rodilla, en la fosa poplíteo.
- ✓ **Pulso tibial posterior:** se palpa la arteria tibial localizada por detrás del maléolo interno.

- ✓ **Pulso pedio:** se palpa la arteria dorsal del pie sobre los huesos de la parte alta del dorso del pie.⁸

Valores normales del pulso arterial:

Adulto: Entre 60 y 80 Lat./ Min.

Alteraciones del pulso:

- ✓ **Taquicardia sinusal:** frecuencia cardiaca que **no sobrepasa los 160 latidos por minuto**. Se debe al estímulo del automatismo sinusal por la excitación del simpático; se observa en la fiebre, hipertiriodismo, falla cardiaca y shock.
- ✓ **Taquicardia paroxística:** se inicia en forma súbita y la frecuencia está **por encima de 160 latidos/min**. Se manifiesta con dolor precordial, angustia y palpitaciones.
- ✓ **Bradicardia sinusal:** las pulsaciones **oscilan entre 40 y 60 latidos/minuto**. Se observa en pacientes con hipertensión endocraneana
- ✓ **Bradicardia por bloqueo auriculo-ventricular completo:** se presenta con pulsaciones entre **30 y 35 latidos/minuto**. Es producida por fenómenos asociados con la contracción de las aurículas y ventrículos y se manifiesta por estado sincopal (perdida brusca y temporal de la conciencia y el tono muscular)⁹

Sandra P. Penagos, Enf. de Urgencias Luz Dary Salazar, Enf. Coordinadora de Enfermería Fanny E. Vera, Enf. de Urgencias Fundación Cardioinfantil Bogotá⁸ . Pag 1467

⁹Sandra P. Penagos, Enf. de Urgencias Luz Dary Salazar, Enf. Coordinadora de Enfermería Fanny E. Vera, Enf. de Urgencias Fundación Cardioinfantil Bogotá. Pag 1468

Frecuencia respiratoria

Recomendaciones para la valoración

- ✓ Se valora el patrón respiratorio del paciente. El patrón respiratorio normal se caracteriza por ocasionales. Normalmente, la respiración ser **suave, regular, con frecuencia de 12 a 20 respiraciones/minuto** en el adulto, y presencia de suspiros no exige esfuerzos y es silenciosa.¹⁰

Hallazgos anormales:

- ✓ **Bradipnea:** es la lentitud en el ritmo respiratorio con una frecuencia inferior a **12 respiraciones por minuto**. Se encuentra en pacientes con alteración neurológica o electrolítica, infección respiratoria o pleuritis.
- ✓ **Taquipnea:** frecuencia respiratoria persistente **superior a 20 respiraciones por minuto**; es una respiración superficial y rápida. Se observa en pacientes con dolor por fractura costal o pleuritis.
- ✓ **Hiperventilación:** respiración profunda y rápida de frecuencia **mayor a 20 respiraciones/minuto**. Es producida por ansiedad, ejercicio, alteraciones metabólicas o del sistema nervioso central.
- ✓ **Apnea:** es la ausencia de movimientos respiratorios.
- ✓ **Disnea:** sensación subjetiva del paciente de dificultad o esfuerzo para respirar. Puede **ser inspiratoria o espiratoria**. La disnea inspiratoria se presenta por obstrucción parcial de la vía aérea superior y se acompaña de tirajes. La disnea espiratoria se asocia con estrechez de la luz de los bronquiolos y la espiración es prolongada como en los pacientes con asma bronquial y enfisema pulmonar¹¹.

¹⁰Sandra P. Penagos, Enf. de Urgencias Luz Dary Salazar, Enf. Coordinadora de Enfermería Fanny E. Vera, Enf. de Urgencias Fundación Cardioinfantil Bogotá. Pag 1468/1469

¹¹Sandra P. Penagos, Enf. de Urgencias Luz Dary Salazar, Enf. Coordinadora de Enfermería Fanny E. Vera, Enf. de Urgencias Fundación Cardioinfantil Bogotá. Pag 1469

- ✓ **Tirajes:** indican obstrucción a la inspiración; los músculos accesorios de la inspiración traccionan hacia arriba y atrás, aumentando el diámetro de la cavidad torácica.
- ✓ **Ortopnea:** es la incapacidad de respirar cómodamente en posición de decúbito.
- ✓ **Respiración de Kussmaul:** respiración rápida (frecuencia mayor de 20 por minuto), profunda, suspirante y sin pausas. Se presenta en pacientes con insuficiencia renal y acidosis metabólica.
- ✓ **Respiración de Cheyne-Stokes:** hiperpnea que se combina con intervalos de apnea. En adultos, se presenta en lesión bilateral de los hemisferios cerebrales, ganglios basales, bulbo, protuberancia y cerebelo.
- ✓ **Respiración de Biot:** se caracteriza por extremada irregularidad en la frecuencia, el ritmo y la profundidad de las respiraciones. Se presentan periodos de apnea. Se observa en meningitis y lesiones de protuberancia y bulbo.

Saturación de oxígeno

La saturación de oxígeno refleja la **cantidad de oxígeno disponible en la sangre**; un parámetro determinante en los pacientes con patología respiratoria.¹²

¿Cuáles son los niveles normales de saturación de oxígeno?

El valor normal de saturación de oxígeno en sangre es entre **95% y 100%** y nos indica que las células reciben la cantidad adecuada de oxígeno para preservar su función. Un valor de saturación **inferior al 90%, llamado hipoxemia**, se considera insuficiente y se manifiesta con dificultad para respirar y con un aumento compensatorio de la frecuencia respiratoria. Valores **inferiores a 80%**

¹²Sandra P. Penagos, Enf. de Urgencias Luz Dary Salazar, Enf. Coordinadora de Enfermería Fanny E. Vera, Enf. de Urgencias Fundación Cardioinfantil Bogotá. pag 1468

se consideran hipoxemia severa. Señales de alarma para empezar a preparar un aporte extra de oxígeno (ya sea con bigotera, máscara de reservorio o ventilación mecánica invasiva IOT)¹³

Temperatura corporal

Es el equilibrio entre la producción de calor por el cuerpo y su pérdida. El centro termorregulador está situado en el hipotálamo. Cuando la temperatura sobrepasa el nivel normal se activan ciertos mecanismos como la vasodilatación, hiperventilación y sudoración que promueven la pérdida de calor. Si, por el contrario, la temperatura cae por debajo del nivel normal se activan mecanismos compensatorios como aumento del metabolismo y contracciones espasmódicas que producen los escalofríos¹⁴.

Sitios para la obtención

- ✓ **Oral:** sublingual utilizando el clásico termómetro de mercurio durante un tiempo aproximado de cuatro minutos. Se debe tener en cuenta la última ingesta; se puede tomar la temperatura mínimo 15 minutos después de la ingesta. La temperatura oral se puede medir en todos los pacientes, excepto, en los que están inconscientes, sufren confusión mental, convulsiones, afecciones de nariz, boca o garganta y los niños menores de 6 años.
- ✓ **Rectal:** lubricar el termómetro y proteger la intimidad del paciente. El resultado tiende a ser 0,5 a 0,7°C mayor que la temperatura oral. La temperatura rectal es recomendable para el paciente menor de 6 años, a menos, que se le haya practicado cirugía rectal o presente algún tipo de anomalía en el recto.

¹³Sandra P. Penagos, Enf. de Urgencias Luz Dary Salazar, Enf. Coordinadora de Enfermería Fanny E. Vera, Enf. de Urgencias Fundación Cardioinfantil Bogotá. Pag 1469

¹⁴Sandra P. Penagos, Enf. de Urgencias Luz Dary Salazar, Enf. Coordinadora de Enfermería Fanny E. Vera, Enf. de Urgencias Fundación Cardioinfantil Bogotá.1471

- ✓ **Axilar:** es recomendable en adultos y niños mayores de 6 años; se deja el termómetro durante cinco minutos. El resultado es 0,5°C menor que la temperatura oral.¹⁵

¿Cuál es la temperatura corporal normal?

En el adulto entre 36,6 y 37,5 °c

Hallazgos anormales

- ✓ **Pirexia o hipertermia:** temperatura por encima del límite superior normal. Se presenta aumento de la frecuencia cardiaca, escalofríos, piel pálida y fría y coloración azulada en piel y membranas mucosas, por vasoconstricción.
- ✓ **Hipotermia:** temperatura corporal por debajo del límite inferior normal. Se puede presentar somnolencia e incluso coma, lo cual, favorece la inadecuada producción de calor y la aparición de hipotensión, disminución de la diuresis, desorientación, sensación de frío y piel pálida y fría.¹⁶

Lo que debes saber en la urgencia es que:

- ✓ **La tensión arterial** es uno de los primeros valores que debemos analizar por su interés clínico por eso su toma de la manera correcta y conocer sus valores al momento de la urgencia es de mera importancia.
- ✓ **La frecuencia cardíaca** es otro de los parámetros que, por excelencia, puede cambiar bruscamente en estado fisiológico del paciente.

