



Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima

**GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN A
PERSONAS RESUCITADAS A LA PARADA CARDIORESPIRATORIA
INTRAHOSPITALARIA**

Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la
Enfermería

Autor: Camilo Rodríguez Pérez

Cienfuegos, 2024



Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima

**GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN A
PERSONAS RESUCITADAS A LA PARADA CARDIORESPIRATORIA
INTRAHOSPITALARIA**

Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la
Enfermería

Autor: Camilo Rodríguez Pérez

Tutor: Dr. C. Osmany Alonso Ayala, PT

Dr. C. Yuliett Mora Pérez, PT

Cienfuegos, 2024

La magnitud de lo que logremos no depende de lo que tengamos para hacerlo, sino de las intenciones, de lo que sepamos hacer con lo que tenemos.

Ernesto Che Guevara de la Serna

AGRADECIMIENTOS

A la vida, por darme la oportunidad de haber nacido de una mujer extraordinaria, por la valentía de decidir por mi existencia y por la grandeza de madre, por la oportunidad de conocer la persona que ha sido el apoyo incondicional de mi desarrollo profesional, por ofrecerme el maravilloso destino de estudiar en la ciudad de Cienfuegos donde he crecido como profesional.

A todos los profesores que han confiado en mí y a los que algún momento no lo hicieron, por hacerme coincidir con mis compañeros.

A todos los amigos que han aportado en mi formación profesional y como ser humano.

A mis tutores la Dr. C. Yuliett Mora Pérez y el Dr. C. Osmany Alonso Ayala por la oportunidad de contar con su apoyo incondicional y su constancia en mi desarrollo profesional.

A todos los Doctores en Ciencia que han hecho realidad lo que un día comenzó con una conversación.

Por todo esto y por tener el privilegio de existir, le doy gracias a la vida.

DEDICATORIA

Al desarrollo de la Enfermería del Hospital Provincial Universitario Dr. Gustavo Aldereguia Lima.

SÍNTESIS

Se realizó una investigación I+D+i, se asume como diseño de la investigación un estudio cuali-cuantitativo en el Hospital Provincial Universitario Dr. Gustavo Aldereguia Lima de Cienfuegos, fundamentada en la integración de la Teoría de autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem y el modelo de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, apoyado desde el punto de vista metodológico en la triangulación metodológica realizada por el investigador. El objetivo fue diseñar un modelo de gestión del cuidado de Enfermería para la atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria en el Hospital Provincial Universitario Dr. Gustavo Aldereguia Lima de Cienfuegos. Se emplearon técnicas cualitativas y cuantitativas que permitió el análisis de la variable del cuidado de Enfermería para la atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria donde se determinó insuficiencias en la figura de las personas como cuidado, situación enfermera, que conduce a la apelación de cuidado y los cuidados participativos. Estas dimensiones y los elementos que integran el cuidado de Enfermería para la atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria permitieron realizar el diseño del modelo. Las formas de superación aplicadas permitieron transformar la gestión del cuidado de Enfermería para la atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria.

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I. REFERENTES TEÓRICOS QUE SUSTENTAN LA GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS RESUCITADAS A LA PARADA CARDIORESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA.....	11
1.1 Antecedentes del cuidado de Enfermería en la atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria.....	11
1.2 Gestión del cuidado de Enfermería en la atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria.....	20
1.3 Acercamiento teórico como sustento del proceso de cuidado a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria.....	26
1.4 El proceso de atención de Enfermería en la percepción de la gestión del cuidado de Enfermería en la atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria.....	42
CAPÍTULO II. CARACTERIZACIÓN DEL ESTADO ACTUAL DE LA GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS RESUCITADAS A LA PARADA CARDIORESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA	46
2.1 Parametrización de la variable gestión del cuidado de Enfermería para la atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria.....	46
2.2 Procedimientos metodológicos para caracterizar el estado actual de la gestión del cuidado de Enfermería para la atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria.....	52
2.3 Caracterización de la gestión del cuidado de Enfermería para la atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria.....	62
2.4 Análisis de los resultados.....	63

CAPÍTULO III. MODELO DE GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS RESUCITADAS A LA PARADA CARDIORESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA.....	70
3.1 Fundamentos del modelo de gestión del cuidado de Enfermería para la atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria	70
3.2 Estructura del modelo de gestión del cuidado de Enfermería para la atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria.....	73
3.3 Valoración del modelo de gestión del cuidado de Enfermería para la atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria.....	87
CONCLUSIONES.....	91
RECOMENDACIONES.....	92
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

Abreviatura	Significado
PCR	Parada cardiorespiratoria
SVB	Soporte vital básico
SVA	Soporte vital avanzado
FV	Fibrilación ventricular
RCP	Resucitación cardiopulmonar
AESP	Actividad eléctrica sin pulso
AHA	Asociación Americana del Corazón
ERC	Consejo Europeo de Resucitación
ARC	Consejo Australiano de Resucitación
RCSA	Consejo de Reanimación de África Meridional
HSFC	Fundación del Corazón y el Accidente Cerebrovascular de Canadá
CLAR	Consejo Latinoamericano de Resucitación
ILCOR	Comité Internacional de enlace sobre Reanimación
RCPC	Reanimación cardiopulmocerebral
SNC	Sistema nervioso central
PCI	Parada cardíaca intrahospitalaria
PCREH	Parada cardiorespiratoria extrahospitalarias
VAM	Ventilación mecánica artificial
CPEM	Centro Provincial de Emergencias Médicas
UCIE	Servicios de Unidad de Cuidados Intensivos Emergentes
UCIP	Unidad de Cuidados Intensivos Polivalentes
OMS	Organización Mundial de la Salud
AHA	<i>American Heart Association</i>
ERC	<i>European Resuscitation Council</i>
UCI	Unidad de cuidados intensivos
FSC	Flujo sanguíneo cerebral
HT	Hipotermia terapéutica
PAE	Proceso de Atención de Enfermería
NANDA	<i>Taxonomía North American Nursing Diagnosis Association</i>

NOC	<i>Nursing Outcome Classification</i>
NIC	<i>Nursing Intervention Classification</i>
PRPCRI	Personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria
PVC	Presión venosa central
IVC	Índice de validez de contenido
PE	Personal de Enfermería
HGAL	Hospital Provincial Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima
BDENF	<i>Nursing Database</i>
CINAHL	<i>Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
ERIC	<i>Educational Resources Information Center</i>
RAE	Real Academia de la Lengua Española

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria (PCR) constituye un problema sanitario asociado a una elevada mortalidad, por lo que requiere una atención integral conocida como la cadena de supervivencia. Por ello, el reconocimiento de la PCR, el aviso a los sistemas de emergencia y el inicio precoz del soporte vital básico (SVB) y del soporte vital avanzado (SVA), así como los cuidados pos resucitación adecuados, son necesarios para disminuir secuelas y la mortalidad.¹

Estudios a nivel internacional, abordan que la causa frecuente de PCR en adultos es de origen cardíaco e isquémico; mientras que en niños la causa es la de origen respiratorio. La fibrilación ventricular (FV) es la responsable alrededor del 80% de las PCR y la desfibrilación es su único tratamiento, alcanzan una eficacia del 90% si se realiza en el primer minuto de la FV, disminuye un 3-5% por cada minuto que se retrase si se realiza la resucitación cardiopulmonar (RCP) básica y hasta un 10% si no se realiza. Sin embargo, la supervivencia de la asistolia y de la actividad eléctrica sin pulso (AESP) es muy baja.²⁻⁴

Organizaciones como, la *American Heart Association* (AHA), el *European Resuscitation Council* (ERC), el Consejo Australiano de Resucitación (ARC), el Consejo de Reanimación de África Meridional (RCSA), la Fundación del Corazón y el Accidente Cerebrovascular de Canadá (HSFC) y el Consejo Latinoamericano de Resucitación (CLAR), se reunieron en el Comité Internacional de enlace sobre Reanimación (ILCOR).^{5, 6} Estas organizaciones, se encargaron desde entonces, del estudio y divulgación de los avances en la reanimación cardiopulmocerebral (RCPC).⁷

La RCPC constituye un conjunto de maniobras estandarizadas de desarrollo secuencial, aceptadas a nivel internacional, cuyo objetivo es tratar de restablecer la respiración, la circulación y la integridad del sistema nervioso central (SNC).⁸ La primera guía de registro para la parada cardíaca intrahospitalaria (PCI) se desarrolló en el año 1997; se destaca una diferencia en la recolección y registro de dos tipos de datos.^{8,9}

Las estimaciones anuales de PCR producidas en España son de 18.000 intrahospitalarias y de 50.000 a nivel extrahospitalario, con el 10% del número total de fallecidos. En cuanto a la supervivencia de las PCR extrahospitalarias (PCREH), es del 10,8% en Estados Unidos, con cifras muy parecidas a las de hace tres décadas,¹⁰⁻¹² en este último país se estima que, a nivel intrahospitalario, las tasas de supervivencia se encuentran entre 22,3% a 25,5%, debido a factores epidemiológicos, sociodemográficos, a la dotación de recursos sanitarios y a razones metodológicas.¹²⁻¹⁴

En estudios revisados sobre el tema en Cuba, a pesar de que se describen escasos publicados, sobre todo para evaluar la supervivencia,¹⁵ no queda exenta de la alta incidencia de la PCR.¹⁵ Por lo que, no se precisa la real situación en cuanto al PCI y la RCPC, lo cual también se relaciona con la poca visión global de estos temas desde el manual de acreditación hospitalaria, donde los estándares: atención a la urgencia y atención a la persona grave.¹⁶

Al igual que en el resto del país, en la provincia de Cienfuegos son insuficientes las estadísticas relacionadas con la PCI. Se constata como primera causa de muerte, las enfermedades del corazón, con una tasa hasta el año 2020, de 251

fallecidos por cada 100 000 habitantes. ¹⁷ Considerado de esta forma, un problema de salud.

En el año 2023, el autor realiza un estudio con un universo de 152 personas con PCR. De ellos el 62,5% fallecieron y el 37,5% sobrevivió luego de la RCPC, en relación con estos últimos, en 55 personas resucitadas, el estado neurológico pos reanimación fue el estado de coma, la ventilación mecánica artificial (VAM) y el shock. ¹⁵

En tal sentido, la Enfermería como otras ciencias ha mantenido un desarrollo en el cuidado para brindar una atención con calidad a las personas, que por su estado actual ¹⁵ de salud, es indispensable la presencia de los profesionales de la salud, y en especial el personal de Enfermería (PE). La gestión en Enfermería parte de las necesidades que se presentan en la persona sana o enferma en los diferentes momentos de su vida desde la gestación hasta su muerte. Es un proceso donde hay organización, planeación, ejecución y control de los recursos disponibles destinados a la atención de la persona. ¹⁸

La gestión de los conocimientos que debe tener el PE, se consolida desde la etapa pre profesional, posgrado y etapa laboral, con una sólida base científica. Se aborda con fuertes argumentos en valores como la honradez, confianza y responsabilidad, que se manifiestan en su actuación profesional, y posibilita la toma de decisiones ante situaciones nuevas o desconocidas, para dar respuesta a las exigencias que demanda la sociedad actual.

Ceballos, ¹⁹ plantea que la gestión de Enfermería desde la rama gerencial, ha ido en desarrollo. Además, hace referencia a otros autores que la describen como un

proceso dirigido a mejorar la eficiencia y la eficacia de los procesos, también la considera que no solo es un asunto gerencial.

La gestión del cuidado de Enfermería, parte desde la adecuada valoración que se hace a la persona cuando llega por primera vez a cualquier centro de asistencia de salud. Se identifican los problemas o necesidades afectadas, se orienta y se asiste de forma rápida, para ello se brindan todos los recursos disponibles para su pronta recuperación e integración a la sociedad.²⁰⁻²²

Según Morfi,²¹ la gestión del cuidado es una herramienta poderosa y completa que tiene el PE para organizar, planificar, ejecutar, evaluar y controlar todos los recursos destinados a satisfacer las necesidades y problemas de salud a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria (PRPCRI). Dota al personal de conocimientos, habilidades, calidad en la atención y adecuada incorporación a la sociedad.

En el año 2017 el autor, en investigación realizada en el Centro Provincial de Emergencias Médicas (CPEM), identificó insuficiencias en los conocimientos sobre las acciones de enfermería en la RCPC,⁸ se obtiene como resultado de la aplicación de una guía de observación y una encuesta de conocimientos al PE del Hospital Provincial Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima (HGAL) de Cienfuegos, como parte de la identificación de necesidades de aprendizaje, insuficiencias en la gestión del cuidado de Enfermería a la PRPCRI, además su experiencia vivencial como supervisor y jefe del departamento de Enfermería, y los antecedentes antes expuestos le permitieron identificar las siguientes **situaciones problemáticas**:

- se registra un incremento del número de personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria en el Hospital Provincial Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima;
- se evidencia insuficiente preparación del personal de Enfermería en la gestión del cuidado de Enfermería para la atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria en el Hospital Provincial Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima.

Las consideraciones anteriores permiten plantear la siguiente **contradicción** que se manifiesta entre la existencia de avances tecnológicos que cubren las necesidades y las exigencias de la sociedad; sin embargo, es insuficiente la gestión del cuidado de Enfermería para la atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria.

Contradicción que permitió identificar el siguiente **problema científico** ¿Cómo contribuir a la gestión del cuidado de Enfermería para la atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria?

Se determina como **objeto de la investigación** el proceso de gestión del cuidado de Enfermería y como **campo de acción** la gestión del cuidado de Enfermería para la atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria en el Hospital Provincial Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima.

El compromiso del autor se refleja en los siguientes **objetivos** de la investigación.

1. Identificar los referentes teóricos que sustentan la gestión del cuidado de Enfermería para la atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria.

2. Caracterizar el estado actual de la gestión del cuidado de Enfermería para la atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria en el Hospital Provincial Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos.
3. Diseñar un modelo de gestión del cuidado de Enfermería para la atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria en el Hospital Provincial Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos.
4. Valorar la validez del modelo de gestión del cuidado de Enfermería para la atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria en el Hospital Provincial Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos.

Para dar respuesta a los objetivos se desarrolló una investigación I+D+i, se asume como diseño de la investigación un estudio cuali-cuantitativo en el HGAL de Cienfuegos, en el periodo comprendido entre enero del año 2023 hasta febrero del año 2024. Se trabajó con una muestra intencional en el PE, de 45. Y se asumió la triangulación metodológica como vía identificar las insuficiencias en la gestión del cuidado de Enfermería para la atención a PRPCRI como variable única de la investigación.²³ Se cumplió con las consideraciones éticas de Helsinki.²⁴

La lógica de la investigación se desarrolló al utilizar métodos del nivel teórico, empírico y estadístico matemático.

Métodos del nivel teórico

Análisis documental: permitió junto a la revisión bibliográfica conformar el marco teórico conceptual de la investigación permitiéndole al autor estudiar el objeto de

estudio y los presupuestos teóricos que se han utilizado para la gestión del cuidado de Enfermería para la atención a PRPCRI.

Histórico-lógico: permitió estudiar el proceso de desarrollo de la gestión del cuidado de Enfermería para la atención a PRPCRI, la educación de pregrado y posgrado en Enfermería, estudiar las leyes, tendencias regularidades a las cuales ha estado sujeto en su devenir histórico.

Sistematización: permitió organizar, interrelacionar la información obtenida del análisis documental acerca de la gestión del cuidado en general y de la gestión del cuidado de Enfermería para la atención a PRPCRI, lo cual permitió la determinación de la variable a partir de los supuestos teóricos.

Sistémico, estructural y funcional: permitió estructurar el modelo para la gestión del cuidado de Enfermería para la atención a PRPCRI, establece la relación dialéctica entre la base teórica que deben poseer el PE, en el logro de una gestión en la satisfacción de los problemas profesionales y las necesidades humanas afectadas en la persona, estableciéndose una relación entre los problemas profesionales-modelo-gestión del cuidado de Enfermería para la atención a PRPCRI.

Modelación: se utilizó con el fin de diseñar el modelo de gestión del cuidado de Enfermería para la atención a PRPCRI, sobre la base de los problemas profesionales.

Métodos del nivel empírico

Análisis de documentos: favoreció de conjunto con la revisión documental el establecimiento de las características y relaciones que se establecen en la gestión del cuidado de Enfermería para la atención a PRPCRI.

Entrevista cualitativa: se realizó a la jefa del CPEM, los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos Emergentes (UCIE), Unidad de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) del HGAL de Cienfuegos. Con el objetivo de identificar en cuales aspectos de la gestión del cuidado dirigen su atención con relación a la atención a PRPCRI, la población estuvo constituida por las tres jefas de sala, de los tres servicios antes mencionados.

Encuesta: permitió la valoración de la necesidad del modelo, y su expresión en una actuación del PE en correspondencia a las necesidades humanas de las personas y los problemas profesionales, que se presentan durante la gestión del cuidado de Enfermería, así como la formulación del problema a investigar, para obtener conocimientos acerca del objeto que se investiga.

Consulta a expertos: tuvo como objetivo la validación del modelo para la gestión del cuidado de Enfermería para la atención a PRPCRI.

La **novedad científica** radica en que permite organizar la labor del personal de Enfermería, y contribuye a mejorar el nivel de preparación, el desarrollo de habilidades y la optimización de la atención de Enfermería a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria, emerge una guía de valoración de cuidados pos resucitación a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria y un algoritmo para la atención de Enfermería a la persona con parada cardiorespiratoria.