¹⁵Sandra P. Penagos, Enf. de Urgencias Luz Dary Salazar, Enf. Coordinadora de Enfermería Fanny E. Vera, Enf. de Urgencias Fundación Cardioinfantil Bogotá. 1471

¹⁶Sandra P. Penagos, Enf. de Urgencias Luz Dary Salazar, Enf. Coordinadora de Enfermería Fanny E. Vera, Enf. de Urgencias Fundación Cardioinfantil Bogotá. Pag 1472

- ✓ La **saturación de oxígeno** es un parámetro determinante en los pacientes con patología respiratoria.¹⁷

Teniendo en claro estos conceptos y valores podemos ver la forma de interiorizar con el paciente y su atención en medicina de urgencias.¹⁸

Paro Cardiorrespiratorio: RCP

La Parada Cardiorrespiratoria (PCR) se define como una situación clínica que cursa con interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible, de la actividad mecánica del corazón y de la respiración espontánea.¹⁹

Generalidades sobre el RCP

Si una persona tiene pérdida del conocimiento con posible paro cardíaco, primero se debe establecer la falta de respuesta y confirmar la falta de la respiración o la presencia de una respiración superficial o agónica. Luego, el reanimador debe pedir ayuda. Lo primero que se hace es activar el sistema de emergencia (o el personal de reanimación apropiado en el hospital) y, si es posible, conseguir un desfibrilador.) , que ya está preparado en guardia.

Si no hay ayuda disponible, el reanimador debe activar primero el sistema de emergencias y luego comenzar con el soporte vital básico: hacer 30 compresiones

¹⁷Sandra P. Penagos, Enf. de Urgencias Luz Dary Salazar, Enf. Coordinadora de Enfermería Fanny E. Vera, Enf. de Urgencias Fundación CardioinfantilBogotá.pag 1471

¹⁹Dr. Pedro E. Nodal Leyva¹ Dr. Juan G. López Héctor² y Dr. Gerardo de La Llera Domínguez³. Paro cardiorrespiratorio etiología/tratamiento .Parrafo1 .

torácicas a un ritmo de 100 a 120/min. Se continúa el ciclo de compresiones y respiraciones sin interrupción; es recomendable cambiar de reanimador cada 2 minutos.

En cuanto llega el desfibrilador (manual o automático), se da una descarga no sincronizada si la persona está con fibrilación ventricular o con taquicardia ventricular sin pulso. Cuando el paro cardíaco se produce con el desfibrilador a mano, se debe realizar inmediatamente la desfibrilación en caso de fibrilación ventricular o taquicardia ventricular; la desfibrilación temprana permite convertir una fibrilación ventricular o una taquicardia ventricular sin pulso en un ritmo de perfusión. Se recomienda que los espectadores no entrenados comiencen y mantengan las compresiones torácicas continuas hasta la llegada de personal entrenado

. Etiopatogenia del Paro Cardiorrespiratorio

1 Cardiovasculares

- ✓ IMA.
- ✓ Disrritmias.(FV/ TVSP, bradicardias, Bloqueos A-V II y II grado)
- ✓ Embolismo Pulmonar.
- ✓ Taponamiento Cardíaco.

2.2 Respiratorias

- ✓ Obstrucción de la vía aérea.
- ✓ Depresión del Centro Respiratorio.
- ✓ Broncoaspiración.
- ✓ Ahogamiento o asfixia.
- ✓ Neumotórax a tensión.

- ✓ Insuficiencia respiratoria.

2.3 Metabólicas

- ✓ Hiperpotasemia.
- ✓ Hipopotasemia.

2.4 Traumatismo

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

2.5 Shock

2.6 Hipotermia

2.7 Iatrogénicas

- ✓ Sobredosificación de agentes anestésicos.²⁰

Compresión torácica

Cómo hacer una reanimación cardiopulmonar (RCP)

En el paro cardíaco presenciado, la compresión torácica se debe hacer sin interrupción hasta que la desfibrilación esté disponible. En un paciente inconsciente que sufrió un colapso no presenciado, el reanimador entrenado debe comenzar de inmediato con la compresión cardíaca externa (tórax cerrado) Las compresiones torácicas no deben interrumpirse por > 10 s (p. ej., para la intubación, la colocación de catéter venoso central intravenoso o el transporte). Un

²⁰Dr. Pedro E. Nodal Leyva1 Dr. Juan G. López Héctor2 y Dr. Gerardo de La Llera Domínguez3. Paro cardiorespiratorio etiología/tratamiento .Parrafo 2

ciclo de compresión consiste en 50% de compresión y 50% de relajación; durante la fase de relajación, es importante permitir que el tórax recupere por completo su volumen original. La interpretación del ritmo y la desfibrilación (si corresponde) se realizan tan pronto como esté disponible un desfibrilador.

La profundidad de las compresiones torácicas recomendada para adultos oscila entre 5 y 6 cm (entre 2 y 2,4 pulgadas). En forma ideal, la compresión cardíaca externa produce un pulso palpable por cada compresión, aunque el gasto cardíaco es sólo de 20 a 30% del normal. Sin embargo, la palpación del pulso durante la compresión torácica es difícil, incluso para médicos experimentados, y a menudo esto no es confiable. La monitorización de la concentración de dióxido de carbono al final de la espiración brinda una mejor estimación del gasto cardíaco durante la compresión torácica; los pacientes con perfusión inadecuada tienen poco retorno venoso hacia los pulmones y, por lo tanto, una baja concentración de dióxido de carbono al final de la espiración. La recuperación de la respiración espontánea o la apertura de los ojos indican el restablecimiento de la circulación espontánea.

Complicaciones de la compresión torácica

La laceración hepática es una complicación rara pero potencialmente grave (a veces fatal) y se debe a la compresión del abdomen por debajo del esternón. La rotura del estómago (en especial si está distendido con aire) también es una complicación rara. La rotura tardía del bazo es infrecuente. Una complicación ocasional es la regurgitación seguida de aspiración del contenido gástrico, causante de neumonía por aspiración que puede resultar mortal en pacientes reanimados.

La separación costocondral y las fracturas costales a menudo son inevitables, dado que debe comprimirse el tórax profundamente para lograr un buen flujo sanguíneo. Raras veces se ha informado embolias de médula ósea a

los pulmones luego de una compresión cardíaca externa, aunque no hay evidencia de que esto contribuya con la mortalidad. Las lesiones pulmonares son raras, pero puede producirse un neumotórax luego de una fractura costal penetrante.²¹

Desfibrilación

El ritmo más frecuentemente observado con mayor frecuencia en un paro cardíaco en un adulto es la fibrilación ventricular (FV); es esencial una rápida conversión a un ritmo de perfusión. Taquicardia ventricular (TV) sin pulso se trata de manera similar a una fibrilación ventricular.²²

Fármacos para el soporte vital cardíaco avanzado (SVCA)

Aunque se usan mucho y desde hace mucho tiempo, no se ha comprobado que un fármaco o una combinación de fármacos particular mejore la supervivencia hasta el alta hospitalaria en pacientes con paro cardíaco. Algunos agentes mejoran la probabilidad de restablecimiento de la circulación espontánea (RCE) y pueden administrarse en forma razonable. El tratamiento farmacológico del shock y el paro cardíaco sigue siendo estudiado.

En un paciente con una vía venosa periférica, la administración de fármacos debe ser seguida de líquido en bolo (goteo "a chorro" en adultos; 3 a 5 mL en niños pequeños) para inyectar el fármaco en la circulación central. En un paciente sin una vía intravenosa o intraósea, puede darse naloxona, atropina y adrenalina, cuando está indicado, a través del tubo endotraqueal en dosis 2 a 2,5 veces mayores que la dosis IV. Durante la administración de un fármaco a través del tubo endotraqueal, debe interrumpirse brevemente la compresión.

²¹Dr. Pedro E. Nodal Leyva¹ Dr. Juan G. López Héctor² y Dr. Gerardo de La Llera Domínguez³. Paro cardiorespiratorio etiología/tratamiento .Parrafo 4.

²²N.Perales-Rodríguez de Viguri^aJ.L.PérezVela^aJ.A.Álvarez-Fernández^b

Fármacos de primera elección

El principal fármaco de primera línea utilizado en el paro cardíaco es:

- ✓ Adrenalina

La epinefrina puede administrarse en dosis de 1 mg IV cada 3 a 5 min. Tiene efectos alfa-adrenérgicos y beta-adrenérgicos combinados. Los efectos alfa-adrenérgicos pueden aumentar la presión diastólica coronaria, lo que aumenta la perfusión subendocárdica durante las compresiones torácicas. La adrenalina aumenta también la probabilidad de éxito de la desfibrilación. Sin embargo, los efectos beta-adrenérgicos pueden ser perjudiciales pues aumentan las demandas de oxígeno (en especial del corazón) y producen vasodilatación. No se recomienda la inyección intracardiaca de adrenalina pues, además de interrumpir la compresión precordial, puede provocar un neumotórax, la laceración de una arteria coronaria y un taponamiento cardíaco.²³

Puede darse amiodarona 300 mg si la desfibrilación no ha tenido éxito después de administrar adrenalina, seguida de 1 dosis de 150 mg. Esto también puede ser útil si hay recurrencia de TV o FV después de una desfibrilación exitosa; puede administrarse una dosis menor en 10 min seguida de una infusión continua. No está comprobado que esto mejore la supervivencia después del alta hospitalaria.

Una dosis única de 40 unidades de vasopresina, que tiene una duración de actividad de 40 min, puede ser una alternativa a la adrenalina (solo en adultos). Sin embargo, no es más eficaz que la adrenalina y, por lo tanto, ya no se recomienda en las pautas de la. Sin embargo, en el caso poco probable de una falta de adrenalina durante la RCP, puede sustituirse por vasopresina.

• ²³José Manuel Marín Morales , revista de ciencias de la universidad Pablo Olavide . Año 2012

Otros fármacos

Se pueden utilizar varios fármacos adicionales en casos especiales:

El **sulfato de atropina** es un fármaco vagolítico que aumenta la frecuencia cardíaca y la conducción a través del nodo auriculoventricular. Se administra en caso de bradiarritmias sintomáticas y bloqueo del nodo auriculoventricular de alto grado. Ya no se recomienda para asistolia o actividad eléctrica sin pulso.

No se recomienda el uso de **lidocaína** para el uso sistemático durante el paro cardíaco. Sin embargo, puede ser útil como una alternativa a la amiodarona para la FV o la TV que no responde a la desfibrilación (en niños) o después de la recuperación espontánea de la circulación tras una FV o una TV (en adultos).

La **fenitoína** puede utilizarse rara vez para el tratamiento de la FV o la TV, pero sólo cuando ésta se debe a toxicidad por digital y es refractaria a otros fármacos. Se administra una dosis de 50 a 100 mg/min cada 5 min hasta que mejore el ritmo o hasta que se alcance una dosis total de 20 mg/kg.²⁴²⁵

Conclusión de la reanimación

Debe continuarse la RCP hasta que el sistema cardiopulmonar esté estabilizado, se decrete la muerte del paciente, o hasta que un reanimador único no sea físicamente capaz de continuar. Si se cree que el paro cardíaco se debe a una hipotermia, se debe continuar la RCP hasta que el cuerpo se recaliente y llegue a 34° C.

²⁵ José Manuel Marín Morales , revista de ciencias de la universidad Pablo Olavide año 2012 .pag 2

La decisión de suspender la reanimación es clínica, y los médicos tienen en cuenta la duración del paro, la edad del paciente, y el pronóstico de las condiciones médicas subyacentes. La decisión se toma cuando no se ha establecido circulación espontánea después de que se han realizado medidas de RCP y ACLS. En pacientes intubados, un dióxido de carbono al final de la espiración (ETCO₂) < 10 mmHg es un signo de mal pronóstico.

APARTADO III

ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO

El servicio de medicina de urgencias del hospital central está conformado por varias unidades y sectores, cada lugar tiene determinado personal de enfermería, médicos y kinesiólogos, también como otros especialistas de otros servicios (cirugía nutrición cardiología salud mental)

Boxes Amarillos:

Los boxes amarillos son 12 boxes cada uno equipado con su monitor multiparamétrico y dos camillas, a veces una cama y una camilla, destinados a todos esos pacientes que requieren atención rápida pero que no están en riesgo inminente de vida. Estos pacientes generalmente son traídos desde triaje donde el enfermero a cargo ya los ha controlado y ha decidido que su atención no puede esperar más de diez minutos, generalmente otro enfermero recibe al paciente, lo ubica en los boxes y se lo presenta al médico a cargo de la guardia en ese momento: motivo de consulta y síntomas es lo que se le informa al médico, sin olvidar su nombre y apellido. Una vez ubicado en el boxes volvemos a controlar los signos vitales del paciente e informamos al médico, el médico hace la entrevista y prescribe el tratamiento necesario. Como enfermeros otro de nuestro papel fundamental es administrar el tratamiento indicado al paciente, realizar una canalización para poder administrarlo y a veces otras técnicas como electrocardiograma sondaje vesical o sondaje nasogástrico. Entre los errores más comunes por parte de enfermería , en especial personal nuevo se encuentran los siguientes : no corroborar la indicación médica del paciente con el nombre del paciente en si los **5 correctos** (paciente correcto , medicación correcta , hora y fecha correcta , dosis correcta , vía de administración correcta) , no preguntar otra vez la indicación del médico , por falta de seguridad o timidez , eso llevara a que a veces no se administre el tratamiento adecuado , no respetar las técnicas

asépticas al momento de hacer una técnica como la canalización de una vena , a veces entre medio de los apuros y la urgencias no hacemos un correcto lavado de manos o una correcta asepsia de la zona de punción de la piel del paciente , esto nos lleva problemas futuros , como infecciones asociadas a catéter , tromboflebitis , etc. , lo mismo ocurre si se realiza mal la técnica de colocación de sondaje vesical , realizarla de manera incorrecta puede ocasionar una falsa sonda o infecciones futuras. En guardia suelen suceder estos errores por el ritmo que de por si se lleva, por eso es importante la capacitación del enfermero y la guía de los enfermeros más experimentados, al personal de salud nuevo. En estos boxes tenemos pacientes leves desde dolores abdominales o lumbalgias, hasta pacientes más severos como pacientes cursando una cetoacidosis diabética o un IAM. La atención rápida y especializada a estos pacientes por parte del personal de enfermería puede salvarles la vida.

Boxes Respiratorios:

Este sector consta con 5 boxes destinados a todos los pacientes con patologías respiratorias. En este sector al igual que en los boxes amarillos, el enfermero cumple un papel importante en la atención y clasificación del paciente. El control de signos vitales y la valoración del paciente es clave, principalmente la saturación de oxígeno, en general estos pacientes ingresan con dificultad para respirar, a veces no lo exponen superficialmente , por eso como enfermeros debemos controlar a los pacientes lo mas antes posible , un paciente que ya llega al hospital desaturando y no recibe atención y suplemento de oxígeno hará trabajar de mas a sus pulmones y empeorara el cuadro cada vez mas llevando al paciente a riesgo de vida . Entonces debemos, controlar al paciente, administrar oxígeno suplementario si el paciente lo requiere, notificar al médico del estado del paciente y realizar las demás acciones de enfermería, colocación de vía periférica y las demás técnicas que requiera. En estos boxes a veces se suele complicar la atención del paciente, porque no solo se trata una patología, si no que con la

aparición del virus SARS COVID -19, los pacientes ingresaban con alguna enfermedad de base como, por ejemplo: una insuficiencia cardíaca, cetoacidosis diabética o pacientes cursando un infarto, que además con positivos para covid, es decir atender una urgencia, agravada por el virus. Es muy importante en estos momentos como enfermeros, que por más, nos tomemos el tiempo de colocarnos de forma correcta el EPP (equipo de protección personal) que consta de: barbijo N95, barbijo quirúrgico, gafas o máscaras de protección facial, blusón, botas quirúrgicas y doble par de guantes . El error más común que puede verse en la urgencia al tratar a estos pacientes, es no colocarse el EPP completo. Por eso el cuidado de nosotros mismos es prioridad antes la atención correcta de un paciente.