La **actualidad** está determinada a nivel internacional se realizan estudios sobre la gestión del cuidado como abordaje de la gerencia en Enfermería. En Cuba se ha abordado el tema por, Alonso en el año 2017, ²⁵ con el diseño de un modelo de cuidados de Enfermería humanístico-clínico en la atención a la persona con

afecciones traumatológicas y ortopédicas, Cruz en el año 2019, ²⁶ con la investigación modelo de gestión del riesgo en la atención de Enfermería para la seguridad del paciente con enfermedad cerebrovascular, más reciente Chacón en el año 2022, ²⁷ abordó la gestión de cuidado enfermero a personas con afecciones neumológicas.

La gestión del cuidado de Enfermería contribuye a las nuevas políticas que se realizan en el país, en la formación y desarrollo de la Enfermería cubana que responden a las diferentes especialidades, a las exigencias del pueblo y a la prestación internacional de los cuidados de Enfermería, por lo que debemos estar preparados con alto nivel científico-técnico.

La **pertinencia** está dada por que la sociedad cubana demanda de un personal de Enfermería mejor preparado para desenvolver con éxito su labor, en correspondencia con las exigencias de la sociedad. La gestión del cuidado de Enfermería es una alternativa, de preparación del profesional, que brinda atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria.

La **contribución a la teoría** radica en las relaciones dialécticas que se demuestran en el modelo propuesto, la estandarización del cuidado de Enfermería, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y su vinculación con las taxonomías *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), *Nursing Outcome Classification* (NOC) y *Nursing Intervention Classification*. (NIC), los metaparadigmas de Enfermería, los sustentos teóricos de Dorothea Elizabeth Orem y Virginia Henderson, y las exigencias de la sociedad cubana actual, con un enfoque inclusivo, humanista y de atención social.

La tesis está estructurada en introducción, tres capítulos, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y un cuerpo de anexos que ayudan a la comprensión de la lógica del proceso de investigación.

En el capítulo I, se sistematiza en los referentes teóricos que sustentan la gestión del cuidado de Enfermería para la atención a personas resucitadas a la parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria.

En el capítulo II, se caracteriza el estado actual de la gestión del cuidado de Enfermería para la atención a personas resucitadas a la parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria.

Y en el capítulo III, se presenta el modelo de gestión del cuidado de Enfermería para la atención a personas resucitadas a la parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria.

**CAPÍTULO I. REFERENTES TEÓRICOS QUE SUSTENTAN LA GESTIÓN DEL
CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS
RESUCITADAS A LA PARADA CARDIORESPIRATORIA
INTRAHOSPITALARIA**

CAPÍTULO I. REFERENTES TEÓRICOS QUE SUSTENTAN LA GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS RESUCITADAS A LA PARADA CARDIORESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

El capítulo está estructurado en cuatro epígrafes, se describen los antecedentes del cuidado de Enfermería en la atención a PRPCRI, su gestión, el acercamiento teórico como sustento del proceso del cuidado y el PAE en la percepción de la gestión del cuidado de Enfermería en la atención a PRPCRI.

1.1 Antecedentes del cuidado de Enfermería en la atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria

La Enfermería se ha caracterizado por ser una profesión de servicio; cuya esencia es el respeto a la vida y el cuidado del ser humano. La noción del cuidado ocupa un lugar central y fundamental en el discurso de la profesión y constituye su modo de ser. Al hablar de cuidados de Enfermería, ²⁸ el autor se traslada al origen de la profesión y de los cuidados como producto del desarrollo de la sociedad, por el contexto histórico socioeconómico, político y cultural que se basa en los conocimientos acerca del cuidado de las personas, con el objetivo de satisfacer las necesidades humanas.

Florence Nightingale se destacó en su quehacer en función del cuidado de la persona, contribuyó al surgimiento de la Enfermería profesional, esto permitió

adoptar posiciones teóricas que abordó acerca de esta nueva profesión: “(...) la Enfermería tiene la responsabilidad de cuidar la salud de las personas (...), y tiene que poner a la persona en la mejor forma posible para que la naturaleza pueda actuar sobre ella (...)”, su ejemplo personal tuvo una gran significación, no solo para quienes trabajaban con ella, sino también para futuras generaciones de enfermeros.²⁸

La figura de Nightingale propició el comienzo de una consecutiva cadena de autores que desarrollaron teorías y definiciones diferentes en relación al tema del cuidado en Enfermería. Dentro de los innumerables autores que desarrollaron el cuidado en la profesión de Enfermería esta, la enfermera estadounidense Jean Watson, al abordar la Filosofía y Teoría del cuidado transpersonal y plantea: se invita a la profesión de Enfermería y a cada enfermera a considerar y reconsiderar: ¿Cómo pasamos por la vida? ¿Cómo mantener el equilibrio para traer el arte del cuidado y la conciencia global de la caridad a las vidas, el trabajo y el mundo?²⁹

El acto del cuidado es innato del ser vivo, como resultado de cualquier agresión prominente de cualquier fenómeno del entorno donde este nace, crece y se desarrolla. Es la acción de proteger, defender, aliviar, curar a personas que necesitan de cuidados por enfrentarse a una situación de salud inestable que lo coloca en una posición desfavorable ante los demás, por lo que queda sensible a la influencia del medio donde se encuentre.²⁹

A partir de los años 1700 al 1800 iniciaron las primeras acciones para revertir la PCR en personas sanas o enfermas. Esa historia puede ser tan antigua como la

misma humanidad, pero siempre ha estado presente el valor de los cuidados a las personas con PCR. Un pasaje bíblico, datado sobre el siglo IX a.C., podemos encontrar la primera referencia de los cuidados en la RCP y la ventilación boca a boca realizada por el profeta Eliseo para tratar de devolver la vida a un niño, se tumbó sobre el niño, pone su propia boca sobre la boca de este, (...) entonces el niño estornudó hasta siete veces, y abrió el niño sus ojos.³⁰

Los intentos de restaurar la vida a las personas fallecidas han sido una constante en la historia de la humanidad. Desde los tiempos en que las sociedades primitivas lo intentaban mediante rituales, rezos y sacrificios, o en la antigua China, donde se sumergía a los fallecidos en aceite caliente para tratar de que volvieran a la vida.³¹ Hasta la actualidad los cuidados a la persona con PCR han evolucionado a la par del desarrollo científico técnico de la humanidad.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)³² se registran cada año más de 17 200 000 fallecimientos a nivel mundial por causas cardiovasculares. En el año 1973 la AHA³³ publica los primeros protocolos de actuación en RCP, con el tiempo se crea ERC. Más tarde se introduce el concepto de resucitación cardiopulmonar cerebral y el de cadena de supervivencia.³⁴ En el año 1997 con la creación del ILCOR se desarrollan documentos de consenso entre las asociaciones que estudian las maniobras de RCP y las adecuadas acciones para garantizar con calidad la vida de las personas resucitadas.³⁵

La PCR es una situación que cursa con interrupción brusca de la respiración y de la circulación, con una disminución del transporte de oxígeno y que puede provocar la muerte de la persona. Si no se lleva a cabo SVB, a los diez segundos

de iniciado un paro cardíaco, la persona entra en coma como consecuencia de la hipoxia cerebral y uno a tres minutos después entra en apnea de origen central como consecuencia del compromiso de las neuronas del centro respiratorio.³⁶

La cadena de supervivencia como lo describe la AHA³³ tiene como fin organizar y describir un conjunto integrado de acciones coordinadas urgentes que son necesarias para conseguir la mayor tasa de supervivencia en caso de una parada cardíaca.

La cadena de supervivencia incluye los siguientes elementos según la AHA:

- prevención y preparación, incluidos el entrenamiento de primeros respondientes, el reconocimiento temprano de un paro cardíaco y la respuesta rápida;
- activación de sistema de respuesta a emergencias, ya sea fuera o dentro del hospital;
- RCP de alta calidad, incluida la desfibrilación temprana en ritmos desfibrilables;
- intervenciones de reanimación avanzada, incluidos los medicamentos, las intervenciones con dispositivos avanzados para la vía aérea y RCP extracorpórea;
- cuidados pos paro cardíaco, incluidas las intervenciones de cuidados intensivos y el manejo específico de la temperatura;
- recuperación, incluido el apoyo eficaz para necesidades físicas, cognitivas, emocionales y familiares.³³

El autor asume la definición de la AHA ³³ de RCPC como el conjunto de maniobras estandarizadas de desarrollo secuencial, aceptadas a nivel internacional, cuyo objetivo es tratar de restablecer la respiración, la circulación y la integridad del SNC.

De manera sucesiva, la persona que ha recuperado un ritmo espontáneo tras una PCR necesita una serie de cuidados pos resucitación, que van a desarrollarse en una unidad de cuidados intensivos (UCI). Estos cuidados pasan por la inducción de hipotermia terapéutica (HT), soporte ventilatorio y/o respiratorio y manejo del estado hemodinámico, así como la valoración neurológica, después de 72 horas del evento, tema que será abordado en el siguiente epígrafe.³⁷

Los cuidados pos PCR están encaminadas a identificar y tratar la causa precipitante de la parada, así como a evaluar y atender la lesión cerebral, la disfunción miocárdica y la respuesta sistémica por isquemia o reperfusión secundaria a la misma. Los cuidados son el último eslabón de la cadena de supervivencia ya que influyen de forma significativa en los resultados globales y de manera particular en la calidad de la recuperación neurológica.³⁷

Los cuidados pos PCR se inician de forma inmediata después de la RCP, sin tener en cuenta la ubicación. Después de la estabilización inicial, los cuidados incluyen el diagnóstico y el tratamiento de las causas subyacentes, soporte hemodinámico, control de la oxigenación, de la ventilación, temperatura, convulsiones, el pronóstico, la rehabilitación y los resultados a largo plazo. Las personas que sobreviven al evento inicial, pueden morir debido a la adecuación del esfuerzo

terapéutico por una lesión sistémica neurológica grave. Por tanto, la muerte también puede ser el resultado de una disfunción multiorgánica o un shock.³⁷

El autor considera que la sobrevivencia a la resucitación pos PCR depende del escenario del evento ya que puede darse de manera intrahospitalaria o extrahospitalaria, si ocurre de manera intrahospitalaria hace suponer que el pronóstico de vida de las personas debería ser más favorable, enmarcados en el contexto de mejor disponibilidad y accesibilidad a los profesionales preparados, y con acceso a la tecnologías de salud avanzadas; así como de infraestructura condicionadas, mientras que en el extrahospitalario, la atención se ve afectada por el tiempo de reconocimiento del evento y llegada de la persona a una unidad de atención de salud.

Yunge,³⁸ en el año 2021 a través de su estudio pone en manifiesto que las principales causas de muerte pos PCR son la disfunción miocárdica, la adecuación del esfuerzo terapéutico y el daño neurológico. En relación a este último particular manifiesta con adecuada evolución neurológica, el flujo sanguíneo cerebral (FSC) puede recuperarse en un lapso aproximado de 24 a 72 horas; al contrario, aquellas personas que no recuperan la consciencia tienen mal pronóstico e incluso pueden progresar a muerte encefálica.

Según Borsari,³⁹ en su estudio señala que posterior al retorno de la circulación espontánea se da inicio a un síndrome pos PCR que es el causal de la muerte, alrededor del 50% al 70% dentro de las primeras 48 horas pos PCR y con el objetivo de mejorar el pronóstico de las personas, plantea la ejecución de un

paquete de medidas entre las que se mencionan: reperfusión precoz en los casos de trombosis coronaria; estabilización y mantenimiento de la hemodinámica; corrección de las alteraciones en los gases arteriales; mantenimiento de la normoglicemia; control del balance hídrico; administración de sedación y analgesia; manejo de las convulsiones y estricto control de la temperatura. ³⁹

Sosa, ⁴⁰ en su publicación argumenta que los factores que influyen para la supervivencia de la persona tras una PCR incluyen el estado clínico, la causa desencadenante y el tiempo de PCR hasta el inicio de maniobras de RCP; tiempo y calidad de las maniobras de reanimación y por último los cuidados sanitarios pos RCP. Cuando las maniobras de reanimación básica se inician dentro de los cuatro primeros minutos tras ocurrido el evento puede influir en el aumento de la tasa de supervivencia. ⁴⁰

Las personas que sobreviven a una PCR sufren una lesión por isquemia, que puede conducir a mala evolución neurológica y muerte. Este síndrome inicia una cascada de reacciones inflamatorias nocivas en el organismo que puede continuar durante varios días. Una de las pocas estrategias de tratamiento intrahospitalario de eficacia probada es la inducción de una HT, su principal efecto protector consiste en reducir la lesión cerebral general. ⁴¹.

Villa, ⁴² en su investigación cita que (...) los pacientes atendidos en las UCI tienen mayor ventaja debido a que se mantienen bajo vigilancia continua, en este contexto se presume que tendrían mejores desenlaces y pronóstico. Sin embargo, es en estas unidades críticas donde se atienden a pacientes cuyos cuadros

clínicos son de mayor complejidad y gravedad, sumado a esto la existencia de enfermedades previas; por lo que hay una reserva fisiológica limitada. Además, menciona que la identificación del ritmo de paro inicial es de absoluta importancia puesto que representa un manejo y pronóstico diferente.

Gutiérrez, ⁴³ en revisión bibliográfica expone que el cerebro es el órgano más complejo del cuerpo humano y ejerce control en el resto de las funciones del organismo. En la PCR el cerebro es el órgano que más rápido se ve afectado, ante la falta de sangre oxigenada, y se produce una muerte celular con cambio irreversible. El desenlace pos PCR puede ser inconstante, es por ello la importancia del conocimiento del personal sanitario sobre el mecanismo fisiopatológico de la PCR; para evitar lesiones neurológicas que afectarán la calidad de vida de manera definitiva. ⁴³

El autor entiende lo relevante del rol del PE, al brindar cuidados a PRPCRI en la UCI, los que deben estar encaminados a la identificación temprana de complicaciones, y una actuación inmediata para disminuir la mortalidad ocasionada por inestabilidad hemodinámica con repercusión en otros sistemas, y afectaciones de salud graves o críticas, que dependen de la actuación profesional, para lo cual se hace imprescindible una preparación que les permitan brindar cuidados integrales a la pos PCR, con incidencia en la calidad de vida y mortalidad.

Acosta, ⁴⁴ en su artículo menciona que de acuerdo a las recomendaciones de la AHA, una vez recuperada la circulación cardíaca espontánea, el cuidado debe

estar encaminado en prevenir las consecuencias desfavorables de la reperfusión mediante la aplicación de una adecuada oxigenación y ventilación; con una presión arterial sistólica con valor mayor de 90 mm Hg, además la inducción de la HT, acciones que responden a la disminución del consumo metabólico de oxígeno y por ende previene la lesión ocasionada por los productos de la acidosis.

Sobre el estado neurológico, no solo afecta la calidad de vida de las personas resucitadas de la PCR, sino también, a la familia y cuidadores que pueden involucrar un costo económico significativo. En estudio de Peraza, ⁴⁵ considera que el impacto físico, que podrían tener las personas resucitadas que sobreviven a una PCR, es la discapacidad, lo que repercute en el contexto social, económico e inclusive legal.

El autor al realizar la sistematización del tema, declara que la PRPCRI presenta necesidades diferentes y personalizadas, en tal sentido tras el regreso efectivo a la circulación espontánea; los cuidados de Enfermería deben ser integrales e individualizados, la gestión del cuidado a PRPCRI deben ser organizados, planificados, ejecutados y controlados en conservar la función cardiopulmonar y en consecuencia la perfusión sistémica, y el PE tiene la responsabilidad de identificar las necesidades afectadas y desarrollar un plan de cuidados en consecuencia a las causas que provocan la PCR.

La monitorización a PRPCRI con reporte crítico en las UCI comprende un control sistemático y continuo de las variables fisiológicas con el fin de detectar, reconocer y corregir de forma precoz las alteraciones que podrían producir complicaciones a

corto, mediano y largo plazo. La guía de cuidados de Enfermería han de ser estandarizados, avalados por expertos y consejos científicos, e incluye un paquete de medidas terapéuticas con un enfoque multidisciplinario, que guía los cuidados de Enfermería a la estabilización, optimización de la oxigenación y la hemodinámica; y por tanto, mejorar de manera notable el pronóstico de sobre vida.