Boxes Rojos y S. Room:

Estos sectores son los de más alta complejidad, aquí se lleva a cabo la atención de urgencias con riesgo de vida inminente para el paciente. Es donde se viven mayor niveles de estrés, donde ingresan pacientes de forma particular, con ambulancia o derivados de los sectores de menor complejidad. Aquí la recepción del paciente y su monitoreo son de mucha importancia ya que tardarse en estos ítems puede llevar a la muerte del mismo. Lo primero que se hace al recibir al paciente es conectarlo al monitor multiparamétrico y controlar signos vitales, verificar que tenga un acceso venoso permeable si no lo tiene realizarlo en carácter de urgencia y de preferencia una vena de gran calibre, dar aviso a médico de guardia si no se encuentra en el momento y estar atento a sus indicaciones. En estas situaciones la comunicación y el trabajo en equipo son clave.

El tratamiento intensivo en guardia puede hacerse necesario en pacientes con los siguientes cuadros clínicos:

1. Insuficiencia respiratoria.

2. Coma profundo por traumatismo cerebral, operaciones o enfermedades cerebrales descompensaciones metabólicas agudas.

3. Complicaciones post-operatorias, trastornos de la coagulación.

4. Después de intervenciones quirúrgicas sobre el corazón.

5. Graves trastornos del metabolismo hidroelectrolítico y del equilibrio ácido-base.

6. Hemorragias del aparato digestivo.

7. Insuficiencia renal aguda.

8. Cuadros de choque de etiología muy variable.

9. Lesiones traumáticas muy graves.

10. Quemaduras.

11. Tétanos.

12. Intentos de suicidios

13. Enfermedades cardiovasculares agudas (infarto de miocardio, enfermedades pulmonares descompensadas descompensadas, trastornos peligrosos del ritmo, embolia pulmonar).

14. Hipotermia e hipertermia.

15. Después de resucitaciones.

16. Traumatismos por accidente vial o golpiza

Esta lista de indicaciones no es completa y se tomará sólo como una pauta de orientación. La indicación del tratamiento intensivo se decidirá en cada caso después de una discusión crítica entre los médicos encargados del tratamiento.

No obstante, es obvio que carece de sentido iniciar una atención intensiva en un moribundo con una enfermedad incurable, por ejemplo, con un tumor maligno en avanzado grado de evolución. Estos pacientes no hacen sino sobrecargar la unidad y es ahí donde se discute si ese paciente recibe ese tipo de atención o no, sin que por otra parte existan vías terapéuticas que puedan llevarla éxito y justifiquen el costo material y el esfuerzo personal que requiere cada uno de ellos. No es tampoco fácil establecer los límites a favor o en contra de la atención y el tratamiento en estos pacientes. Pero se debe hacer todo lo posible para actuar de la manera más rápida y eficaz independientemente de todos estos factores.

CAPITULO II: Diseño Metodológico

TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio se considera de carácter **descriptivo**, ya que a través del cual se busca realizar un análisis y descripción del grado de conocimiento del personal de enfermería, con el que se enfrentan a su primer trabajo en el sector de medicina de urgencia, en el año 2021.

ENFOQUE

Tal descripción le da a la investigación un enfoque de tipo **cuantitativo**, ya que a través del cual se busca medir en porcentajes aquellas respuestas obtenidas de la investigación, pudiendo así obtener como resultados datos más específicos. También posee un enfoque **transversal**, ya que la investigación se centra únicamente en el año 2021; lo que a su vez le da un enfoque **retrospectivo**.

AREA DE ESTUDIO

Servicio de guardia médica del Hospital Central.

POBLACION O UNIVERSO

Se considera como universo a todo el personal de enfermería del servicio de guardia del Hospital Central.

MUESTRA

Se toma como muestra a su totalidad, el cual corresponde a 53 enfermeros.

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

Se incluye en la presente investigación únicamente al personal que desempeña funciones de enfermería en el servicio de guardia médica del Hospital Central, durante el periodo del año 2021. Por ende queda excluido todo personal médico, de kinesiología, de maestranza, y personal enfermero que no se encuentre activo laboralmente durante el periodo establecido (año 2021).

TECNICAS E INSTRUMENTOS EN RECOLECCION DE DATOS

Para la recolecta de datos se decidió armar encuestas de carácter anónimo y repartirlas entre el personal de enfermería que se encuentra actualmente trabajando en el sector de urgencias, más específicamente en el sector de guardia del Hospital Central.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

| VARIABLES | TIPO | CARACTER | DIMENSION | INDICADORES |
|---|-------------|-----------------|---|--------------------|
| Caracterización del personal nuevo del antiguo. | Ordinal | Independiente | Incorporación entre el año 2020-2021 | Si |
| | | | | No |
| Estado anímico del personal nuevo. | Nominal | Dependiente | Apoyo recibido por colegas con mayor experiencia | Si |
| | | | | No |
| | | | | A veces |
| | Nominal | Dependiente | Sentimiento de soledad frustración en el ámbito laboral | Si |
| | | | | No |
| | | | | A veces |
| Nominal | Dependiente | Desprecio por | Si | |

| | | | | |
|---|---------|-------------|--|---------|
| | | | parte de colegas | No |
| | | | | A veces |
| | | | | |
| | Nominal | Dependiente | Angustia o tristeza al salir de trabajar | Si |
| | | | | No |
| | | | | A veces |
| | Nominal | Dependiente | Personal conforme y/o feliz en su ámbito laboral | Si |
| | | | | No |
| | | | | A veces |
| Dificultades técnicas de los nuevos enfermeros. | Nominal | Dependiente | Personal que ya sabía previamente como desenvolverse | Si |
| | | | | No |
| | | | | A veces |
| | Nominal | Dependiente | Los conocimientos adquiridos durante la formación profesional fueron suficientes | Si |
| | | | | No |
| | | | | A veces |
| | Nominal | Dependiente | Personal que se siente capacitado para manejar una urgencia | Si |
| | | | | No |
| | | | | A veces |
| | Nominal | Dependiente | Personal que se capacita fuera del horario laboral | Si |
| | | | | No |
| | | | | A veces |
| | Nominal | Dependiente | Saber realización de ECG | Si |
| | | | | No |
| | Nominal | Dependiente | Conocimiento de la ubicación del material en el | Si |
| | | | | No |

| | | | | |
|--|---------|-------------|---------------|---------|
| | | | servicio | A veces |
| | Nominal | Dependiente | Saber dar RCP | Si |
| | | | | No |

ASPECTOS ETICOS Y LEGALES

Al comienzo de cada encuesta se le aclara de forma específica al personal que va a responderlas, que la encuesta es totalmente anónima, y de carácter opcional; siendo así voluntaria para quienes deseen colaborar con la investigación y discreta ya que no se guardaran sus datos.

CAPITULO III: Resultados, discusión y propuestas.

A continuación se presentaran los resultados obtenidos:

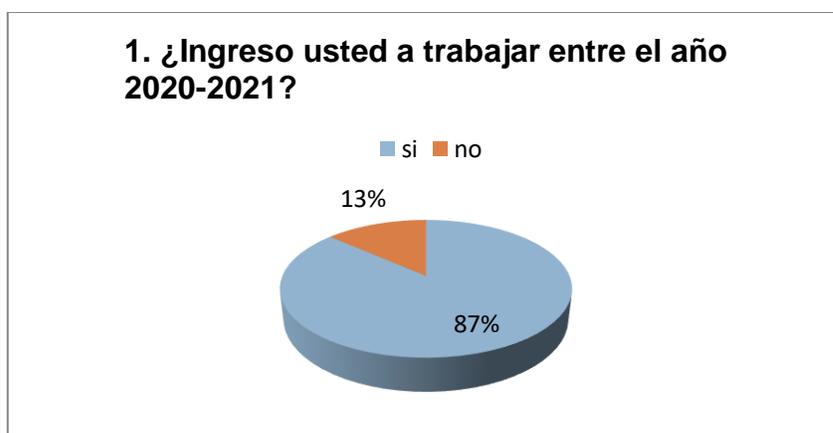
TABLA N°1

La siguiente tabla hace referencia a la cantidad del personal de enfermería, del sector de guardia, que ingreso a trabajar durante el año 2020-2021.

| ¿Ingreso usted a trabajar entre el año 2020-2021? | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa | Frecuencia Relativa Porcentual (%) |
|---|---------------------|---------------------|------------------------------------|
| si | 46 | 0.87% | 87% |
| no | 7 | 0.13% | 13% |
| TOTAL | 53 | 1 | 100% |

FUENTE: Datos obtenidos de una encuesta realizada en guardia del Hospital Central, 2022.

GRAFICO N°1



NOTA: Según los datos recolectados, el 87% del total de los enfermeros del sector establecido, han ingresado durante el año 2020-2021, por ende se puede destacar que la gran mayoría del personal era nuevo.

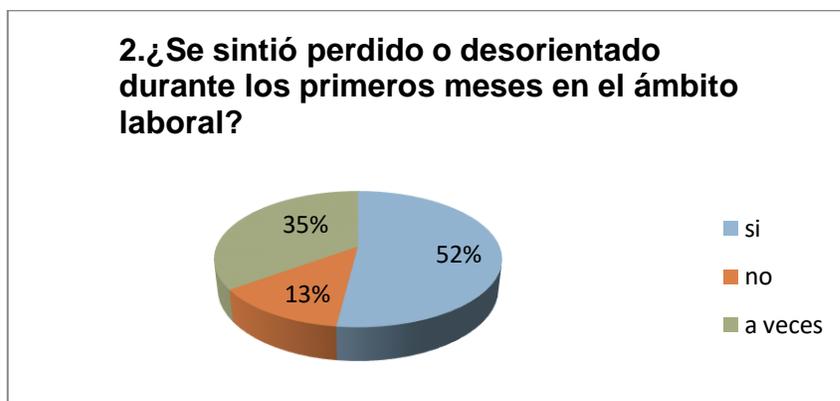
TABLA N°2

La siguiente tabla hace referencia a la cantidad del personal nuevo de enfermería que se sintió perdido o desorientado durante los primeros meses de trabajo.

| ¿Se sintió perdido o desorientado durante los primeros meses en el ámbito laboral? | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa | Frecuencia Relativa Porcentual (%) |
|--|---------------------|---------------------|------------------------------------|
| si | 24 | 0.52% | 52% |
| no | 6 | 0.13% | 13% |
| a veces | 16 | 0.35% | 35% |
| TOTAL | 46 | 1 | 100% |

FUENTE: Datos obtenidos de una encuesta realizada en guardia del Hospital Central, 2022.

GRAFICO N°2



NOTA: Dado los siguientes porcentajes, se puede establecer que más de la mitad del total del personal dijo sentirse perdido durante los primeros meses laborales.

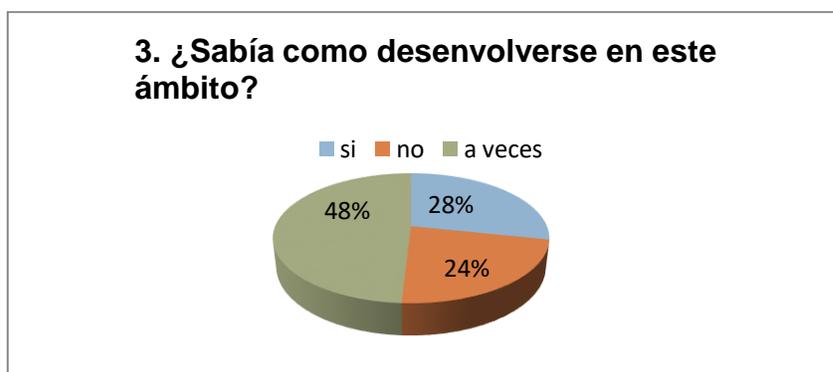
TABLA N°3

La siguiente tabla hace referencia a la cantidad del personal de enfermería, del sector de guardia, que ingreso a trabajar sabiendo desenvolverse en el ámbito laboral, el que solo en ocasiones, y directamente el que no sabía cómo desenvolverse.

| ¿Sabía cómo desenvolverse en este ámbito? | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa | Frecuencia Relativa Porcentual (%) |
|---|---------------------|---------------------|------------------------------------|
| si | 13 | 0.28 | 28% |
| no | 11 | 0.24 | 24% |
| a veces | 22 | 0.48 | 48% |
| TOTAL | 46 | 1 | 100% |

FUENTE: Datos obtenidos de una encuesta realizada en guardia del Hospital Central, 2022.

GRAFICO N°3



NOTA: Los resultados muestran que, el mayor porcentaje del personal sabía desenvolverse en algunas ocasiones, mientras que en otras no tanto (solo a veces).

TABLA N°4

La siguiente tabla hace referencia a la cantidad del personal de enfermería, del sector de guardia, que tuvieron apoyo o no por parte de sus colegas más antiguas al ingresar a trabajar.

| ¿Tuvo apoyo de sus colegas con mayor experiencia, al comenzar a trabajar? | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa | Frecuencia Relativa Porcentual (%) |
|---|---------------------|---------------------|------------------------------------|
| si | 34 | 0.74 | 74% |
| no | 2 | 0.04 | 4% |
| a veces | 10 | 0.22 | 22% |
| TOTAL | 46 | 1 | 100% |

FUENTE: Datos obtenidos de una encuesta realizada en guardia del Hospital Central, 2022.

GRAFICO N°4



NOTA: A través de las respuestas dadas y los porcentajes calculados, se puede resaltar que el 74% del nuevo personal, si recibió ayuda por parte de sus colegas.

TABLA N°5

La siguiente tabla hace referencia a la cantidad del personal de enfermería, del sector de guardia, que en algún momento se sintió solo o frustrado en el ámbito de trabajo.

| ¿En algún momento se sintió solo o frustrado en el ámbito laboral? | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa | Frecuencia Relativa Porcentual (%) |
|--|---------------------|---------------------|------------------------------------|
| si | 21 | 0.46 | 46% |
| no | 9 | 0.19 | 19% |
| a veces | 16 | 0.35 | 35% |
| TOTAL | 46 | 1 | 100% |

FUENTE: Datos obtenidos de una encuesta realizada en guardia del Hospital Central, 2022.

GRAFICO N°5



NOTA: Los resultados muestran que en su mayoría el personal se ha sentido solo/frustrado en su ámbito de trabajo, ya sea la mayor parte del tiempo o en ocasiones.

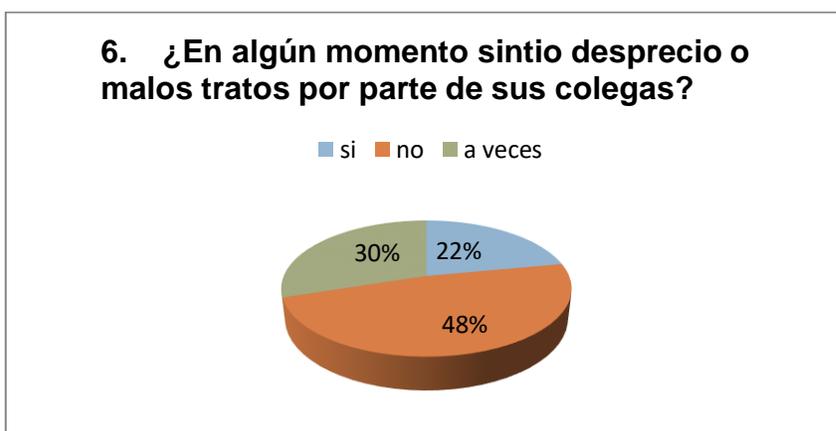
TABLA N°6

La siguiente tabla hace referencia a la cantidad del personal de enfermería, del sector de guardia, que en algún momento se ha sentido despreciado o maltratado, por parte de sus compañeros de trabajo.

| ¿En algún momento sintió desprecio o malos tratos por parte de sus colegas? | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa | Frecuencia Relativa Porcentual (%) |
|---|---------------------|---------------------|------------------------------------|
| si | 10 | 0.22 | 22% |
| no | 22 | 0.48 | 48% |
| a veces | 14 | 0.30 | 30% |
| TOTAL | 46 | 1 | 100% |

FUENTE: Datos obtenidos de una encuesta realizada en guardia del Hospital Central, 2022.

GRAFICO N°6



NOTA: A través del grafico podemos ver plasmados los porcentajes, y notar que por lo menos la mitad de los enfermeros nuevos, fue despreciado o tratado de una forma no adecuada, por parte de sus colegas, ya sea en pocas ocasiones, o de formas repetitivas.