1.2 Gestión del cuidado de Enfermería en la atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria

La palabra gestión que viene del latín *gestio*, es la consecuencia de hacer acciones para lograr algo. Estas proporcionan la realización de otras para lograr lo deseado. Por lo que el concepto de gestión, obedece hacia el conjunto de acciones a realizar para lograr un objetivo. Para lograr los modelos de gestión se necesita de la planeación estratégica, la gestión de factores humanos, recursos físicos, materiales, financieros para alcanzar las metas y los objetivos de la organización de las personas sanas o enfermas. La gestión del cuidado de Enfermería, se determina como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, ejecución y control de la provisión de cuidados, óptimos, seguros e integrales, con la continuidad de la atención para la recuperación de la salud, el bienestar de las personas y la sociedad.⁴⁶

En tal sentido el autor considera que la gestión de los cuidados tiene el objetivo de ordenar la atención a los cuidados de Enfermería, las necesidades afectadas a las personas y familiares. El proceso de cuidar, aparecen como referencia los

modelos de gestión del cuidado de las teóricas de Enfermería: Henderson, Orem, King, Roy, Royers y Leininger, que guían las actividades de dirección de los cuidados hacia el bienestar de las personas.⁴⁷

La concepción de la Enfermería como ciencia y disciplina con su actividad de hacer práctica clínica, tiene que hacerse acompañar de acciones administrativa seguras. De manera, que se ponen en práctica lo plantado por las teóricas de Enfermería sobre la gestión del cuidado, guiado por las necesidades, interacción, efectos deseables, promoción de salud y el ser humano unitario.⁴⁷

La gestión del cuidado se basa en valores universales y conocimientos que emergen de otras ciencias y de la propia disciplina y ciencia de Enfermería, con un soporte en procesos importantes que buscan atención holística de la persona que garanticen su bienestar. El ejercicio de la profesión implica toma decisiones de manera sistemática, de conjunto con el equipo multidisciplinario, para lograrlo se hace necesario estandarizar los cuidados de Enfermería, al utilizar como metodología el PAE y la vinculación taxonómica NANDA, NOC y NIC.⁴⁷

Para la gestión de los cuidados de Enfermería es necesaria la aplicación del PAE. De manera que favorece al PE organizar un plan de cuidados, de forma racional, lógica y sistemática, con la sustitución de la intuición, la rutina y la comunicación verbal, por un marco conceptual para brindar cuidados integrales y proporcionar respuestas favorables a las necesidades de salud de las personas.

En la mitad del siglo XIX, es utilizada en la profesión de Enfermería como proceso, donde se planifica, ejecuta y controla los recursos para brindar un cuidado

humanístico. Sobre esta base, se tienen en cuenta los valores como el respeto y confianza, que permite el intercambio entre el ente cuidador (PE) y el ente cuidado (persona) de esta forma se logra satisfacer necesidades afectadas y solucionar aquellos problemas de salud que sitúan a la persona que requiere cuidado, que necesita de cuidados y es el PE donde juega un rol, como persona que brinda ese cuidado, donde cada persona es única y diferente a las demás. ⁴⁸

El PE, tiene la responsabilidad de cuidar a las personas, y brinda una atención continua. Los cuidados de Enfermería presentan un sustento científico, y utiliza núcleos propios de la gerencia para proveer, organizar, dirigir y controlar el cuidado con calidad y seguridad. La gestión del cuidado es un proceso heurístico, dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con intención de mantener y favorecer el cuidado, de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud. ^{49, 50}

Otro aspecto relevante es la gerencia de los cuidados. Lo cual no significa alejarse de las personas, debido a que, un buen gestor realiza esta acción en conjunto con él o las personas que requieren cuidados, máxime que la gestión del cuidado contribuye a la calidad, cuando su objetivo esencial es el satisfacer las necesidades de las personas. ⁵¹

El desarrollo de la Enfermería como profesión tuvo su inicio en la década del año 1800. Los estudios y conocimientos de los supuestos de, identifican la necesidad de separar el trabajo del médico y el del PE, dándole una importancia especial al entorno y los problemas sociales, como determinante en la recuperación de la

salud de la persona.⁵² En relación al legado de Nightingale, a nivel internacional, se aborda el cuidado como la naturaleza de la Enfermería, y debe estar compuesto por acciones objetivas y subjetivas a través del conocimiento y del valor humano, para proteger, mejorar, preservar y ayudar a la persona a conservar su salud.⁵³

De igual manera, se aborda la gestión del cuidado de Enfermería, en tal sentido Caballero,⁵⁴ y Torres⁵⁵ plantean que los elementos éticos e integrales, el primero guiado a la responsabilidad ética que ocupa el PE asociada al valor humano, y ubica a la Enfermería como líder de la gestión de los cuidados, lo que permite individualizar y cumplir con los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

La gestión del cuidado de Enfermería se encuentra vinculado a las competencias porque incorpora una mirada holística de la persona; de igual manera el autor asume que la gestión del cuidado de Enfermería, no solo, es exigir competencia técnica, si no, también tienen que estar vinculados por el sentimiento humano. El autor refiere que el actuar de Enfermería del siglo XXI se encuentra sustentado en la utilización del conocimiento basado en los modelos y teorías, en función de la fundamentación de su práctica, que garantice su autonomía e independencia sin dejar las relaciones con los demás miembros del equipo de salud.

En la sistematización realizada a autores que han abordado gestión del cuidado, se identifican las siguientes regularidades: guía orientadora del cuidado desde un enfoque humanístico-clínico a la persona con afecciones traumatológicas y

ortopédicas de Alonso en el año 2017; ²⁵ guía de valoración según patrones de riesgo y en el sistema de cuidados según perfil de riesgo para la seguridad del paciente con enfermedad cerebrovascular, Cruz en el año 2019; ²⁶ y Chacón ²⁷ en el año 2022, con el diseño del modelo de gestión del cuidado enfermero para la atención a personas con afecciones neumológicas. ²⁷

La gestión de los cuidados de Enfermería para las afecciones que comprometen la vida de la persona, requiere que el PE aplique la planeación, organización, integración, dirección y control para brindar, cuidados oportunos, seguros e integrales y priorizados que garanticen la continuidad de la atención para obtener el bienestar y la salud, a PRPCRI. La PCR es una de las entidades temida por el PE, aunque existan los protocolos de actuación según las organizaciones internacionales, nacionales e institucionales, dado a la repercusión en la vida de la persona, la recuperación espontánea de la circulación hace posible definir la RCP como favorable o exitosa.⁵⁶⁻⁵⁸

Al dar inicio a la gestión de los cuidados de Enfermería de forma inmediatas para garantizar, la oxigenación, hemodinámica, control de temperatura y actividad neurológica. Si bien están estandarizados, protocolizados las acciones antes y después de la PCR, cada uno de ellos deben tener presente el contexto que realicen, al tener en cuenta, culturas, religión y elementos socioeconómicos.⁵⁶⁻⁵⁸

La gestión de los cuidados de Enfermería a PRPCR está orientada a identificar y tratar la causa precipitante de la PCR; así como a evaluar y manejar la lesión cerebral, disfunción miocárdica y respuesta sistémica por isquemia/reperusión

secundaria a la misma. Los cuidados pos RCP son el último eslabón de la cadena de supervivencia, que influyen de manera significativa en los resultados globales y de manera particular en la calidad de la recuperación neurológica.⁵⁶⁻⁵⁸

El proceso de gestión de los cuidados de Enfermería favorece al cuidado a PRPCRI, a través de un proceso, integrador, dinámico que da respuestas a las necesidades humanas, que se identifican en función de su responsabilidad y estrecha relación con su entorno, contexto y la calidad en la atención. La gestión de los cuidados de Enfermería tiene como principales funciones la de planificar, coordinar y evaluar los recursos profesionales y su entorno, así como las colaboraciones interprofesionales en ámbitos diversos, y organiza los servicios, planifica, interviene y evalúa la atención de Enfermería para dar respuesta a las necesidades humanas y demandas de su atención.

Luego de la sistematización realizada al término de gestión, le permite al autor definir gestión del cuidado de Enfermería para la atención a PRPCRI, como el conjunto de acciones sistemáticas planificadas y ejecutadas por el PE, con responsabilidad asistencial y autonomía, para identificar las necesidades humanas básicas afectadas a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria, a través de la toma de decisiones de manera sistemática, de conjunto con el equipo multidisciplinario, con estandarización de los cuidados de Enfermería, al utilizar como metodología el PAE, con base en conocimiento y la evidencia científica.

La cual constituye variable de la investigación, vista como el proceso que realiza el PE al asumir su liderazgo en el cuidado de estas personas donde tienen en cuenta

como elementos esenciales la persona, la salud, el entorno y la Enfermería de forma planificada a través del PAE. La variable admite el fraccionamiento en dimensiones, subdimensiones e indicadores y es parametrizada con el fin de convertir en concepto abstracto en uno empírico, susceptible ser medido a través de la aplicación del nivel empírico.

Esto traduce la variable teórica en propiedades observables y medibles al descender cada vez más desde lo general a lo particular.

1.3 Acercamiento teórico como sustento del proceso de cuidado a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria

La profesión de Enfermería ha evolucionado desde el arte del cuidar hasta desarrollarse en los últimos años en la ciencia del cuidado, apartándose cada vez más del modelo biomédico en que se trataba la enfermedad. Se ha convertido en una ciencia que abarca en sus planteamientos las necesidades y las respuestas humanas.⁵⁹

Para lograr la evolución de la disciplina como profesión ha sido obligatorio instituir un marco teórico conceptual sobre el cual están fundamentados los principios y objetivos de la profesión. Además de instaurar un marco teórico conceptual. La Enfermería es una profesión cuyo desarrollo se asienta en la filosofía, los modelos y teorías de distinto rango.⁶⁰ Las teorías de Enfermería se han nutrido de teorías más generales que han ejercido una influencia en todos los campos del conocimiento.⁶¹

Disponer y aplicar un modelo para brindar cuidados aporta importantes beneficios al PE, porque muestra de forma más clara la filosofía e ideología, aporta a

desarrollar y mantener la identidad de la profesión, ayuda en el debate teoría-práctica, y proporciona una aproximación entre ambas partes a través de la investigación.⁶²

Modelo teórico de Virginia Henderson

Uno de los modelos para el cuidado con incidencia en el entorno, es el de Virginia Henderson. Su teoría se basa en un modelo humanista, enfocado en las necesidades básicas humanas.⁶³ Este modelo es compatible y fundamental para la aplicación de la gestión del cuidado de Enfermería. Además, es importante para integrar junto con el modelo de cuidados de Enfermería.

En este modelo, el PE tiene la función de ayudar o en su caso suplir aquellas acciones, que no pueden realizar las personas por sí mismas para satisfacer sus necesidades.^{64, 65} Por tanto, le otorga al PE un rol suplementario o complementario en la satisfacción de las necesidades básicas que tienen las personas.

El modelo de Virginia Henderson se encuentra entre aquellos modelos que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo central para la actuación del PE.⁶⁶ Desarrolló un modelo teórico utilizado en la planificación de cuidados en todo el mundo. En el mismo, el PE tiene bien definidas sus funciones de ayuda y suplencia.

Para Virginia Henderson el PE es aquel que asiste a las personas en las actividades básicas de la vida diaria para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o acompañar a la muerte en paz.⁶⁷ Plantea que el rol principal de Enfermería es ayudar a la persona a conservar o recuperar su salud y asistirlo en los últimos momentos de su vida, para cumplir aquellas necesidades que realizaría

por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios. De este modo favorecerá la recuperación de la independencia de la persona de la manera más rápida posible.⁵⁹

Durante la sistematización realizada se identifica que en el modelo de Virginia Henderson se han descrito cuatro conceptos en relación con su paradigma:

- la **salud**, básica para el funcionamiento del ser humano. El objetivo es que los individuos recuperen la salud o la mantengan, si tienen la voluntad, fuerza y conocimientos necesarios.⁶⁸ Se considera salud la habilidad de la persona para realizar sin ayuda las 14 necesidades básicas, equipara salud con independencia;⁶⁸
- la **persona**, es aquel individuo que necesita ayuda para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz. La persona es una unidad corporal y mental que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales;⁶⁸
- el **entorno**, para Virginia Henderson un individuo sano es capaz de controlar su entorno, pero la enfermedad puede influir en esta capacidad. El entorno incluye la relación del individuo con la familia. También incluye la responsabilidad de la comunidad de proveer cuidados;⁶⁸
- la **Enfermería**, (cuidados o rol profesional), la función de Enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz) actividades que podría realizar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y

hacerlo de tal forma que se le ayude a conseguir la independencia lo más rápido posible. ⁶⁸

Virginia Henderson declara 14 necesidades básicas necesarias para la vida de todo ser humano. Estas necesidades de manera regular están cubiertas por un individuo sano y que tiene el suficiente conocimiento para ello. Cada una de las 14 necesidades constituye el elemento integrador de aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales. ⁶⁶

Las 14 necesidades fundamentales descritas en el modelo de Virginia Henderson:

- respirar de manera normal;
- alimentarse e hidratarse;
- eliminar por todas las vías corporales;
- moverse y mantener posturas adecuadas;
- dormir y descansar;
- escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse;
- mantener la temperatura corporal;
- mantener la higiene y la integridad de la piel;
- evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas;
- comunicarse con los demás para expresar emociones, temores;
- vivir de acuerdo con los propios valores y creencias;
- ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal;
- participar en actividades recreativas;
- aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal.

Todas las necesidades logran un significado cuando son utilizadas con un sentido universal y específico. Universal, porque son comunes y esenciales para todas las personas; y específico, porque se manifiestan de manera individual en cada persona.⁶⁶

Según Virginia Henderson, para la relación enfermera-persona se crean tres niveles:

- enfermera como sustituto de la persona (enfoque de suplencia), se realiza una relación de suplencia debido a una carencia respecto a la fortaleza física, de voluntad o de conocimientos de la persona. Puede ser de carácter temporal si la persona es capaz de recuperar o adquirir la fuerza, conocimientos y voluntad; o puede ser de carácter permanente si la persona no podrá recuperar la fuerza, conocimientos y voluntad;
- enfermera como auxiliar de la persona (enfoque de suplencia y ayuda), el PE realiza actividades de ayuda parcial, nunca suple las actividades de la persona que puede realizar por sí mismo;
- enfermera como acompañante de la persona (enfoque de ayuda), el PE supervisa y educa a la persona, pero es éste quien realiza sus cuidados.⁶⁶

El modelo de Virginia Henderson en la actuación del PE ante la PRPCRI, tiene una influencia en la toma de decisiones e intervenciones, su presencia resulta esencial para el reconocimiento temprano de las necesidades humanas afectadas que determinan complicaciones, y con esto favorece a la actuación autónoma, tomas de decisiones y aviso oportuno al resto del equipo de salud.

La preparación del PE, al tener como sustento teórico del PAE, tiene un valor en su actuación como parte del equipo multidisciplinario de salud para la atención a PRPCRI, pues su liderazgo, la capacidad de gestión del cuidado, las habilidades científicas técnicas, la destreza y la responsabilidad le permite actuar de manera oportuna, al hacer uso al conjunto de procedimientos del soporte vital, es decir, desde el reconocimiento de las complicaciones pos resucitación, el aviso oportuno, y la aplicación de PAE antes las necesidades afectadas de la PRPCRI; con la finalidad de aumentar la supervivencia.

Virginia Henderson, dentro de los aportes declarados a la Enfermería como profesión, se encuentra el modelo basado en las 14 necesidades, donde el papel del PE, posee el rol de cuidado (suplencia o ayuda), que las personas no pueden realizar en un determinado momento de su ciclo vital. La aplicación del modelo y el PAE, guardan estrecha relación entres si, ambos realizan la valoración exhaustiva para la identificación de las necesidades afectadas con la finalidad de brindar cuidados de Enfermería que den respuestas a la satisfacción de las necesidades humanas de una manera planificada, priorizada, individualiza los cuidados para garantizar una atención adecuada y una recuperación satisfactoria.

El principal objetivo del PAE, es brindar cuidados planificados, priorizados e individualizados de acuerdo a la valoración de las 14 necesidades, al identificar diagnósticos reales o potenciales y así evaluar el grado de independencia que la persona adquiere una vez ejecutada las intervenciones, todo esto guiado por el modelo de Virginia Henderson y el PAE construye una estructura teórica dirigida a mejorar la calidad del cuidado holístico al cubrir las 14 necesidades básicas a

PRPCRI, al contemplar los metaparadigmas; persona; salud; entorno y Enfermería.

El autor considera que para la gestión de los cuidados de Enfermería es necesario tener presente el concepto de salud, donde se incorpora la capacidad de la persona para actuar con independencia en relación a las 14 necesidades básicas. Siete relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa apropiada, temperatura), dos con la seguridad (higiene corporal y peligros ambientales), dos con el afecto y la pertenencia (comunicación y creencias) y tres (con la auto realización trabajar, jugar y aprender).

Al respecto el autor plantea que Virginia Herdenson proporciona, un método organizado para gestionar y administrar el cuidado, eficaz y eficiente tanto en términos humanos como económicos, delimita el campo de actuación de la Enfermería. Además, demuestra su impacto donde facilita la continuidad de los cuidados e incrementa su calidad, y adapta los cuidados a la persona y no a la enfermedad, al tener en cuenta la humanización de los cuidados.

Teoría de Dorothea Elizabeth Orem

La Enfermería se ocupa de la necesidad que tienen los individuos, en la toma medidas de cuidado propio con el fin de ayudar al paciente a conservar la vida y la salud, recuperarse de una enfermedad o lesión, y a hacer frente a los efectos ocasionados por las mismas. En opinión de Orem, la atención de Enfermería puede ofrecerse a unidades individuales o multipersonales, pero sólo los

individuos tienen necesidades de autocuidado. La enfermera brinda atención, ayuda o hace lo posible para que el paciente obtenga los resultados de salud que se desea.⁶⁷

Orem describe tres etapas del proceso de Enfermería. La primera implica la determinación de por qué una persona debe recibir atención de Enfermería:

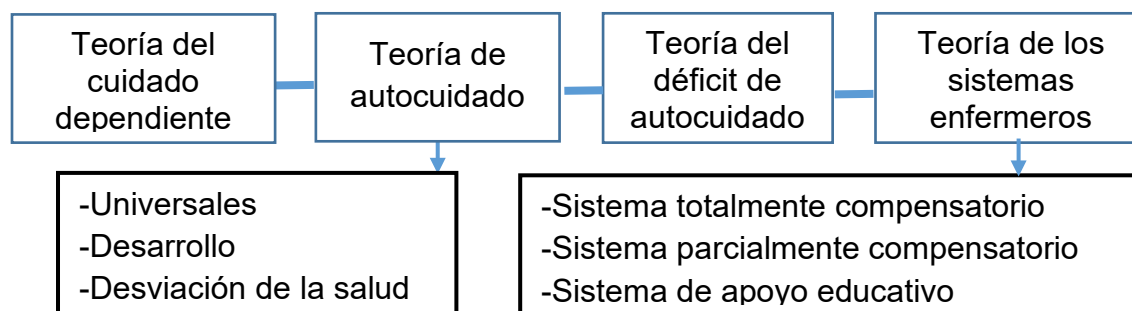
- primera etapa se refiere a la evaluación de la demanda terapéutica de autocuidado del paciente, a cualquier deficiencia que pudiera existir en la realización de las actividades de cuidado propio, y a las metas futuras más convenientes;
- segunda etapa incluye el diseño de un sistema de Enfermería que dé por resultado la consecución de las metas de salud; esta etapa incluye la planificación de métodos para satisfacer las necesidades de autocuidado al tener en cuenta las limitaciones existentes;
- tercera etapa se refiere a la implementación y evaluación de las acciones diseñadas para superar las limitaciones del autocuidado, proporcionar atención terapéutica, y prevenir el desarrollo de nuevas limitaciones de autocuidado.