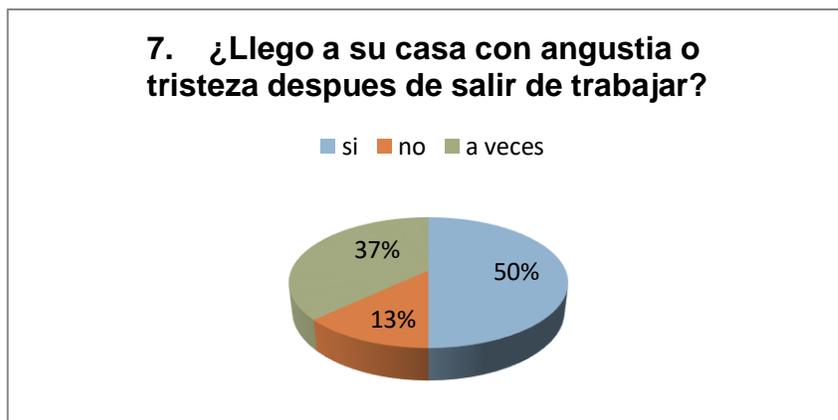
TABLA N°7

La siguiente tabla hace referencia a la cantidad del personal de enfermería, del sector de guardia, que ha llegado a su casa angustiado o con tristeza al final de su guardia laboral.

| ¿Llego a su casa con angustia o tristeza después de salir de trabajar? | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa | Frecuencia Relativa Porcentual (%) |
|--|---------------------|---------------------|------------------------------------|
| si | 23 | 0.50 | 50% |
| no | 6 | 0.13 | 13% |
| a veces | 17 | 0.37 | 37% |
| TOTAL | 46 | 1 | 100% |

FUENTE: Datos obtenidos de una encuesta realizada en guardia del Hospital Central, 2022.

GRAFICO N°7



NOTA: Según los resultados arrojados y plasmados en el gráfico, se puede verificar que la mitad de los enfermeros refirió haber padecido estos sentimientos al terminar su día de trabajo, y otro gran porcentaje admitió haber experimentado estas emociones solo algunas veces.

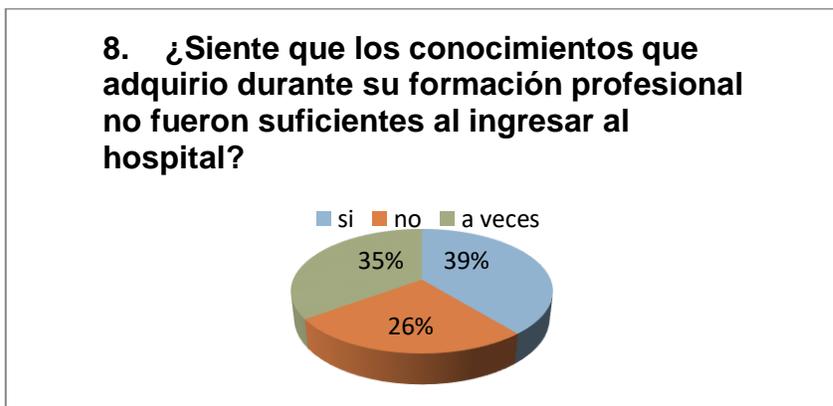
TABLA N°8

La siguiente tabla hace referencia a la cantidad del personal de enfermería, del sector de guardia, que considera que sus conocimientos adquiridos en su formación profesional, fueron o no suficientes al ingresar al ámbito laboral.

| ¿Siente que los conocimientos que adquirió durante su formación profesional no fueron suficientes al ingresar al hospital? | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa | Frecuencia Relativa Porcentual (%) |
|--|---------------------|---------------------|------------------------------------|
| si | 18 | 0.39 | 39% |
| no | 12 | 0.26 | 26% |
| a veces | 16 | 0.35 | 35% |
| TOTAL | 46 | 1 | 100% |

FUENTE: Datos obtenidos de una encuesta realizada en guardia del Hospital Central, 2022.

GRAFICO N°8



NOTA: Los resultados revelan que gran parte del personal refiere que los conocimientos adquiridos no fueron suficientes para poder aplicarlos en su ámbito de trabajo, y otro porcentaje importante manifestó que solo a veces o en ocasiones determinadas no fueron suficientes .

TABLA N°9

La siguiente tabla hace referencia a la cantidad del personal de enfermería, del sector de guardia, que se siente o no capacitado para afrontar una urgencia.

| ¿Se siente capacitado para manejar una urgencia? | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa | Frecuencia Relativa Porcentual (%) |
|--|---------------------|---------------------|------------------------------------|
| si | 19 | 0.41 | 41% |
| no | 10 | 0.22 | 22% |
| a veces | 17 | 0.37 | 37% |
| TOTAL | 46 | 1 | 100% |

FUENTE: Datos obtenidos de una encuesta realizada en guardia del Hospital Central, 2022.

GRAFICO N°9



NOTA: Según se ve reflejado en el grafico, casi la mayor parte del personal, excepto el 22%, se siente capacitado para desenvolverse en una urgencia, aunque no en todas las ocasiones, ya que un 37% de los enfermeros manifestó sentirse preparado solo algunas veces.

TABLA N°10

La siguiente tabla hace referencia a la cantidad del personal de enfermería, del sector de guardia, que en horario no laboral, estudia y se informa sobre su servicio y las patologías a tratarse.

| ¿Cuando no trabaja, estudia sobre su servicio, las patologías que trata y su abordaje? | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa | Frecuencia Relativa Porcentual (%) |
|--|---------------------|---------------------|------------------------------------|
| si | 16 | 0.35 | 35% |
| no | 10 | 0.22 | 22% |
| a veces | 20 | 0.43 | 43% |
| TOTAL | 46 | 1 | 100% |

FUENTE: Datos obtenidos de una encuesta realizada en guardia del Hospital Central, 2022.GRAFICO N°10



NOTA: Se puede ver a través de la respuesta de los enfermeros, que un 35% sigue estudiando sobre las patologías que trata a diario en su trabajo, y un 43% refirió hacerlo en ocasiones; dando así un gran porcentaje de personal que indaga y busca informarse mas sobre su ámbito y lo que esto conlleva.

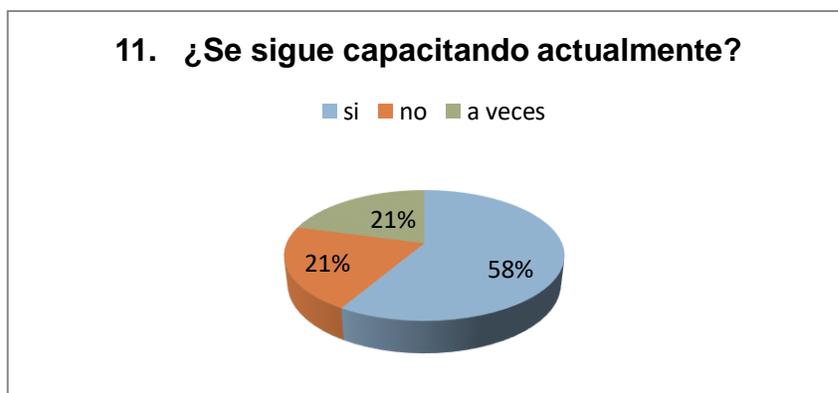
TABLA N°11

La siguiente tabla hace referencia a la cantidad del personal de enfermería, del sector de guardia, que se sigue capacitando hoy en día.

| ¿Se sigue capacitando actualmente? | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa | Frecuencia Relativa Porcentual (%) |
|------------------------------------|---------------------|---------------------|------------------------------------|
| si | 26 | 0.56 | 56% |
| no | 10 | 0.22 | 22% |
| a veces | 10 | 0.22 | 22% |
| TOTAL | 46 | 1 | 100% |

FUENTE: Datos obtenidos de una encuesta realizada en guardia del Hospital Central, 2022.

GRAFICO N°11



NOTA: El 58% del personal de guardia sigue capacitándose, y el 21% en ocasiones lo hace; en general son más los enfermeros que se capacita, comparado a los que no lo hacen.

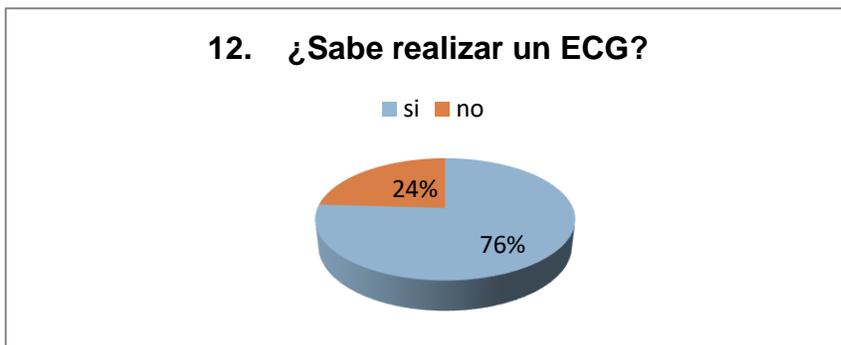
TABLA N°12

La siguiente tabla hace referencia a la cantidad del personal de enfermería, del sector de guardia, que sabe o no realizar ECG.

| ¿Sabe realizar ECG? | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa | Frecuencia Relativa Porcentual (%) |
|---------------------|---------------------|---------------------|------------------------------------|
| si | 35 | 0.76 | 76% |
| no | 11 | 0.24 | 24% |
| TOTAL | 46 | 1 | 100% |

FUENTE: Datos obtenidos de una encuesta realizada en guardia del Hospital Central, 2022.