En consecuencia, los candidatos a la atención de Enfermería son personas que no tienen o no tendrán la capacidad suficiente para cuidarse por sí mismos. La base de una relación de Enfermería es la necesidad de realizar acciones compensatorias (para vencer la incapacidad o capacidad limitada de cuidarse) o para facilitar el desarrollo u organización de las actividades de autocuidado.⁶⁸

Los modelos y teorías de Enfermería se aplican para facilitar la práctica del hacer y saber hacer, como es la teoría general de la Enfermería de Dorothea Elizabeth Orem, compuesta por cuatro sub-teorías relacionadas entre sí: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado, Teoría del Cuidado dependiente y Teoría de los Sistemas de Enfermería, esta última dividida en tres subsistema con el fin de definir la responsabilidad de la enfermera, sus funciones, acciones de pacientes y el profesional: ⁶⁸

- sistema compensatorio global, el paciente es incapaz de realizar cualquier acto deliberado (por ejemplo, en estado de coma) o no es capaz de caminar, manipular, ni razonar; en estos casos, la enfermera brinda y maneja la atención, hace juicios y toma decisiones sobre las necesidades de cuidado del paciente;
- sistema parcialmente compensatorio, tanto la enfermera como el paciente realizan acciones de atención;
- sistema educativo y de apoyo, el paciente es capaz de desempeñarlas, y puede o debe aprender a ejecutar las actividades necesarias de autocuidado terapéutico, aunque no pueda hacerlo sin ayuda. ⁶⁹

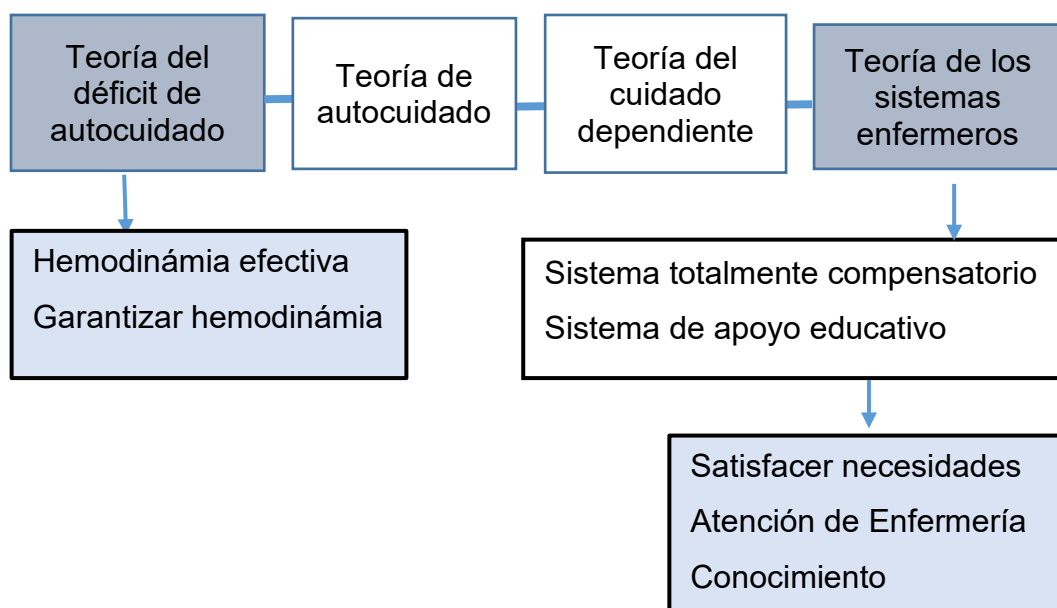
Figura 1. Teoría Enfermería de déficit de Autocuidado



Fuente: tomado de Raile Alligood M, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en Enfermería. 9na Edición. 2018 ⁶⁹

En la figura 1 se observa la teoría del déficit del autocuidado de Enfermería (TDAE), que conceptualiza el servicio de cuidado, y ayuda que presta la Enfermería en su principal rol en la sociedad, es una teoría general compuesta por cuatro teorías relacionadas entre sí: la teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas. La teoría del cuidado dependiente, que explica de qué modo los miembros de la familia y/o los amigos proporcionan cuidados dependientes para una persona que es dependiente de la sociedad. La teoría del déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la Enfermería puede ayudar a las personas. La teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que generar y mantener para que se produzca el cuidado enfermero. A partir de su representación gráfica de los supuestos teóricos de Orem, en la figura 2 se muestra los modos en que las enfermeras pueden atender a las personas.

Figura 2. Teoría Enfermería de déficit de Autocuidado aplicada a la investigación



Fuente: tomado de Raile Alligood M, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en Enfermería. 9na Edición. 2018. ⁶⁹ Adaptación del autor

La teoría del déficit de autocuidado desarrolla la razón por la cual una persona se puede beneficiar de la Enfermería, donde el personal ayuda a las personas a satisfacer las necesidades humanas afectadas.⁷⁰ De esta manera el autor considera que la teoría de déficit de autocuidado es el sustento teórico para la atención a PRPCRI por la incapacidad de las mismas para garantizar su autocuidado y la teoría del sistema de Enfermería, en la que se explica cómo mantener los modos en que las enfermeras pueden atender a las personas.

En tal sentido, el autor asume la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de sistemas enfermeros. Considera que en la atención de Enfermería a PRPCRI, debe estar basada en garantizar los cuidados para el mantenimiento de su salud, si se tiene en cuenta, que la persona no consigue atender sus necesidades de autocuidado debido a su estado fisiológico. El papel del PE es identificar y asumir ese déficit, de manera que pueda proporcionar cuidados directos con habilidades y recursos necesarios.

Pues en su evolución fisiológica poseen una afectación de su función conectiva y conductual, con una implicación directa en la satisfacción independiente de sus necesidades básicas de respirar, alimentarse e hidratarse, eliminar por todas las vías corporales, moverse y mantener posturas adecuadas, mantener la temperatura corporal, mantener la higiene y la integridad de la piel, donde por conducta facultativa terapéutica, es priorizar la oxigenación, la ventilación, la hemodinámica, todo lo cual maximiza las posibilidades de utilizar la ventilación artificial y medidas farmacológicas.

Por ende, la necesidad de un modelo, que incluya la participación activa del PE en la satisfacción de sus cuidados universales que responden las necesidades humanas de supervivencia, con especial atención al mantenimiento del estado neurológico; dada su relevancia en el reajuste del medio interno en relación con los efectos pos PCR, la pérdida del aporte de oxígeno, el tiempo de recuperación de la circulación espontánea y la recuperación efectiva para potenciar la adecuada recuperación pos PCR.

En este modelo, se da importancia a la función del PE sólo cuando la persona no consigue satisfacer sus necesidades de autocuidado por sí mismo. De manera que las acciones deben estar dirigida a conservar la salud, prevenir enfermedades, o restablecer la salud y puede incluir actividades realizadas para la persona o en colaboración con éste, en la educación y práctica de la Enfermería, y constituye la base de algunas investigaciones básicas.

Una definición del autocuidado, según Marriner ⁶⁹ es “la práctica de las actividades que las personas maduras, inician y llevan a cabo en determinados períodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo”. ⁶⁹

El autor asume, el autocuidado como una función reguladora del ser humano que las personas deben llevar, o haber llevado a cabo por sí solas para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. La actividad de autocuidado ofrece la base para entender los requisitos y las limitaciones de acción de personas que podrían

beneficiarse de la Enfermería. De igual manera el autocuidado se debe aprender y desarrollar de manera deliberada, continua y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus períodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales.

Según Suárez, en la propia implementación de la teoría tiene implícito los autocuidados universales,⁷¹ que son comunes a PRPCRI tales como: la conservación del aire; agua; eliminación; actividad y descanso; soledad e interacción social; prevención de riesgos e interacción de la actividad humana. De igual manera los requisitos de autocuidado de desarrollo necesarios para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones.

Por tanto, adquiere relevancia en las modificaciones en el estado de salud, periodo trascendental que precisa de la búsqueda de consejos y ayuda de otras personas competentes para ofrecerlos. Sobre todo, cuando él individuo es incapaz de satisfacer sus propias necesidades y lograr una supervivencia con calidad.

La teoría de Dorothea Elizabeth Orem, es estudiada y validada en la práctica de Enfermería, por la amplia visión de la asistencia de salud, donde se logra estructurar los sistemas de Enfermería en relación con las necesidades de autocuidado. Este modelo guarda relación con el PAE pues en este se realiza una valoración de la persona para determinar las necesidades afectadas, diagnosticar,

planificar y ejecutar acciones del cuidado según las necesidades afectadas, que a su vez hay que tener presente el autocuidado como una de ellas para poder realizar la planificación de las acciones asistenciales a realizar.

Dorothea Elizabeth Orem, al crear el modelo de autocuidado proporciona un marco conceptual y establece una serie de conceptos con los metaparadigmas, para destacar lo concerniente con los cuidados de la persona, por lo que se considera debe aceptarse para el desarrollo y fortalecimiento de la Enfermería moderna en relación a la gestión del cuidado a través del PAE, con sus faces interrelacionadas, que abarcan desde la evaluación para determinar las necesidades humanas, diagnosticar, planificar, ejecutar un grupo de cuidados de Enfermería que todas están alrededor de la capacidad de la persona de gestionarse sus autocuidados, creado con el PE.

El autor asume la teoría del sistema de Enfermería y su sistema de apoyo educativo para progresión y materialización del plan de cuidado que potencie desde la participación consensada a PRPCRI, sus familiares, cuidadores y el equipo multidisciplinario. A través del sistema de apoyo educativo, se estimula la dinámica de las acciones preventivas y promocionales para favorecer una valoración efectiva; así como los fundamentos pues describe y explica las relaciones que se deben mantener para que se produzca el cuidado de Enfermería.

El autor considera que el accionar educativo derivado de los requisitos universales y las necesidades humanas afectadas, tienen una relación con las

manifestaciones clínicas directas e indirectas con estado neurológico, pues depende del hacer y saber hacer del PE que brinda el cuidado pos resucitación a la PCR. Por tanto, el plan de acciones colaborativas y autónomas debe satisfacer los requisitos de autocuidados.

El PE debe proporcionar y cumplimentar los requisitos de desarrollo centrados en el autodesarrollo, su papel rector en minimizar los efectos negativos en el sistema neurológico, en esa etapa crucial pos reanimación, que determina la estabilización clínica, psicológica y la reincorporación a la vida hogareña y social.⁷² Las PRPCRI precisan de una terapéutica personalizada, especializada y humanizada, que favorezca un adecuado nivel de autocuidado en su vida.

El encargo sanitario que Dorothea Elizabeth Orem, en el sistema de Enfermería de apoyo educativo concedió al PE, la misión de regular el ejercicio y el desarrollo de la acción de autocuidado. El cuidado pos RCP, recae en el PE, que brinda atención especializada mediante un plan de cuidados por acción multidisciplinar, basado en las mejores evidencias científicas. Lo que redundaría en que la propia riqueza del PAE y de las respuestas humanas, sin obviar el papel del cuidador o el familiar.

Al estudiar la teoría de Dorothea Elizabeth Orem, que ofrece una correlación entre la necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado. Esta abarca a personas que requieren una total ayuda del PE por la incapacidad total para realizar el autocuidado, para el autor es relevante la valoración que puede ser realizada entre el PE y la PRPCRI, debe aprender a realizarlas siempre con

ayuda. Proporciona un punto de partida de la integración y los conocimientos a consolidar una atención segura e integral.

En la gestión del cuidado es necesario una adecuada evaluación del estado clínico de la persona, realizar una planificación de los cuidados, y la ejecución con efectividad de los mismos. De esta forma, obtener una evolución de las respuestas de la persona que requieren los cuidados efectivos, eficientes y con calidad.

El autor realiza una integración de las teorías de Virginia Henderson y Dorothea Elizabeth Orem, al identificarlas como referentes teóricos y componentes que sustentan la gestión del cuidado de Enfermería para la atención a PRPCRI. A partir de la sistematización realizada el autor identifica puntos de convergencias, que sustentan una adecuada gestión de los cuidados de Enfermería, y ambas poseen como sustento en los metaparadigmas de Enfermería.

Virginia Henderson parte de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo central para la actuación del PE. Dorothea Elizabeth Orem, expresa el valor de una relación de Enfermería en la necesidad de realizar acciones compensatorias (para vencer la incapacidad o capacidad limitada de cuidarse) o para facilitar el desarrollo u organización de las actividades de autocuidado.

Dorothea Elizabeth Orem, se distingue por la creación de tres etapas del proceso de Enfermería que guardan relación con las tres etapas sistemas de Enfermería para garantizar el autocuidado de los pacientes para atender a la incapacidad total de la persona para realizar su autocuidado, una segunda etapa donde el

autocuidado de realiza entre el paciente-enfermera y una tercera donde el rol de la enfermera educar y apoyar.

Es imprescindible, la integración del PAE y las teorías asumidas por el autor encaminadas a identificar necesidades humanas afectadas a PRPCRI. Además, de planificar, ejecutar y evaluar un plan de autocuidado, que den respuesta a las necesidades identificadas, al brindar cuidados de Enfermería autónomos y colaborativos, y con ello favorecer la incorporación a la sociedad de la PRPCRI, con el mínimo de secuelas neurológicas.

El autor entiende, que para una adecuada gestión de cuidados de Enfermería a PRPCRI, es necesario contar con PE preparados con elevado nivel teórico-práctico. Que sean capaces, de utilizar de manera adecuada la tecnología e implementación de algoritmos, modelos y procedimientos.

Los sustentos teóricos asumidos por el autor, y el valor de la integración de la teoría de Virginia Henderson y Dorothea Elizabeth Orem, fortalecen la gestión del cuidado de Enfermería en la atención a PRPCRI, ambas enfatizan en las necesidades básicas para mantener la salud, la planificación, ejecución, evaluación del plan de cuidados diseñados, y ejecutados por el PE, encaminado garantizar la calidad, seguridad y satisfacción del PAE, sustentado en los modelos y teorías, donde refuerza la independencia y creatividad de la profesión.

1.4 El proceso de atención de Enfermería en la percepción de la gestión del cuidado de Enfermería en la atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria

La Enfermería moderna tiene entre su actuar principal ayudar a la persona enferma o sana, a realizar aquellas actividades que asumirían si se encontraran

con la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios; si se tiene en cuenta que las personas son las verdaderas protagonistas de mantener su salud, dicha actividad se encuentra definida por Virginia Henderson en su modelo teórico, y que constituye la base fundamental para el mantenimiento de las necesidades fisiológicas que presenta la PRPCRI.

El PAE es una estrategia metodológica que sirve como instrumento de conocimiento y destreza, que favorece a desarrollar el pensamiento crítico del PE.

⁷³ El autor refiere que es indispensable su utilización para la atención a PRPCRI con la finalidad de establecer prioridades de su atención según las necesidades humanas afectadas. Ayuda de forma holística al PE para realizar la valoración, establecer el diagnóstico, planificar, ejecutar los cuidados centrados en satisfacer las necesidades humanas afectadas, de manera priorizada individualizada, evaluar las respuestas de la PRPCRI y el plan de cuidado.

La aplicación del PAE a PRPCRI, permite realizar intervenciones de Enfermería de manera oportuna, favorece la disminución de riesgo de complicaciones determinadas de secuelas severas. El rol del PE y del equipo multidisciplinario de salud, es garantizar una asistencia encaminada a garantizar la oxigenación, hemodinámica, control de la temperatura corporal, neurológico y favorecer un estado psicológico; además de identificar las señales de peligro, su utilidad con base científica teórica, con la identificación de necesidades humanas, permitirá la identificación de diagnósticos de Enfermería e intervenciones oportunas.

Los cuidados pos PCR se encuentran dispuestos en la cadena de supervivencia, los cuales influyen de manera significativa en los resultados generales y en particular en la calidad de la recuperación neurológica. Se encuentran encaminados a tratar la causa precipitante del PCR, así como a evaluar y manejar la lesión cerebral, la disfunción miocárdica y la respuesta sistémica por isquemia/reperfusiones secundarias a la misma.⁷⁴

La atención a PRPCRI después del retorno de la circulación espontánea requiere especial atención a la oxigenación, control de la presión arterial, evaluación de la intervención coronaria percutánea, manejo específico de la temperatura y neuropronóstico multimodal.^{75, 76} La AHA en la actualización de los algoritmos de atención posterior al PCR hace énfasis en la prevención, de la hiperoxia, la hipoxemia y la hipotensión.⁷⁷

Los diagnósticos de Enfermería NANDA, son enunciados estandarizados, que describen problemas de salud reales o potenciales. Los diagnósticos se organizan en un sistema de taxonomía que relacionan los resultados e intervenciones.⁷⁴ Mediante la aplicación del PAE en la práctica asistencial de Enfermería a PRPCRI, le permite al PE brindar los cuidados de una forma racional, lógica y sistemática como resultado de la valoración continua para satisfacer las necesidades afectadas.

Según Cruz,⁷⁸ la Enfermería enfoca su trabajo en el cuidado a la persona, fundamentado en las teorías, modelos, y el PAE. Refiere que de esta manera se diagnóstica, planifica, ejecuta y evalúa sus acciones, al considerar la integralidad,

totalidad, seguridad, así como la continuidad requerida por el sujeto de cuidado en diferentes momentos y en diferentes escenarios.

Las acciones de cuidados para mejorar la supervivencia de personas que han sufrido PCR y restablecen la circulación espontánea, es necesario adoptar un enfoque sistemático de evaluación y soporte.^{79, 80} En la gestión del cuidado de Enfermería es necesaria una adecuada evaluación del estado clínico de la persona, realizar una planificación de los cuidados, y la ejecución con efectividad de los mismos, para la obtener una evolución de las respuestas de la persona que requieren los cuidados efectivos, eficientes y con calidad.

Conclusiones del capítulo I

La utilización del modelo de Virginia Henderson y la Teoría de Dorothea Elizabeth Orem como referente teórico posibilitó un sustento epistemológico en la actuación del PE, aspectos que respaldaron las decisiones metodológicas y las evidencias científicas obtenidas en el estudio. De esta manera se identificó que el proceso de sistematización determinó los fundamentos teóricos metodológicos que sustentan la gestión del cuidado de Enfermería a PRPCRI.

**CAPÍTULO II. CARACTERIZACIÓN DEL ESTADO ACTUAL DE LA GESTIÓN
DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS
RESUCITADAS A LA PARADA CARDIORESPIRATORIA
INTRAHOSPITALARIA**

CAPÍTULO II. CARACTERIZACIÓN DEL ESTADO ACTUAL DE LA GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS RESUCITADAS A LA PARADA CARDIORESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

El capítulo está estructurado en cuatro epígrafes, se describe el proceso de parametrización de la variable, se identifican las dimensiones e indicadores que permitieron caracterizar la gestión del cuidado de Enfermería para la atención a PRPCRI se establecen los niveles actuales de desarrollo, se realiza el inventario de problemas de Enfermería que influyen en su proceso, se exponen los resultados de los instrumentos aplicados y se describen los principales problemas en la práctica de Enfermería para implementar la gestión del cuidado en la población de estudio.

2.1. Parametrización de la variable gestión del cuidado de Enfermería para la atención a personas resucitadas a la parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria

La parametrización permite realizar una construcción de las indagaciones del nivel teórico y empírico a partir del cual expresan juicios sobre el fenómeno o proceso investigado. ^{81, 82}Alonso ⁸³ y Lazo ⁸⁴ muestran resultados satisfactorios y lógica en la aplicación de las etapas de la investigación aplicada en disímiles contextos de salud desde las Ciencias Pedagógicas, para la valoración, evaluación o

caracterización relacionadas con el objeto de estudio y campo de acción, al derivarlos en variable, dimensiones e indicadores.

Mientras, Silas ⁸⁵ asume que la parametrización permite adentrarse en el objeto que se investiga para el diagnóstico, caracterización y constatación. El proceso de parametrización es empleado en el análisis del objeto de investigación y campo de acción, al determinar la variable, dimensiones e indicadores para el estudio de las particularidades y de esta forma lograr la mayor veracidad en los resultados.⁸¹ Por otra parte, los indicadores son: datos operativos medibles, que expresan manifestaciones externas del objeto. Si se valoran las relaciones entre dimensiones e indicadores, se puede considerar que ambos se asocian al concepto (variable) y, además, tal vez lo importante es que cada dimensión constituye una agrupación de indicadores.⁸²

Para determinar la variable con sus dimensiones e indicadores, se tiene en cuenta la sistematización teórica realizada en el capítulo I, todo ello permitió la identificación y comprensión de los resultados obtenidos en la caracterización del estado actual de la variable y en el diseño del modelo propuesto. La determinación de las dimensiones constituye contenidos esenciales el asumir que la dimensión es la proyección de un objeto o atributo en una cierta dirección o según Lazo, ⁸⁶ lo declara en su obra como el proceso o fenómeno expresado en un concepto o desde sus diferentes direcciones de análisis.

El autor coincide con Abreu, ⁸⁷ al concebir los indicadores como datos operativos medibles en su investigación, que expresan manifestaciones externas del objeto. Si se valoran las relaciones entre dimensiones e indicadores, se puede considerar

que ambos se asocian al concepto variable y además, cada dimensión constituye una agrupación de indicadores. El autor define las dimensiones de la investigación para lograr emitir juicios de valor metodológico acerca de la gestión del cuidado de Enfermería para la atención a PRPCRI identificada por tres dimensiones: cognitiva, laboral y competencias con sus indicadores. Cuadro 1

Las dimensiones e indicadores propuesta por el autor en la investigación, le permitió evaluar la gestión del cuidado de Enfermería para la atención a PRPCRI. En tal sentido el autor considera importante el proceso de parametrización de la variable con las dimensiones e indicadores, porque se conforman los diferentes instrumentos a aplicar en la caracterización del estado de la gestión del cuidado de Enfermería para la atención a PRPCRI.

Según Arroyo, ⁸⁶ una variable es una característica que se puede someter a medición, puede considerarse como una condición o cualidad que puede variar de un caso a otro. ⁸⁸ El autor asume de Torres citado por Abreu, ⁸⁷ que las dimensiones son: "(...) aquellos rasgos que facilitarán una primera división dentro del concepto, es decir, las diferentes partes o atributos a analizar en un objeto, proceso o fenómeno expresado en un concepto o diferentes direcciones del análisis". Para medir los indicadores en cada uno de los métodos seleccionados, se utilizó el siguiente cuadro de decisiones referenciada por Abreu. ⁸⁷

Cuadro 1. Decisiones para la evaluación de los indicadores

Alto	Medio	Bajo
Índice entre 4.50 – 5.00	Índice entre 4.00 – 4.49	Índice entre 3.00 – 3.99

Fuente: tomada de Abreu ⁸⁷

De la misma forma se utilizó un cuadro de decisiones que permitió evaluar el nivel de afectación en cada una de las dimensiones. Cuadro 2 ⁸⁷

Cuadro 2. Decisiones para la evaluación del nivel de afectación de las dimensiones

Bajo	Medio	Alto
Promedio del índice de todos los indicadores entre 4.50 – 5.00	Promedio del índice de todos los indicadores entre 4.00 – 4.49	Promedio del índice de todos los indicadores entre 3.00 – 3.99

Fuente: tomado de Abreu ⁸⁷

El autor parametriza como variable única: gestión del cuidado de Enfermería para la atención a PRPCRI, definida en el capítulo I en la página 25, con sus dimensiones e indicadores para dar respuesta al problema científico.

De las definiciones el autor establece las dimensiones descritas y emplea la parametrización en la investigación, para la caracterización del proceso de gestión del cuidado de Enfermería, al permitir hacer el diagnóstico de la situación actual.

Además, su amplia utilización permite comprobar, demostrar y constatar de forma parcial o total la propuesta de solución al problema científico.

Desde la variable identificada, se derivaron las siguientes dimensiones.

La **dimensión cognitiva**, comprende la formación y perfeccionamiento cognitivo. Es el dominio de las técnicas de Enfermería en la atención a PRPCRI para promover el aprendizaje y la eficiencia en el cuidado, lo que implica el dominio del saber. Concebido como un proceso reflexivo, mediante el cual se formulan juicios y razonamientos clínicos para brindar cuidados de Enfermería, basado en los lenguajes estandarizados de la profesión que permiten satisfacer necesidades humanas, lo que implica el dominio del saber.

Sub- dimensión perspectiva de las personas como cuidado

1.1. Reconoce las necesidades de la persona con PRPCRI.

1.2. Identifica a la persona como un ente único pero sin estar aislado del espacio de cuidado.

1.3. Realiza la planeación dentro del PAE.

1.4. Conoce las fuentes de recolección de datos.

1.5. Conoce todas las etapas del PAE.

La **dimensión laboral**, tiene en cuenta el contenido técnico y profesional, acata con responsabilidad, juicio clínico, toma de decisiones y comunicación, el cumplimiento de tareas asignadas, al brindar cuidados de Enfermería a PRPCRI lo que implica el dominio del saber ser.

Sub- dimensión cuidados de Enfermería

- 2.1. Establece relaciones con otros profesionales de Enfermería y de otras especialidades en el contexto.
- 2.2. Tiene en cuenta las características intrahospitalaria para ofrecer cuidado a la PRPCRI.
- 2.3. Tiene en cuenta las características de las personas que ofrecen cuidado a la PRPCRI.

La **dimensión competencia**, concibe el aspecto volitivo del ser humano, que no solo se limita al PE con dominio de su especialidad, sino también a PRPCRI que recibe la atención de Enfermería, lo que implica el dominio del saber ser. Por ser la PRPCRI un proceso complejo, y necesario que el PE manifieste un conjunto de conocimientos en el desarrollo de habilidades y actitudes manifiestas, en la toma de decisiones y el modo de actuación para brindar cuidados holísticos, esto implica el dominio del saber hacer.

Sub- dimensión Conocimientos

- 3.1. Necesidad de superación profesional.
- 3.2. Conocimientos sobre las funciones del personal de Enfermería sobre la atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria
- 3.3. Habilidad de investigación,
- 3.4. Habilidades intelectuales,

- 3.5. Habilidades personales,
- 3.6. Habilidades interpersonales,
- 3.7. Liderazgo,
- 3.8. Trabajo autónomo,
- 3.9. Interacción con el equipo de salud.

Al realizar la investigación, el autor identifica causas que afectan la gestión del cuidado de Enfermería a PRPCRI. Lo que hizo que se direccionara la investigación en tres etapas:

- exploración (diseño y aplicación de los instrumentos que permitan realizar la caracterización de la gestión del cuidado de Enfermería en la atención a PRPCRI;
- descripción (describe el fenómeno, en este caso la gestión del cuidado contextualizado en la atención a PRPCRI); y
- correlación o asociación (el autor asume la triangulación metodológica para identificar los elementos relacionados con el modelo propuesto).

2.2. Procedimientos metodológicos para caracterizar el estado actual de la gestión del cuidado de Enfermería para la atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria

Se realizó una investigación de desarrollo I+D+i, se asume como diseño de la investigación un estudio cuali-cuantitativo, en el periodo comprendido entre enero del año 2023 hasta febrero del año 2024, que involucra la construcción y

validación de una guía de valoración de cuidados pos resucitación a PRPCRI y el instrumento de evaluación de conocimientos sobre el cuidado a PRPCRI.

La etapa de exploración, antes enunciada, se realizó mediante: a) revisión de la literatura; b) grupos de discusión; c) validación de contenido: ítems de la guía e instrumento de evaluación de conocimientos; d) prueba pre-test.

Revisión de la literatura

Se realizó una revisión integradora de la literatura ^{88, 89} sobre la atención a PRPCRI en el primer y segundo trimestre del año 2023. En este sentido, la pregunta de investigación para la revisión integradora se construyó mediante la estrategia Personas resucitadas-Intervención-Contexto (PICo), sin aplicar el comparador de siglas “C”. Se formuló una propuesta de pregunta preliminar: ¿Qué evidencia está disponible en la literatura sobre la atención de Enfermería a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria? En esta pregunta se definieron las siguientes siglas: P (población): personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria, I (intervención): la atención de Enfermería y Co (contexto) intrahospitalario.

La búsqueda de datos se realizó a nivel nacional e internacional, en las siguientes bases de datos [(BVS, *Medline* (vía BVS), SCOPUS, LILACS (vía BVS), BDENF (vía BVS)] se utilizaron los descriptores: “enfermería” AND “parada cardíaca” AND “parada cardíaca” OR “cuidados críticos” AND “atención de enfermería”. Esta estrategia de búsqueda se justifica, ya que al utilizar los descriptores “enfermería” AND “parada cardíaca” en una búsqueda preliminar en las bases de datos, el

número de estudios encontrados fue menor en comparación con la aplicación de los otros descriptores. (Anexo 1)

Se considerarán los siguientes criterios de inclusión: artículos originales y revisiones sistemáticas que aborden la atención de Enfermería a PRPCRI y guías clínicas sobre PCR publicadas en inglés, español o portugués en los últimos cinco años. El marco temporal adoptado está relacionado con la actualización de la información según las evidencias científicas, ya que los cuidados de Enfermería pueden sufrir cambios según nueva evidencia científica, e información sobre la patología. El equipo de selección de estudios estuvo compuesto por el autor y un miembro del grupo de investigación como doble revisor independiente.

El tercer revisor fue uno de los tutores, quien fue consultado para resolver las discrepancias entre los dos primeros revisores en la selección de los estudios. Para garantizar la tercera etapa de elaboración de la revisión integradora, se construyó un instrumento que resume la información principal de los estudios seleccionados: muestra, objetivo, método, resultados y conclusiones. También se analizó el nivel de evidencia de cada uno de ellos con una evaluación crítica de los mismos.⁹⁰

El autor utiliza como métodos del nivel teórico, análisis documental, sistematización, histórico-lógico, sistémico, estructural y funcional y modelación; dentro de los métodos del nivel empírico se utilizó, análisis de documentos, encuesta y el test de conocimientos. Por último, el autor realizó la consulta a expertos mediante el método de Barraza,⁸⁹ acerca del modelo de gestión del cuidado de Enfermería para la atención a PRPCRI.

El autor asume las dimensiones que parten de los pilares de la gestión del cuidado de Enfermería para la atención a PRPCRI, que permiten caracterizar el estado actual de la gestión del cuidado de Enfermería para la atención a PRPCRI en el HGAL de Cienfuegos.

Desarrollo del diseño de la guía

Esta fase se desarrolló en el segundo trimestre del año 2023. Según los resultados de la revisión de la literatura para el estudio de variables asociadas a la PCR.^{91, 92} Se construyó la guía de valoración de cuidados pos resucitación a PCRI y el instrumento de evaluación de conocimientos sobre el cuidado a PRPCRI. Fueron elaborados por el autor y participantes de dos grupos de discusión (profesionales de Enfermería, técnicos de Enfermería, especialistas de posgrado Enfermería Intensiva y Emergencias y especialistas de posgrado en Cardiología) con al menos dos años de experiencia en el cuidado a PRPCRI.

El autor entiende la necesidad que el PE adquiera conocimientos y práctica asistencial, referido al cuidado de Enfermería para la atención a PRPCRI. Para los grupos de discusión se seleccionaron: PE 14 de cada área por conveniencia; PE con experiencia en la aplicación de los objetivos de aprendizaje, para discutir la atención a PRPCRI y el posterior desarrollo guías de cuidados, algoritmos, modelos. Es de destacar que para esta etapa del estudio se eligió la técnica de recolección de datos de grupo focal, ya que permite la problematización, la reflexión y la búsqueda de respuestas sobre un tema específico, a partir de la interactividad grupal.⁹³

Se programaron dos secciones que constituyeron los dos grupos de discusión para desarrollar los conocimientos. Se llevó a cabo de manera presencial con la autorización a través del formulario de consentimiento libre e informado de todos los participantes, presentado en (Anexo 2). El investigador moderó el grupo de discusión y utilizó una guía para abordar aspectos relacionados con el objetivo propuesto y los temas a debatir. Un miembro del grupo de investigación con experiencia en grupos de discusión actuó como observador para controlar el tiempo y ayudar al moderador a dirigir las discusiones.

Cada sección tuvo una duración mínima de 90 minutos, según lo recomendado en la literatura.⁹⁴ Los resultados que emergieron fueron considerados, la primera versión de la guía de valoración de los cuidados, la cual fue enviada al comité de expertos para la validación de contenido. A continuación, se describirán los aspectos que fueron considerados por el comité de expertos para la validación de la guía y el instrumento de evaluación de conocimientos.

Esta primera versión de la guía fue estructurada por el investigador y se fundamentaron en los referentes teóricos presentados. Sin embargo, ocurrieron modificaciones basadas en discusiones con profesionales en los grupos de trabajo y del comité de expertos.

Validación de contenido de la guía

La guía de valoración de cuidados pos resucitación a PCRI fue evaluada en relación a sus contenidos (claridad y relevancia) por un comité de expertos. Esta fase se llevó a cabo en el tercer trimestre del año 2023. Para componer el comité

de expertos para la validación se adoptó la recomendación de Lynn,⁹³ que sugiere la selección de un mínimo de tres y un máximo de 10 expertos.

La búsqueda de la información se realizó a través del: PE y médicos especialistas de posgrado en Intensiva y Emergencias; y contacto electrónico con profesionales de instituciones nacionales referentes en el tema. También se utilizó la estrategia de “bola de nieve”, que consiste en seleccionar a los participantes, mediante indicación o recomendación de expertos seleccionados de forma previa.⁹³⁻⁹⁶ Los criterios para incluir expertos en el comité de validación se adaptaron de Fehring⁹⁵ y se describen en el cuadro 4.