GRAFICO N°12



NOTA: Según los resultados obtenidos, más de la mitad de los enfermeros sabe cómo realizar un ECG.

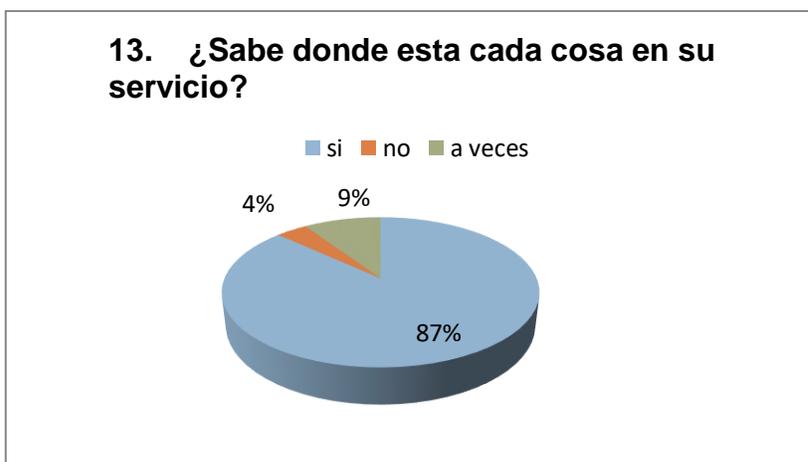
TABLA N°13

La siguiente tabla hace referencia a la cantidad del personal de enfermería, del sector de guardia, que sabe donde está ubicada cada cosa en su servicio.

| ¿Sabe donde esta cada cosa en su servicio? | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa | Frecuencia Relativa Porcentual (%) |
|--|---------------------|---------------------|------------------------------------|
| si | 40 | 0.87 | 87% |
| no | 2 | 0.04 | 4% |
| a veces | 4 | 0.09 | 9% |
| TOTAL | 46 | 1 | 100% |

FUENTE: Datos obtenidos de una encuesta realizada en guardia del Hospital Central, 2022.

GRAFICO N°13



NOTA: Los resultados dejan reflejado que solo el 4% del personal, no sabe donde se ubica cada material de su servicio, ya que gran parte manifestó si saberlo.

TABLA N°14

La siguiente tabla hace referencia a la cantidad del personal de enfermería, del sector de guardia, que sabe realizar RCP y la que no.

| ¿Sabe dar RCP? | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa | Frecuencia Relativa Porcentual (%) |
|----------------|---------------------|---------------------|------------------------------------|
| si | 43 | 0.93 | 93% |
| no | 3 | 0.06 | 6% |
| TOTAL | 46 | 0.99 | 99% |

FUENTE: Datos obtenidos de una encuesta realizada en guardia del Hospital Central, 2022.

GRAFICO N°14



NOTA: Solo el 6% del total de personal (3 enfermeros) dijeron no saber dar RCP.

TABLA N°15

La siguiente tabla hace referencia a la cantidad del personal de enfermería, del sector de guardia, que se siente o no, feliz en su servicio.

| ¿Se siente conforme y feliz en su ámbito laboral? | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa | Frecuencia Relativa Porcentual (%) |
|---|---------------------|---------------------|------------------------------------|
| si | 28 | 0.61 | 61% |
| no | 2 | 0.04 | 4% |
| a veces | 16 | 0.35 | 35% |
| TOTAL | 46 | 1 | 100% |

FUENTE: Datos obtenidos de una encuesta realizada en guardia del Hospital Central, 2022.

GRAFICO N°15



NOTA: Más del 50% del personal enfermero de guardia, manifestó sentirse feliz y muy a gusto en su servicio, y solo un pequeño porcentaje (4%) dijo lo contrario.

RESUMEN DE LOS RESULTADOS MÁS RELEVANTES E INTERPRETACIÓN DE LOS MISMOS.

Respecto a los datos obtenidos mediante la encuesta realizada a los enfermeros del sector de guardia del Hospital Central, podemos ver y valorar varios aspectos: como por ejemplo que la gran mayoría del personal enfermero que actualmente se encuentra trabajando, ha ingresado al hospital (por ende al servicio) en época de pandemia; siendo necesario también destacar que gran parte de ese personal, solo “a veces o en ocasiones” sabían cómo desenvolverse o hacerle frente al labor diario. Si bien gran parte admitió que los conocimientos que traían previamente, o sea los adquiridos durante sus estudios de formación profesional, no fueron los suficientes, se ha podido observar que también refirieron seguir capacitándose continuamente, y no solo a base de meta personal sino que también para conocer más acerca de los abordajes del servicio y las patologías más frecuentes, siendo esto sumamente beneficioso para el paciente, ya que mientras más capacitado se encuentra el personal, mejor será la atención que se brindara, y mayor la satisfacción/ seguridad del paciente.

A pesar de no haber sentido esa total desenvoltura en el ámbito laboral, se puede observar que el personal ha puesto gran parte de sí mismo, para adquirir esos nuevos conocimientos a los que tenían la obligación de hacerle frente en esta época tan difícil para todos de pandemia. Al día de la fecha puede observarse, que son muy escasos aquellos que no aprendieron a manejarse en una urgencia, dar RCP, o realizar un ECG, ya que fueron las actividades con más frecuencia realizadas en el servicio en cuestión.

En cuanto al nivel emocional, respecto a esta situación dada, no fue muy bueno; ya que gran parte del personal manifestó haber llegado a su hogar angustiado, y un gran porcentaje de ellos hizo referencia al haber padecido sentimiento de frustración y soledad en el ámbito laboral. Paralelamente a estos resultados, fueron varios los enfermeros que admitieron haber recibir apoyo en

este comienzo. Esto hace referencia a que por más apoyo recibido por parte de sus colegas, el sentimiento de frustración y soledad no dejaba de hacerse presente. A pesar de esta situación vivida, la mayoría del personal enfermero aseguro sentirse feliz en su ámbito laboral.

Con estos resultados se puede concluir que mas allá de haber sido duro el comienzo de pandemia y a su vez, el enfrentamiento al ingreso laboral, el resultado que se está obteniendo es optimo.

PROPUESTAS DE ACCIÓN DE ACUERDO A LOS RESULTADOS Y A LOS OBJETIVOS DE ESTUDIO O APERTURA A NUEVOS INTERROGANTES Y CONJETURAS.

Analizando la situación dada, vemos conveniente la idea de sugerir charlas de continua capacitación, sobre todo para aquel personal de enfermería que ingresa nuevo al servicio, asegurándonos así que tengan una pequeña base u orientación de cómo se maneja el sector del que comienzan a formar parte. Además de eso, es conveniente la capacitación permanente del personal enfermero (en general) para unificar conceptos, y a través de estos ocasionar una misma forma de trabajar, evitando al mismo tiempo conflictos entre el grupo de trabajo.

En cuanto al nivel emocional del personal, se ha observado un déficit en este aspecto, la mayoría ha llegado en más de una ocasión frustrado a su hogar, o ha padecido sentimiento de soledad o tristeza en su ámbito de trabajo, lo que no vemos conveniente, ya que esto se puede ver reflejado directamente en la atención que reciba el paciente o el trato que haya a nivel grupal entre compañeros. Pese a esto vemos apropiado que el Hospital pueda brindarle a su personal charlas a nivel individual o grupal de apoyo psicológico, en las que quien quiera acceder a este beneficio pueda hacerlo, y tratar sus miedos, inseguridades o sentimientos ocasionados en su enfrentamiento al nivel laboral. Ya sean individuales o grupales, ambas nos parecen beneficiosas para la salud emocional de quienes cuidan también la salud de otros seres humanos.