Cuadro 4. Criterios para incluir expertos en el comité de validación

Criterios	Puntos
Ser máster	3
Ser Doctor en Ciencias	4
Tener investigaciones relacionadas con el tema o en área de urgencias y emergencias	2
Poseer competencia técnica, residencia o especialización en, Enfermería Intensiva y Emergencia, Cardiología, Urgencias y Emergencias	2
Practica asistencial de al menos dos años de experiencia en,	2

Urgencia, Emergencia o Cardiología.	
Publicaciones en revistas indexadas sobre el tema o enfocadas a la salud o seguridad del paciente.	1
Total	14

Fuente: tomado de Fehring.⁹⁶ Adaptado por el autor

La puntuación mínima a considerar será de siete (7) puntos en la suma de los criterios. Los expertos fueron contactados e invitados de forma electrónica (correo electrónico). Recibieron una invitación y una carta explicativa sobre los objetivos del estudio (Anexo 3). Quienes aceptaron participar en la investigación tuvieron acceso a los archivos sobre el consentimiento informado, la guía de cuidado y el instrumento de evaluación de conocimientos que se explicara a continuación.

Para recolectar los datos del comité de expertos para su validación, se utilizó un formulario organizado en hojas de cálculo Excel®, que contiene los ítems que componen cada instrumento. Los expertos respondieron sobre la claridad y relevancia de los ítems de la siguiente manera, 1-Desacuerdo, 2-Ni concuerdo ni en desacuerdo, 3-Concuerdo y 4-Concuerdo totalmente.

Para los ítems respondidos como uno (1) o dos (2), el experto fue guiado para justificar el motivo de la falta de claridad/relevancia, además de poder sugerir una nueva redacción para el ítem. Los expertos que consideraron necesario incluir o excluir algún ítem, lo describieron al final de cada hoja de cálculo presentada. Los

datos se organizaron en una hoja de cálculo Excel® y se analizaron mediante el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS®) 18.0.

Se utilizó el Índice de Validez de Contenido (IVC) para cuantificar el grado de acuerdo entre expertos durante el proceso de validación de la guía.⁹⁷⁻⁹⁹

En este estudio se adoptó un acuerdo mínimo de 0,90 asumiendo los valores adoptados por Beck⁹⁸ quien recomienda como satisfactorios valores $\geq 0,90$ para el IVC. Los ítems que no alcanzaron estos índices, se reajustaron y se realizó una nueva ronda de evaluación con el comité de expertos para su validación. Este procedimiento se realizó para alcanzar el acuerdo mínimo estipulado para los índices de confiabilidad.¹⁰⁰ Una vez culminado este proceso, se consideró la segunda versión de la guía.

Calculado por las siguientes formulas:

$$IVC = \frac{\text{número de respuestas 3 o 4}}{\text{número total de respuestas}}$$

Elaboración del instrumento de evaluación de conocimientos

El instrumento de evaluación de conocimientos es un cuestionario compuesto por preguntas de opción múltiple relativas al dominio cognitivo: conocimientos generales (comunes a todo el PE y conocimientos específicos (según el perfil profesional de cada uno). Se aplicó después de confeccionada la guía y en el seguimiento 30 días después para evaluar la retención de conocimientos de los participantes basada en los objetivos de aprendizaje, de manera específica en el

dominio cognitivo al considerar las dimensiones procesos cognitivos y conocimiento. (Anexo 4)

Resultados del Pretest

Ramada, cita a Beaton, ¹⁰¹ y refiere que un instrumento en su versión final debe ser probado de forma previa con 30 a 40 personas de la población objetivo para evaluar la comprensión de sus ítems. En esta investigación, esta fase fue realizada en el primer trimestre del año 2024.

Los participantes de esta etapa fueron divididos en partes iguales entre la UCI emergentes, UCIP y los gestores de Enfermería de las unidades incluidas en el estudio, del HGAL de Cienfuegos. Se entregó el consentimiento informado a cada participante de esta etapa (Anexo 5) y los instrumentos a ser probados. La recolección de datos, organización y análisis de datos fue realizada por el autor de la investigación (lectura de los instrumentos, resolución de dudas).

Se cumplimentó la guía y el instrumento de evaluación de conocimientos validado de igual manera que la guía por los mismos expertos. Junto a cada pregunta, los participantes respondieron sobre la claridad del ítem: ninguna claridad (1), parcialmente claro (2), claro (3) y muy claro (4). Si la pregunta no fue clara o fue parcialmente clara, se le pidió al participante que justificara el motivo de la falta de claridad y sugiriera una nueva redacción para el ítem. Luego de aplicar el pretest, se evaluó IVC. Una vez que finalizó esta fase, se consideró la versión final de la guía y del instrumento de evaluación de conocimientos.

Análisis de datos

Para el análisis, los datos fueron ingresados doble e independiente en hojas de cálculo formateadas en el programa Microsoft Excel® por investigadores externos al estudio, es decir, no participarán en la recolección de datos. Después de comprobar posibles inconsistencias tipográficas, los datos serán transportados para su análisis en el programa SPSS® 18.0. Las variables categóricas se analizaron mediante frecuencias absolutas (n) y relativas (%) y las variables cuantitativas se analizaron mediante medidas de posición (media o mediana) y dispersión (desviación estándar), en dependencia de la normalidad de los datos que se analizaron.

Aspectos éticos

En un primer momento se solicitó la autorización de los directivos del HGAL de Cienfuegos (Anexo 6), y la aprobación del Consejo Científico de esta institución para la realización de la investigación; aprobado según Acuerdo No. 127, con fecha 19 de septiembre del año 2022. (Anexo 7)

Los participantes incluidos en la investigación fueron de manera voluntaria, un primer momento expresaron la aceptación de participar en la investigación con el llenado del consentimiento libre informado. Se les explicó la intencionalidad y justificación del estudio, así como también la confidencialidad de los datos y los deberes del equipo de investigación.

La información que se obtuvo en el estudio fue utilizada solo con fines investigativos. La custodia de los datos estuvo en manos del investigador principal.

El estudio cumplió con los preceptos éticos de las Resoluciones N° 466/2012 y N° 510/2016 del Consejo Nacional de Salud y la Ley General de Protección de Datos N° 13.709, de 14 de agosto de 2018.¹⁰² Los resultados se pondrán a consideración del cliente, que es el HGAL, de Cienfuegos.

2.3 Caracterización de la gestión del cuidado de Enfermería para la atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria

La mortalidad en las personas que han sufrido una PCRI es alta a nivel mundial, un número elevado¹⁰³ fallece en los primeros días de hospitalización en la UCI, y otra parte sufren síndrome pos PCR,¹⁰⁴ que se describe como una lesión por isquemia-reperfusión global que conduce a una disfunción del miocardio, una respuesta inflamatoria y un daño neurológico que desencadena una serie de reacciones que agravan la situación.

Según el análisis estadístico de salud, se estima que 17,9 millones de personas fallecieron en el año 2019 como consecuencia de una enfermedad cardiovascular, lo que representa el 32% de todas las muertes a escala mundial,¹⁰⁵ en Cuba en el año 2023, se señala que se elevó la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, entre los grupos de causas de muerte más frecuentes del país,¹⁰⁶ con mayor prevalencia en las provincias de La Habana, Matanzas, Cienfuegos y Santiago de Cuba.

La sistematización realizada por el autor en el capítulo uno le permitió identificar los cuidados de Enfermería a PRPCRI, así como la importancia de atender y

priorizar las necesidades humanas afectadas que presentan las personas que restablecen la circulación espontánea después de las maniobras de RCP.

2.4. Análisis de los resultados

Desarrollo del diseño de la guía

En consecuencia, en el algoritmo metodológico diseñado por el autor en esta primera fase se realizaron dos grupos de discusión. La técnica grupal tuvo como primer resultado identificar el beneficio de las interacciones dentro del grupo, las opiniones abordadas facilitaron al autor el análisis de los discursos. En esta etapa se logró la participación activa del moderador, con un comienzo introductorio para explorar experiencias vividas que conectaron los participantes con el tema a investigar,⁷⁰ en los dos grupos de discusión desarrollados emergieron categorías relacionadas con las preguntas orientadoras.

El análisis del contenido develó tres categorías: diseñar una guía, estandarizar cuidados y conocimientos, de la primera categoría emergieron dos subcategorías: implementación de guías de actuación y guía de evaluación de los cuidados. La descripción más detallada de cada una se comenta a continuación. (Anexo 8)

En las voces que sustentan el discurso de los participantes del primer grupo identificado por la letra (E) se identifican las siguientes categorías:

Primera categoría primer grupo: diseñar una guía:

(...) necesitamos que se elabore una guía de actuación (E1), (...) considero que es necesario diseñar una guía (E1) (E2), (...) luego del diseño es necesario

implementar la guía de actuación diseñada (E1), (...) creo que es necesario elaborar una guía de evaluación de los cuidados (E1) (E2).

En correspondencia a las intervenciones en la discusión grupal las dos subcategorías que emergieron fueron:

Primera subcategoría: implementación de guías de actuación

(...) se pueden implementar los cuidados organizados a las personas según riesgos para su atención en el momento de la resucitación (E1, E2), (...) es necesario implementar la guía para garantizar cuidados óptimos (E1, E2), (...) debe implementarse la guía después en todos los servicios que atienden a las personas resucitadas (E1, E2, E7, E8).

Segunda subcategoría: guía de evaluación de los cuidados

(...) se debe diseñar una guía de evaluación de los cuidados. (E1) (E2) (...) con una guía de evaluación de los cuidados se puede ver como son llevado a cabo por el personal de Enfermería (E4).

Segunda categoría primer grupo: estandarizar cuidados:

(...) en relación con los cuidados, creo que se pueden estandarizar los cuidados a personas resucitadas (E1) (E2), que los cuidados sean homogéneos y oportunos (E3) (E4) debemos realizar cuidados, cuidados con calidad y calidez (E5) de manera que brindemos cuidados a personas resucitadas (E6) (E7) (E8), (...) yo creo que se deben identificar las necesidades afectadas, para homogenizar la actuación (E1), (E2), (...) se debería individualizar y clasificar la atención por los

riesgos de complicación mediante el Proceso de Atención de Enfermería (E1) (E2) (E7) (E8).

Tercera categoría primer grupo: conocimientos:

(...) en la formación como enfermeros solo nos dan conocimientos generales (E2) (E3), en el pregrado se dan conocimientos generales y básicos sobre el sistema cardiovascular (E4) (E5) a mi me gustaría aumentar los conocimientos sobre el cuidado a personas resucitadas a la parada (E6) (E7) (E8), (...) con conocimientos sobre el tema, el actuar de los enfermeros sería con calidad (E5), (...) los conocimientos en relación con la temática mejoraría el desempeño personal (E6) (E7) (E8).

De los discursos del segundo grupo identificados por la letra D, emergen las mismas categorías que el grupo anterior, en sus voces se declaran. (Anexo 9)

Primera categoría segundo grupo: diseñar una guía:

(...) tener una guía de cuidados para las personas resucitadas (D1), (...) elaborar una guía para organizar la atención a personas resucitadas (D2, D5, D6, D8), (...) realizar una propuesta de una guía de cuidados para la realización de un adecuado trabajo de Enfermería (D4, D7).

Segunda categoría segundo grupo: estandarizar cuidados:

(...) es importante estandarizar los cuidados de Enfermería (D1). Se debe generalizar los cuidados para la actuación de todo el personal de Enfermería (D2, D3, D4, D6, D7).

Tercera categoría segundo grupo: conocimientos:

(...) es importante que el personal de Enfermería pueda adquirir nuevos conocimientos en relación con el tema (D5) (D6) evaluar el conocimiento que se tiene sobre la parada y la resucitación (D7) hay que tener presente el conocimiento que se tiene sobre lo que se hace con razonamiento científico, (...) En sucesión con el algoritmo metodológico y los resultados obtenidos en los dos grupos de discusión, se procede a la elaboración de una guía de cuidados a PRPCRI para su posterior validación. (Anexo 10)

Validación de contenido de la guía y del instrumento

La validación de contenido de la guía se realizó con diez expertos, con experiencias de trabajo mayor de dos años con PRPCRI, de ellos cuatro Doctores en Ciencia y seis Máster en Ciencias, diez tienen investigaciones relacionadas con el tema, además muestran competencia técnica, residencia o especialización en: especialista de posgrado en Enfermería Intensiva y Emergencias, médicos especialistas en Cardiología, y Medicina Intensiva y Emergencias, y siete con publicaciones en revistas indexadas sobre el tema o enfocadas a la salud o seguridad del paciente.

En el inicio la guía se diseñó con 35 ítems, identificados por orden numérico y alfabético para su mejor comprensión, estos establecían las acciones de Enfermería en relación a la oxigenación y ventilación, la hemodinámica, la temperatura, el estado neurológico y el psicológico.

En la primera ronda de expertos el resultado del cálculo del IVC general mostró resultado de 0.97. No se sugiere eliminar ningún ítem, solo hacer modificaciones de la redacción de 15 ítems para mejor comprensión y con un foque más técnico, después realizar el análisis de las recomendaciones, con la sistematización realizada sobre el tema y la experticia del autor se determinó realizar las modificaciones en los ítems siguientes:

- sí ventilación artificial, mantener la sincronización con el respirador artificial, priorizar pre y pos oxigenación con FiO₂ al 100% en la permeabilización de la vía aérea, monitoreo hemodinámico, realizar chequeo de tensión arterial cada 15 minutos las primeras dos horas después de la resucitación, realizar chequeo tensión arterial cada 30 después de la tercera hora después de la resucitación durante cuatro horas posteriores, mantener chequeo tensión arterial horaria después de seis horas pos resucitación, realizar la cuantificación horaria de la diuresis, realizar electrocardiograma de 12 derivaciones horaria;
- además de los ítems, medir e interpretar presión venosa central (PVC) cada cuatro horas, manejo de la temperatura corporal, medir la temperatura cada 15 minutos las primeras dos horas después de la resucitación, medir la temperatura cada 30 después de la tercera hora después de la resucitación durante cuatro horas posteriores, medir la temperatura después de cuatro horas pos resucitación, manejo neurológico, evaluar e interpretar escala GLASGOW, vigilar de manera estricta la sedación, gestionar la realización de electroencefalograma durante los primeros siete días, gestionar imágenes neurológicas durante los primeros siete días, con la finalidad de facilitar el

manejo de la guía a todo el que trabajara con la guía de cuidados de Enfermería para personas resucitadas a la PCRI. (Anexo 11)

Al realizar la segunda ronda de experto para la valoración de la guía de cuidados de Enfermería a PRPCRI el cálculo del IVC fue de 0.99, no se sugiere por parte de los expertos eliminar ningún ítem y si realizar la revisión de la redacción de cuatro ítem: relacionado con el monitoreo hemodinámico: realizar chequeo de tensión arterial cada 15 minutos las primeras dos horas después de la resucitación, realizar chequeo tensión arterial cada 30 después de la tercera hora después de la resucitación durante cuatro horas posteriores, mantener chequeo tensión arterial horaria después de seis horas pos resucitación y el manejo neurológico: vigilar de manera estricta la sedación. Además, sugieren el cambio de la palabra manejo por ser ambigua en su comprensión. El autor considera pertinente realizar el análisis de las adecuaciones y se reelabora la guía de cuidados de Enfermería que se muestra en (Anexo 12).

La validez de contenido obtenida del juicio de expertos, el diseño de la guía junto a la validez de criterio permitió al autor la presentación de la versión final del instrumento para medir el nivel de conocimiento sobre el tema. El mismo proporcionó información sobre habilidades y conocimientos adquiridos en relación a la atención a PRPCRI. El instrumento aplicado al PE, identificó el conocimiento y práctica que poseen. En relación a si tienen la preparación suficiente para llevar a cabo los cuidados a PRPCRI, los resultados mostraron que el conocimiento alcanzado fue alto en el 23%, (9), medio el 52% (20), bajo en el 25% (10) de encuestados. Estudio realizado por Vera ¹⁰⁵ en el año 2020, refiriere que el PE

alcanza niveles elevados de conocimiento, en la dimensión precauciones universales, en el 97,5% de encuestados.

Este estudio halló que el PE considera que tienen conocimientos de todas las etapas del PAE para llevar a cabo los cuidados a PRPCRI, en el 100% del personal en estudio, datos que coinciden con otros estudios.^{106, 107} Este mismo porcentaje considera que el PE no posee conocimientos de cómo realizar la gestión intrahospitalaria en relación a todos los cuidados sobre la actuación ante la PRPCRI y desconocen si fuera de su área de trabajo también pueden iniciar los cuidados a PRPCRI.

A juicio del autor de esta investigación, es una brecha en relación a brindar mejores cuidados a PRPCRI y por consiguiente, la aplicación de la guía de actuación y la guía de evaluación de los cuidados de Enfermería pudiera disminuir estas brechas. En los resultados encontrados se pudo hallar que el PE precisa de un modelo de gestión del cuidado de Enfermería para la atención a PRPCI será abordado en el siguiente capítulo.

Conclusiones del capítulo

La aplicación de diferentes técnicas y sistematización bibliográfica hizo posible la identificación de las dimensiones de la gestión del cuidado para atención a PRPCRI. Mediante la estrategia de revisión, se obtuvo documentos que formaron parte importante como sustento teórico para determinar la guía de valoración de cuidados de Enfermería, algoritmos para la atención a PRPCRI.

**CAPÍTULO III. MODELO DE GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA
LA ATENCIÓN A PERSONAS RESUCITADAS A LA PARADA
CARDIORESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA**

CAPÍTULO III. MODELO DE GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS RESUCITADAS A LA PARADA CARDIORESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

El capítulo está estructurado en tres epígrafes, se describen los fundamentos y estructura del modelo de gestión del cuidado de Enfermería para la atención a PRPCRI; así como la valoración del modelo.

3.1 Fundamentos del modelo de gestión del cuidado de Enfermería para la atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria

La actividad científica investigativa precisa de construcciones teóricas que muestran las cualidades del objeto de estudio, el autor reconoce la gestión del cuidado de Enfermería para la atención a PRPCRI. Para la elaboración de la propuesta basado en un modelo, lo que derivó en profundizar acerca de la modelación como método de investigación y el modelo como resultado científico con el objetivo de lograr la transformación del objeto. El desarrollo de la modelación como método del conocimiento teórico está de forma directa vinculado al desarrollo histórico de la ciencia y tiene una importancia básica para la comprensión de las tendencias del desarrollo de todo conocimiento científico contemporáneo.^{108,109}

Los modelos conceptuales surgen de la necesidad sistémica del conocimiento al adquirir posturas dialécticas devenidas de la flexibilidad cognitiva y la comprensión histórico práctico. Los modelos conceptuales son utilizados en diversas disciplinas con la finalidad de percibir los fenómenos y reflejar aspiraciones, creencias o alcance profesional. ¹¹⁰

Según Kuerten, ¹¹¹ los modelos son esquemas teóricos, de manera general en forma matemática, de un sistema o de una realidad compleja, como la evolución económica de un país, que se elabora para facilitar su comprensión y el estudio de su comportamiento. Refiere además, que significa: molde, medida, cantidad de cualquier cosa, que por su perfección se debe seguir e imitar; considera que es una representación en pequeño de alguna cosa. ¹¹¹

El modelo de Virginia Henderson se encuentra entre aquellos que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo central para la actuación de Enfermería, plantea que la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial. Apunta que lo fundamental es ayudar al individuo sano o enfermo a conservar o a recuperar la salud. ¹¹²

Los modelos conceptuales proporcionan la óptica necesaria para valorar los aspectos cualitativos y globales del cuidado, sin los cuales no se podrán identificar las necesidades humanas que forman parte substancial de la actividad del PE. ¹¹³⁻

¹¹⁶ Según Luis, ¹¹² el uso de los modelos conceptuales no solo permite que los cuidados sean más holísticos e individualizados, sino que también proporcionan las

habilidades intelectuales del PE para las prácticas habituales entre los gestores del sistema de salud, como la contención de costos o la reducción de las plantillas.

Salazar, ¹¹³ señala que los modelos favorecen la construcción del cuidar como un acto específico y fundamental a través de los elementos conceptuales sobre los que se elaboran los marcos teóricos, como la intersubjetividad, comprensión, interrelación, autonomía y creatividad. Hasta tal punto, que se considera un peligro el hecho de que el PE base su investigación y practica en hallazgos obtenidos en investigación procedentes de otras disciplinas, si estos no son analizados y adaptados a la luz de los modelos y teorías de Enfermería.

Por su parte Rodríguez ¹¹⁴ en el año 2014, lo considera un método del conocimiento científico, “(...) una praxis cognitiva que supone la construcción de una representación mental del objeto de la modelización.” ¹¹⁴ Los metaparadigmas, se consolidan en los primeros modelos conceptuales de la profesión. Al aportar eficiencia y competencia profesional al cuidado, de igual manera permiten la contextualización de acciones de cuidado desde una dimensión sociocultural, al aportar una metodología, un lenguaje unificado, mayor eficiencia en el cuidado, y un pensamiento científico, cultural efectivo, en la profesión de Enfermería. ¹¹⁷

Figueredo y colaboradores, ¹¹⁶ en el año 2019, visualizan los modelos conceptuales de Enfermería como el marco de referencia para la práctica de Enfermería. A la vez que deben estar centrados en la red conceptual de Enfermería y conformados por las categorías: persona, entorno, salud y Enfermería. ¹¹⁶⁻¹¹⁸

La sistematización teórica realizada por el autor le permitió definir, modelo de gestión de Enfermería para la atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria como un esquema dinámico y organizado, representativo de una realidad objetiva y determinada, identificada en la experiencia asistencial e investigativa, con un enfoque teórico, práctico, tecnológico y fundamentado en las diferentes ciencias que permita mejorar la atención en función de las necesidades humanas identificadas con un enfoque humanístico, con atención a la individualidad cognitiva y afectiva.

El modelo que se propone permite ofrecer los conocimientos para mejorar la práctica del cuidado y desarrollar una estructura con un fundamento sistemático para las actividades del PE en la prestación de servicios.

3.2 Estructura del modelo de gestión del cuidado de Enfermería para la atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria

Los hospitales componen los escenarios más importantes, los modelos de gestión permiten ofrecer los cuidados de Enfermería a las personas en sus diferentes áreas de atención, al garantizar la salud, de quienes llegan en busca de los cuidados específicos con calidad. En el orden metodológico en las diferentes áreas exploradas exponen puntos en común que deben cumplimentar los modelos; en primer lugar, deben estar sustentados en una teoría de amplio impacto ya probada, así como en principios y fundamentos filosóficos, sociobiológicos, psicológicos.

Debe además mostrar sus definiciones operacionales y categorías donde se evidencie sus relaciones de subordinación para demostrar el enfoque sistémico.

Un modelo es la grafía conceptual o simbólica de la realidad. Se utiliza en la ciencia para desarrollar explicaciones de lo que no se puede observar con facilidad. Para explicar cómo funcionan los hechos se utilizan los modelos a partir de las interacciones entre símbolos o conceptos.¹¹⁹

Para la Enfermería representan las bases filosóficas en el proceso de gestión del cuidado de Enfermería en los servicios asistenciales, con fundamentación en la utilidad de los metaparadigmas, que se enfocan en el desarrollo directo de una teoría.¹²⁰ Los modelos distinguen la profesión, porque proporcionan un marco referencial, que permite acreditar desde la epistemología la naturaleza del cuidado y aportar las mejoras de las actividades asistenciales.

Florence Nightingale (1823-1910), comienza a distinguir la Enfermería con una visión filosófica de su accionar y proporciona elementos para la construcción el cuerpo de conocimientos de la ciencia de la Enfermería.²⁸ Desde entonces la utilización de los modelos ha constituido una herramienta para sustentar desde la teoría la práctica de la profesión, lo que se materializa en la profesionalización de los cuidados. Desde la época de Florence Nightingale se comienza la formación de los esbozos teóricos que crecieron y evolucionaron mediante la ciencia para originar los modelos de atención de Enfermería, guía de las áreas docentes, asistenciales, administrativas e investigativas de la profesión.

El autor refiere que el modelo de gestión de Enfermería ilustra el cuidado como una realidad objetiva (cuidado), realizados con sustentos teóricos que permiten asumir el juicio valorativo del acto de cuidar (intervenciones de Enfermería), en correlación al proceso de gestión del cuidado, que tiene que ser adaptable a toda realidad clínica y aplicable a la gerencia, asistencia, docencia y a la ciencia.

Por tal razón se puede plantear que un modelo de gestión del cuidado de Enfermería para la atención a PRPCRI debe retomar las ideas claves de la teoría que se asume: teoría del déficit del autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem y las 14 necesidades humanas de Virginia Herdenson. En tal sentido el modelo se orienta en las personas como cuidado e invita de manera directa a la llamada de cuidado, desde el plan de cuidados a las PRPCRI. Se asume entonces el modelo de transformación en la práctica a partir de diferentes relaciones. Lo relevante de la teoría es que el cambio de la práctica asistencial no solo se encuentra sustentado en las actividades que realiza el PE, si no, que ayuda a la intención de conocer y atender a la persona que recibe, los cuidados.

Para la contextualización de los cuidados a las PRPCRI se hace necesario relacionar las premisas de las teorías de Enfermería como cuidado y elementos de la gestión, a través de los conceptos.

La **salud**, la PRPCRI pierde el funcionamiento básico para mantener su estado de salud. Carecen de la voluntad, fuerza y conocimientos necesarios para realizar sin ayuda las 14 necesidades básicas.

Aspecto este, que se expresa en déficit del autocuidado de la PRPCRI, expuesto en necesidad de ayuda para alcanzar salud; la mirada debe ser integradora, donde se incluyen los sustentos teóricos y el PAE en relación al cuidado, este está en correspondencia a las necesidades humanas identificadas por el PE.

El **entorno**, está determinado por un sistema de acciones donde la persona es incapaz de realizar cualquier acto y el PE brinda atención, hace juicios y toma decisiones sobre las necesidades de cuidado de la PRPCRI.

Y **Enfermería**, está encaminado a la ayuda de la PRPCRI a través de cuidados y técnicas propias que incluye el quehacer de la Enfermería en los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y preventivos.

Dada la relevancia del tema, el autor realiza una sistematización de investigaciones, que como resultados han derivados en modelos, con salida al área del conocimiento Ciencia de la Enfermería, y que guardan relación con el tema de investigación.

Investigador	Tema de investigación	Contribución a la teoría
Dr. Osmany Alonso Ayala ⁵⁶	C. Modelo de cuidados de Enfermería en la atención humanístico-clínico a la persona con afecciones traumatológicas y	Las relaciones que se establecen entre el cuidado de Enfermería, el PAE reveladas en el diseño del modelo, que se sustenta en evidencias científicas desde una

	ortopédicas	concepción integral del cuidado a la persona con afecciones traumatológicas y ortopédicas. Al tener en cuenta los sustentos teóricos de Virginia Henderson, al identificar necesidades desde una concepción humanístico-clínico como elemento distintivo, y con ello el fortalecimiento de las bases epistemológicas de la Ciencia de la Enfermería Cubana.
Dr. C. Aymara Yusimy Cruz Almaguer ⁵⁷	Modelo de gestión del riesgo en la atención de Enfermería para la seguridad del paciente con enfermedad cerebrovascular	Modelo propuesto, dada por las relaciones de sus componentes que se manifiestan en su propio carácter abierto, así como las que se establecen entre la gestión del riesgo y el PAE. De estas relaciones emerge como cualidad superior, la seguridad del paciente con enfermedad cerebrovascular.
Dr. Elicerio Jorge	C Gestión de cuidado enfermero a personas con afecciones neumológicas	Relaciones dialécticas que se evidencian en el modelo como proceso de superación propuesto

Chacón	y que se expresan en los
Reyes ⁵⁸	siguientes componentes: las
	funciones del enfermero
	asistencial; los problemas
	profesionales para el desarrollo de
	la gestión del cuidado enfermero y
	la satisfacción en los cuidados a la
	persona con afecciones
	neumológicas y la exigencia de la
	sociedad cubana actual.

Luego de la sistematización realizada, entiende la relevancia de los resultados obtenidos, como referentes a los cuidados pos resucitación a la PCR, así como el análisis de la discusión grupal, que se aborda en el capítulo II, permite al autor tener como fundamento del modelo de gestión del cuidado de Enfermería, el algoritmo elaborado por el investigador, que favorece la atención a la PRPCRI.

El algoritmo de práctica clínica es una representación gráfica sistemática diseñada para ayudar a los profesionales de la salud a tomar decisiones sobre la atención de Enfermería, adecuada para circunstancias clínicas específicas. Además, está orientado a las decisiones diagnósticas o terapéuticas que favorece a la atención a la PRPCRI.

El algoritmo para la atención a la PRPCR realizado, marca un antecedente importante para la atención de Enfermería en el HGAL de Cienfuegos, porque organiza la atención y ayuda a establecer prioridades de las acciones a realizar.

Algoritmo para la atención de Enfermería

Persona con parada cardio respiratoria intrahospitalaria			
Servicios de emergencias	Unidades quirúrgicas	Servicios de hospitalización	Servicios ambulatorios
Activación del equipo de atención a personas resucitadas de la parada cardio respiratoria (PRPCR)			
Identificación de la PRPCR	Realizar valoración inicial de la PRPCR por el personal de enfermería	Realizar la identificación de necesidades afectadas PRPCR	Brindar atención colaborativa a la PRPCR
Realizar plan acciones de Enfermeria para la estabilización de la PRPCR			
Oxigenación y ventilación		Monitoreo hemodinámico	Control de la temperatura corporal
Tratar la causa y realizar traslado seguro			
Unidad de cuidados intensivos polivalentes	Unidad de cuidados intensivos clínicos	Unidad de cuidados intensivos quirúrgicos	
Realizar la recepción por la jefa de sala o jefe de turno de Enfermería			
Realizar reevaluación de PRPCR para la identificación de necesidades afectadas y diagnósticos			
Realizar la planeación de los cuidados de Enfermería			

Gestionar los insumos y equipos médicos para garantizar los cuidados de enfermería			
Realizar las intervenciones de enfermería para garantizar Oxygenación y ventilación Mantener SpO2 94-98% Mantener Cagnografía de ondas PaCO2 35-45 mm Hg			
Si ventilación espontanea Realizar correcto posicionamiento de la cabeza Mantener vías aéreas permeables Administrar oxígeno terapia por máscara o tenedor si saturación de oxígeno menos de 95 %		Si ventilación artificial Garantizar la sincronización con el respirador artificial Priorizar antes y después la oxigenación al 100% en las aspiraciones de vías aéreas Verificar modalidad ventilatoria según estado de conciencia Verificar óptimo funcionamiento del respirador artificial y sus accesorios Interpretar y valorar resultados de hemogasometría arterial	
Realizar monitoreo hemodinámico Realizar EKG de 12 derivaciones Mantener acceso venoso Mantener tensión arterial sistólica mayor 100 mmHg	Realizar control de la temperatura corporal Mantener temperatura 32-36 °C Evitar escalofríos y temblores	Realizar control neurológico Evaluar e interpretar escala GLASGOW Realizar glucometría horarias Evitar	Realizar control psicológico Mantener ambiente confortable Mantener la empatía con persona- familia Gestionar

Mantener normovolemia	Mantener el control de sedante y relajante musculares	hipoglucemia Vigilar de forma estricta la sedación horaria según escala RASS	interconsulta con psicología
Realizar la evaluación del plan de cuidados			
Realizar la evaluación de la respuesta de la PRPCRI			
Satisfactoria		Insatisfactoria	
Traslado a otra unidad de cuidados intensivos		Realizar la reevaluación de la PRPCRI	
Traslado a salas de hospitalización abiertas		Realizar modificaciones al PAE según las necesidades afectadas y expectativas a reales	
Fomentar la rehabilitación			
Reincorporación a la sociedad			

Elaboración propia del autor

El modelo gestión del cuidado de Enfermería para la atención a PRPCRI, además de los sustentos teóricos, la visión de los metaparadigmas y el algoritmo para la atención de Enfermería, el investigador asume el PAE, como vía de actuación del PE, y mantiene su aplicabilidad en primer lugar porque constituye el método científico de la profesión; segundo por la capacidad de organización; tercero por la interrelación entre sus etapas (valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación); y cuarto por su carácter dinámico, dialéctico y cíclico que permite la reevaluación de la PRPCR. El PAE como instrumento trae beneficios en la gestión de cuidados y para sí mismo porque posibilita una atención integral a la persona, no

solo desde las necesidades humanas; sino también emocionales, espirituales y sociales.

El PAE guía el trabajo profesional, científico, sistemático y humanista de la práctica de Enfermería, centrado en evaluar en forma simultánea los avances y cambios en la mejora de un estado de bienestar de la persona, familia y/o grupo a partir de los cuidados otorgados por el PE, también posibilita innovaciones dentro de los cuidados además de la consideración de alternativas en las acciones a seguir. Proporciona un método para la información de cuidados, desarrolla una autonomía para el PE y fomenta la consideración como profesional, para la atención integral a la PRPCRI, por esta razón el autor entiende, de necesaria la integración del PAE en el modelo de gestión diseñado.

Los diagnósticos de Enfermería NANDA o diagnósticos enfermeros como también se conocen, se caracterizan por ser estándar, y representan la situación de salud reales o potenciales de las personas. Estos se establecen de manera organizadas en un sistema de taxonomía que relacionan las intervenciones y resultados. En la valoración a la PRPCRI los principales diagnósticos de Enfermería a utilizar pertenecen al Dominio 4, Actividad/Reposo y a la Clase 4: Respuestas cardiovasculares y pulmonares.

En el sistema cardiovascular, en la PCR la cantidad de sangre oxigenada bombeada por el corazón es insuficiente, a partir de la demanda metabólica del organismo, además de las alteraciones de la frecuencia cardíaca y el ritmo cardíaco, que provoca una disminución de la circulación sanguínea periférica que

puede comprometer la vida. Que se produce por la detención de la circulación que evita la llegada de oxígeno y glucosa a los tejidos.

En el sistema respiratorio, puede existir un compromiso respiratorio en el estado pos resucitación a la PCR, este momento se caracteriza por una disminución de las reservas de energías que producen la incapacidad para mantener la respiración adecuada y conservar la vida, por causas metabólicas o fatigas de los músculos respiratorios.