APÉNDICE Y ANEXOS

INSTRUMENTO UTILIZADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS: “ENCUESTA”

1. ¿Ingreso usted a trabajar entre el año 2020-2021?
 - si
 - no
2. ¿Se sintió perdido o desorientado durante los primeros meses en el ámbito laboral?
 - si
 - no
 - a veces
3. ¿Sabía cómo desenvolverse en este ámbito?
 - si
 - no
 - a veces
4. ¿Tuvo apoyo de sus colegas con mayor experiencia, al comenzar a trabajar?
 - si
 - no
 - a veces
5. ¿En algún momento se sintió solo o frustrado en el ámbito laboral?
 - si
 - no
 - a veces
6. ¿En algún momento sintió desprecio o malos tratos por parte de sus colegas?
 - si
 - no
 - a veces
7. ¿Llego a su casa con angustia o tristeza después de salir de trabajar?
 - si
 - no
 - a veces

8. ¿Siente que los conocimientos que adquirió durante su formación profesional no fueron los suficientes al ingresar al hospital?
- si
 - no
 - a veces
9. ¿Se siente capacitado para manejar una urgencia?
- si
 - no
 - a veces
10. ¿Cuando no trabaja, estudia sobre su servicio, las patologías que trata y su abordaje?
- si
 - no
 - a veces
11. ¿Se sigue capacitando actualmente?
- si
 - no
 - a veces
12. ¿Sabe realizar ECG?
- si
 - no
13. ¿Sabe donde esta cada cosa en su servicio?
- si
 - no
 - a veces
14. ¿Sabe dar RCP?
- si
 - no
15. ¿Se siente conforme y feliz en su ámbito laboral?
- si
 - no
 - a veces

TABLA MATRIZ

| Encuestados | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 | P7 | P8 | P9 | P10 | P11 | P12 | P13 | P14 | P15 |
|-------------|----|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-----|---------|-----|---------|
| 1 | si | si | no | si | no | si | no | no | a veces | si | no | no | a veces | si | a veces |
| 2 | si | si | no | a veces | a veces | si | a veces | a veces | a veces | no | a veces | si | si | si | si |
| 3 | si | no | si | si | a veces | a veces | a veces | si | a veces | si | no | si | si | si | si |
| 4 | si | si | a veces | a veces | no | no | si | no | si | a veces | no | si | si | si | si |
| 5 | si | a veces | si | si | si | a veces | si | a veces | si | no | si | si | si | si | a veces |
| 6 | si | si | a veces | si | si | si | si | a veces | no | a veces | si | si | si | si | si |
| 7 | si | si | no | a veces | a veces | a veces | a veces | no | si | si | si | no | si | si | a veces |
| 8 | si | a veces | si | si | si | no | si | a veces | a veces | a veces | a veces | no | si | si | si |
| 9 | si | no | si | si | si | no | a veces | no | si | no | a veces | no | no | si | si |
| 10 | si | no | si | si | a veces | si | no | si | no | si | a veces | si | si | si | si |
| 11 | si | si | no | si | no | no | a veces | si | si | a veces | si | si | si | si | a veces |
| 12 | si | si | a veces | a veces | si | si | si | a veces | no | no | si | si | si | si | a veces |
| 13 | si | si | a veces | si | si | no | si | a veces | a veces | si | si | si | si | si | si |
| 14 | si | a veces | no | si | a veces | no | si | a veces | si | si | a veces | si | si | no | si |
| 15 | si | a veces | si | si | si | a veces | a veces | si | a veces | si | no | si | si | si | si |
| 16 | si | a veces | si | si | si | no | a veces | no | no | a veces | si | si | si | si | si |
| 17 | si | si | a veces | si | a veces | si | si | si | si | a veces |
| 18 | si | si | a veces | si | si | si | si | si | si | a veces | no | si | si | si | si |
| 19 | si | no | a veces | si | si | no | si | a veces | si | a veces | no | si | si | si | a veces |
| 20 | si | a veces | si | si | no | no | si | no | no | no | si | si | si | si | si |
| 21 | si | a veces | a veces | no | no | no | a veces | no | no | si | si | no | si | no | a veces |
| 22 | si | si | a veces | si | a veces | a veces | no | si | a veces | a veces | a veces | si | si | si | si |
| 23 | si | si | a veces | si | si | no | si | si | si | a veces | si | si | si | si | si |
| 24 | si | a veces | a veces | si | si | a veces | si | a veces | si | a veces | no | si | si | si | a veces |
| 25 | si | si | no | si | si | no | a veces | a veces | no | a veces | no | si | si | si | si |
| 26 | si | no | si | si | a veces | no | si | si | si | no | si | no | si | si | si |
| 27 | si | si | a veces | si | si | a veces | a veces | si | a veces | si | si | no | si | si | si |
| 28 | si | a veces | si | no | a veces | a veces | si | no | a veces | no | si | si | si | si | si |
| 29 | si | si | a veces | si | si | si | si | a veces | a veces | si | si | si | si | si | a veces |
| 30 | si | a veces | si | si | no | no | si | si | a veces | si | si | si | si | no | no |
| 31 | si | si | no | a veces | a veces | no | no | a veces | si | a veces | si | no | si | si | a veces |
| 32 | si | si | a veces | a veces | si | a veces | a veces | no | a veces | a veces | a veces | si | si | si | si |
| 33 | si | si | no | si | si | no | no | si | si | a veces | si | si | si | no | si |
| 34 | si | si | no | si | a veces | no | si | si | si | no | si | si | si | si | si |
| 35 | si | a veces | si | si | si | no | si | si | a veces | a veces | si | si | a veces | si | a veces |
| 36 | si | si | a veces | si | a veces | si | a veces | a veces | si | no | no | si | si | si | si |
| 37 | si | si | a veces | si | a veces | a veces | si | no | no | si | a veces | si | si | si | si |
| 38 | si | a veces | a veces | a veces | si | si | a veces | si | si |
| 39 | si | si | no | si | a veces | no | si | si | no | a veces | si | no | si | si | si |
| 40 | si | a veces | a veces | si | si | no | no | a veces | a veces | a veces | si | si | si | si | no |
| 41 | si | a veces | a veces | si | no | no | si | si | a veces | a veces | si | no | no | si | si |
| 42 | si | si | a veces | a veces | si | no | a veces | si | si | no | si | si | si | si | a veces |
| 43 | si | no | a veces | si | si | a veces | a veces | si | si | a veces | no | si | si | si | a veces |
| 44 | si | a veces | a veces | a veces | a veces | si | a veces | no | a veces | si | si | si | si | si | si |
| 45 | si | si | no | si | no | a veces | si | no | no | si | no | no | no | si | a veces |
| 46 | si | a veces | si | si | no | a veces | a veces | a veces | no | si | a veces | no | si | si | a veces |
| 47 | no | si | no | no | si | no | a veces | no | si | no | no | si | si | si | a veces |
| 48 | no | a veces | si | no | no | no | si | a veces | si | si | a veces | si | si | si | no |
| 49 | no | a veces | si | no | a veces | si | si | si | si | no | no | si | si | si | si |
| 50 | no | a veces | si | a veces | si | si | a veces | si | si | si | si | si | si | si | a veces |
| 51 | no | no | a veces | no | si | no | si | si | si | si | no | si | si | si | a veces |
| 52 | no | si | a veces | si | si | no | si | a veces | si | no | no | si | si | si | a veces |
| 53 | no | a veces | a veces | a veces | no | a veces | si | a veces | si | si | si | si | si | si | si |

BIBLIOGRAFIA

1. Dialnet . El triaje en los servicios de urgencia: papel de enfermería.
Autor María del Carmen Álvarez.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2891288>
2. Index de enfermería. Enfermería de practica avanzada para triage y la consulta finalista en la medicina de urgencias
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000100001
3. Control de signos vitales cap. Xv Sandra P. Penagos, Enf. de Urgencias Luz Dary Salazar, Enf. Coordinadora de Enfermería Fanny E. Vera, Enf. de Urgencias Fundación Cardioinfantil Bogotá.Pag 1
http://hectorfutbool.mex.tl/images/32235/Control_de_signos_vitales.pdf
4. Revista de enfermería: Revisando técnicas.<https://www.fundasamin.org.ar/archivos/Revisando%20T%C3%A9cnicas%20-%20Control%20de%20signos%20vitales.pdf>
5. Control de signos vitales cap. XV : PAG 2
6. Control de signos vitales cap. XV : PAG 2 Y 3
7. Control de signos vitales cap. XV PAG 4Y5
8. Paro cardiorespiratorio diagnostico etiología y tratamiento .Conceptos esenciales .Párrafo 1
9. Paro Cardiorespiratorio diagnostico, etiología y tratamiento. Etiología del paro cardiorespiratorio . Párrafo 2
10. Paro cardiorespiratorio , diagnostico , etología y tratamiento .Secuencia de reanimación básica . Párrafo 4 y 5
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932006000300019
11. Encuestas realizadas.