En la actuación práctica del PE ante la PRPCRI, es relevante la utilidad del PAE, en garantía de procedimientos adecuados, homogéneos, que favorecen cuidados pos resucitación desde un fundamento científico, y con incidencia en el equipo de salud, como vía para la atención integral a la PRPCR.⁷⁴

La aplicación del PAE en el modelo de gestión del cuidado de Enfermería para la atención a PRPCRI, es el complemento esencial en su estructura, si se tienen cuenta al PAE como cíclico y sistemático, que brinda una atención integral para partir desde una valoración exhaustiva de problemas y formulación de diagnósticos de Enfermería hasta planificar, ejecutar y evaluar cuidados encaminados a satisfacer las necesidades de la persona resucitada, que garantiza su recuperación. El PE realiza una gestión del cuidado de Enfermería para la atención a PRPCRI, a través de una correcta valoración, planificación de sus intervenciones de forma individualizada, se toma como referencia los sustentos teóricos del déficit de autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem y el modelo de Virginia Henderson abordados en el capítulo I, la guía de valoración de cuidados pos resucitación, el

algoritmo de actuación, esto dos abordados en el capítulo II, de tal manera garantiza que su trabajo sea de manera oportuna, pertinente, de calidad que genere satisfacción y confort a la PRPCRI.

La estructura del modelo de gestión del cuidado de Enfermería para la atención a PRPCRI, tiene como sustentado en el modelo de Virginia Henderson con las 14 necesidades básicas del ser humano, por lo importante que resulta la identificación temprana de las necesidades básicas afectadas para poder realizar un diagnóstico de Enfermería oportuno que garantice de esa manera no complicaciones inmediatas o largo plazo en la vida de la persona; además se asume la teoría de déficit del autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem donde el PE es quien asume el rol de cuidador, y es quien garantiza la satisfacción de las necesidades afectadas. El modelo tiene en cuenta los elementos de los metaparadigmas de Enfermería en su estructura, que garantiza, realizar sus intervenciones de Enfermería de manera holísticas, relacionadas con la persona, la salud, el entorno y Enfermería como elementos importantes en la actuación del PE ante la PRPCRI.

El modelo en su estructura permite la utilización del algoritmo para la atención a las PRPCRI, en él se establece el PAE como elemento esencial para la atención de Enfermería, que resulta el método de la profesión y garantiza al equipo de Enfermería realizar cuidados homogéneos, integrales, didácticos, cíclicos, independientes que garantizan la recuperación de la PRPCRI y ayudan a la interrelación con los demás miembros del equipo de salud que intervienen en la asistencia de Enfermería de la PRPCRI.

En el modelo se muestra la relación entre la persona que brinda cuidados, PE y la PRPCRI que recibe los cuidados. El PE necesita de fundamentos teóricos, protocolos, guías de actuación, modelos, para la actualización de los conocimientos y aplicación del PAE, para satisfacer las necesidades humanas afectadas, al tener en cuenta el autocuidado a realizar en la atención a la PRPCRI.

El modelo es asequible y aplicable a todos los contextos donde se brinde cuidados de Enfermería a la PRPCRI, al tener en cuenta sus características y los problemas de salud identificados para garantizar la gestión del cuidado de Enfermería. Además, brinda la posibilidad de individualizar la gestión de los cuidados, al aplicar el PAE y las teorías de las necesidades afectadas y el autocuidado.

Para realización de la representación gráfica del modelo de gestión del cuidado para la atención a PRPCRI, el autor trabajo en cuatro etapas que le permitió su creación:

- primera etapa, se realizó la sistematización de bibliografía que apporto el sustento teórico y científica que abordan el tema de modelos de gestión para los cuidados de Enfermería, así como la revisión de los protocolos y guías de actuación de las diferentes asociaciones internacionales que abordan los cuidados en la cadena de supervivencia de la PCR;
- segunda etapa, se realiza la evaluación del conocimiento al PE sobre el uso del PAE y la gestión de los cuidados para la atención de Enfermería a las PRPCRI;
- tercera etapa, se realiza el análisis del contenido de los grupos focales y se elaboró una guía de valoración de cuidados de Enfermería para la atención a

PRPCRI y un algoritmo para la atención de Enfermería en la PCI, sustentado en el PAE como método científico de la profesión, elementos esenciales para la elaboración del modelo de gestión del cuidado de Enfermería para la atención a PRPCRI;

- cuarta etapa, se realizó el diseño del modelo para la atención a PRPCRI y se llevó a la valoración por expertos.

La propuesta del modelo para la gestión del cuidado de Enfermería para las PRPCRI se encuentra diseñada en tres fases relacionadas entre sí:

- primera fase, se comienza con la valoración de la estructura, se tiene como referente los metaparadigmas de Enfermería, y los factores internos y externos que puedan influir de forma directa o indirecta al cuidado de Enfermería a la PRPCRI. Así como los referentes teóricos, guías de atención, algoritmos y modelos que sustentan las intervenciones de Enfermería, también se realiza la asignación del PE idóneo, se garantiza los recursos materiales necesarios para los cuidados de Enfermería, como elemento principal y decisivo en la estructura que garantiza la gestión óptima del cuidado de Enfermería a PRPCRI;
- segunda fase, el equipo de Enfermería a través del PAE garantiza los cuidados de Enfermería de una manera holística, organizada, planificada, cíclica que favorece la atención a PRPCRI, así como la optimización del tiempo del PE;
- tercera fase, se garantiza la intervención del resto del equipo de salud definido para la atención a PRPCRI, y la interrelación con el equipo de Enfermería, esto favorece a realizar una nueva valoración, donde se debate y se diseña un

nuevo plan de cuidados de Enfermería a través del PAE. Además de favorecer la gestión el cuidado a las PRPCRI.

El autor hace necesario la explicación del modelo de gestión del cuidado de Enfermería para la atención a PRPCRI se encuentra estructurado por fases por ser un modelo cíclico, donde las fases se encuentran en estrecha relación, una determina la otra, y en se puede comenzar en la primera fase las veces que sean oportuna para garantizar una adecuada intervención del equipo de Enfermería y el resto del equipo de salud, y esto hace posible una gestión del cuidado con alto grado científico, técnico y con fundamentos interdisciplinarios.

3.3 Valoración del modelo de gestión del cuidado de Enfermería para la atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria

Una vez diseñado la propuesta del modelo de gestión del cuidado de Enfermería para la atención a PRPCRI, se procedió a realizar la valoración por expertos a través de la metodología Barraza, los criterios de inclusión de expertos seleccionados fueron: poseer los títulos de Máster o Doctores en Ciencias (Educación, Educación Médica y Enfermería) y ser profesionales de la salud con más de cinco años de experiencia en la Educación Superior.

Para dicha consulta a expertos se utilizó la “estrategia para la recolección de evidencias de validez basada en el contenido” de Barraza,⁸⁹ en correspondencia se elaboró un modelo para el cuidado de Enfermería para la atención a PRPCRI.

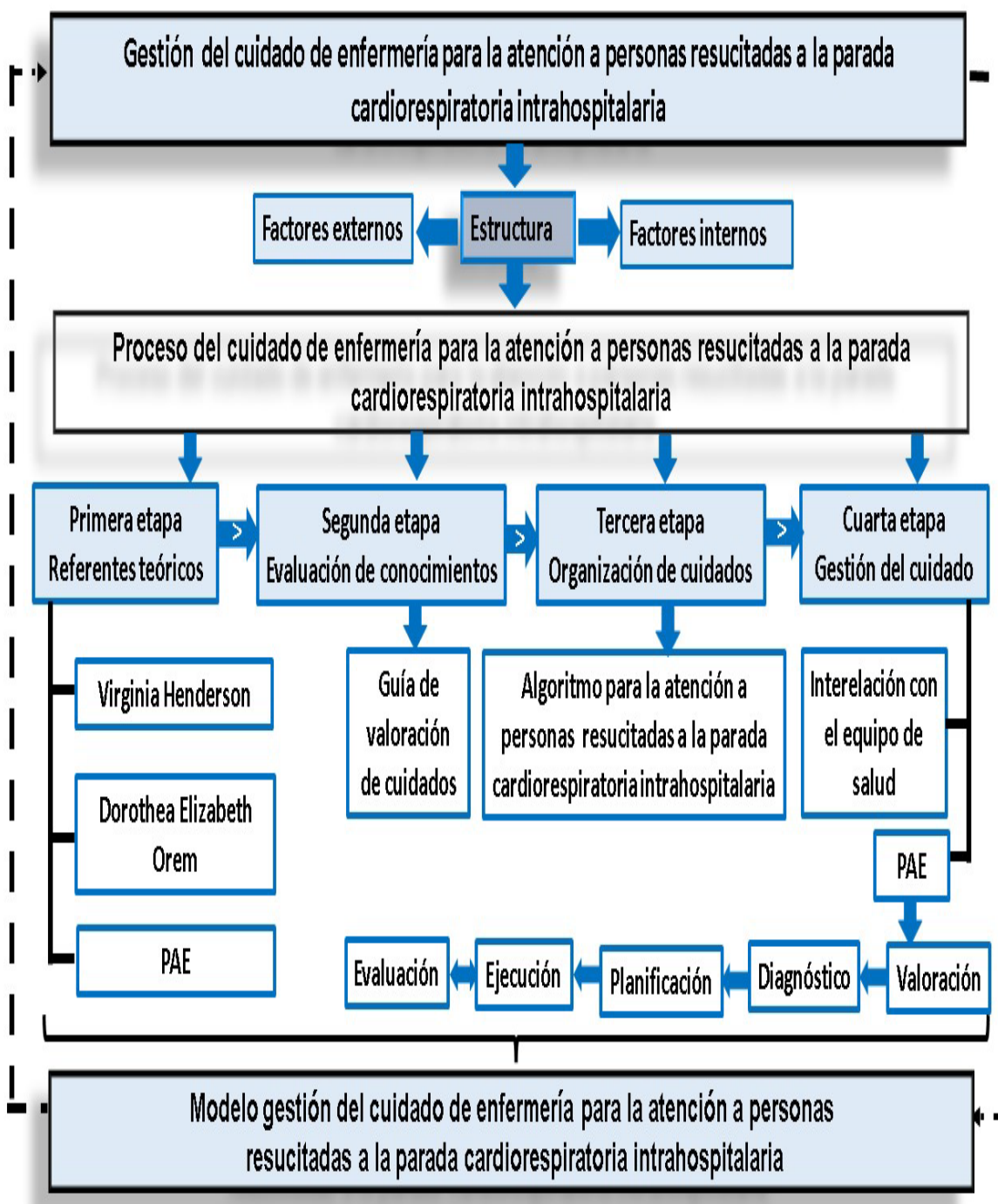
Si bien existen otros métodos para este tipo de validación, el autor lo seleccionó por encontrar referencias de su fácil comprensión y probada aplicación.

La metodología de Barraza declara que con los ítems que sean aprobados por los expertos se calcula una media general, de las puntuaciones de las categorías de medición, las cuales son: no pertenece (NP) con valor de cero, probablemente no pertenece (PNP) con valor uno, probablemente si pertenece (PSP) con valor dos y si pertenece (SP) con valor tres. Los ítems que obtenga menos de 1,5 se eliminan, con los ítems restantes se interpreta el resultado con la escala sugerida por el autor de referencia: ⁸⁹

- de 1.6 a 2 se considera que el ítem o la sección presenta una validez débil.
- de 2.1 a 2.5 se considera que el ítem o la sección presenta una validez aceptable.
- más de 2.6 se considera que el ítem o la sección presenta una validez fuerte

En correspondencia al resultado a la valoración del modelo se muestra el modelo diseñado por el autor en correspondencia a la necesidad que presenta el HGAL de Cienfuegos para una mejor gestión del cuidado de Enfermería a la PRPCRI. Como se observa en la figura 3: modelo de gestión del cuidado de Enfermería para la atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria que se presenta a continuación.

Figura 3. Modelo de gestión del cuidado de enfermería para la atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria



Fuente: elaboración propia

Conclusiones del capítulo

Después de realizar las características de la gestión de los cuidados a PRPCRI se propone un modelo de gestión de cuidados de Enfermería para las PRPCRI, con fundamentos teóricos de la Enfermería como profesión, que permite la integración con el resto del equipo de salud, diseñado a partir de las relaciones que se establecen las teorías de las necesidades afectadas, el déficit de autocuidado y el PAE. El modelo no solo se centra en la teoría, también presenta al PAE como método científico e integrador para la gestión de los cuidados a PRPCRI.

Los resultados que se alcanzaron en la valoración de expertos, confirmaron la perspectiva del modelo, así como su validez al permitir la integración modelo y el PAE para mejorar la gestión del cuidado de Enfermería a PRPCRI, desde el concepto metapadigmático con valores clínicos humanísticos y éticos.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

- La integración del modelo de Virginia Henderson, la Teoría de Dorothea Elizabeth Orem y el PAE, permitió la fundamentación teórica del modelo de gestión del cuidado de Enfermería para la atención a PRPCRI, a través del déficit de autocuidado y las necesidades básicas afectadas pos PCR, que sustentaron las decisiones metodológicas y las evidencias científicas obtenidas en el estudio.
- La sistematización realizada por el autor identificó los sustentos teóricos y la fundamentación del cuidado de Enfermería para la atención a personas pos parada que facilitó la realización del diseño del modelo de gestión del cuidado de Enfermería para la atención a PRPCRI, que permite al PE disponer de conocimientos para favorecer la atención a PRPCRI en el HGAL de Cienfuegos.
- El estudio determinó que el PE del HGAL de Cienfuegos, consideran que presentan conocimientos sobre las etapas del PAE para la atención a PRPCRI, no así, para realizar la gestión intrahospitalaria en relación a todos los cuidados ante la PRPCRI.
- La valoración del modelo con los expertos confirma su perspectiva, así como su validez, al expresar estar muy satisfecho con los fundamentos teóricos y la aplicación de PAE y la integración de los mismos para garantizar la gestión del cuidado de Enfermería para la atención a PRPCRI en el HGAL de Cienfuegos.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

- Presentar el resultado de la investigación a la dirección del HGAL para su posible implementación.
- Proporcionar la continuidad del estudio para la validación del modelo de gestión del cuidado de Enfermería para la atención a PRPCRI.
- Desarrollar investigaciones que den salida al desarrollo de competencias para la atención a PRPCRI.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arellano PL, Otal PA, Barbero RM, García PN, Martínez JV, Polo NL. Soporte vital básico y avanzado en la parada cardiorespiratoria de origen extrahospitalario. *Revista Sanitaria de Investigación*. 2022 [Acceso 2023 Jun 15]. Disponible en: <http://www.revistasanitariadeinvestigacion.com>
2. Bitencourt AC, Rennó GM. Soporte vital básico en la atención primaria de salud: revisión integradora de la literatura. *Rev Enferm Atenção Saúde*. 2023; 12(1):e202363. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v12i1.5288>
3. Jiménez AJ. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias. 5ta ed. España: Saned-Edicomplet. 2021 [Acceso 2023 Jun 15]; 147-51. Disponible en: https://toledo.sanidad.castillalamancha.es/sites/toledo.sescam.castillalamancha.es/files/publicaciones/08/07/2021/manual_de_urgencias.pdf
4. López CG, Pizaña DA, Morales CI, Chio MR, Rodríguez MV. Perfil epidemiológico de los pacientes que presentan paro cardiorespiratorio a nivel hospitalario. *Acta méd. Grupo Ángeles*. 2019 [Acceso 2024 Mar 21]; 17(1): 29-32. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1870-72032019000100029&ping=es.
5. Catherine MOMD, FACC, FAHA, Co-Chair, Rick A, Nishimura MD, et al. ACC/AHA Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2021;143(5):e72-227. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000923>
6. Safar P. On the history of modern resuscitation. *Crit Care Med*. 1996 [Acceso 2024 Ene 22];24: 3-11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8608705/>
7. Segura MF. Mejora de la calidad de la resucitación cardiopulmonar en adultos mediante herramientas innovadoras [Tesis]. Murcia: Universidad Católica de Murcia; 2018 [Acceso 2022 Ene 14]. Disponible en: <http://repositorio.ucam.edu/handle/1>.
8. Rodríguez PC, Abreu ÁY, García EV. Conocimientos sobre las acciones de enfermería en la reanimación cardiopulmocerebral. Centro Provincial de Emergencias Médicas. Cienfuegos. Medisur. 2018 [Acceso 2022 Abr

- 15];16(6):[aprox 8 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4198>.
9. Nolan JP, Berg RA, Andersen LW, Bhanji F, Chan PS, Donnino MW, et al. Cardiac arrest and cardiopulmonary resuscitation outcome reports: Update of the Utstein Resuscitation Registry Template for In - Hospital Cardiac Arrest. Resuscitation. 2019;(144): 166-77. DOI: <https://org/doi/epub/10.1161/CIR.0000000000000710>.
 10. Iglesias F, Suárez P, García A, Castro R, Álvarez AF, et al. Supervivencia de las paradas cardíacas extrahospitalarias atendidas por una unidad de vigilancia intensiva móvil de Asturias en 2010. Med Intensiva. 2013;37(9):575-83.DOI: <https://doi.org/10.1016/j.medin.2012.11.013>
 11. Kashiura M, Hamabe Y, Akashi A, Sakurai A, Tahara Y, Yonemoto N, et al. Applying the termination of resuscitation rules to out-of-hospital cardiac arrests of both cardiac and non-cardiac etiologies: a prospective cohort study. Crit Care. 2016; 20(1):49-52. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1226-4>.
 12. Kleinman ME, Brennan EE, Goldberger ZD, Swor RA, Terry M, Bobrow BJ, et al. Part 5: Adult Basic Life Support and Cardiopulmonary Resuscitation Quality. Circ. 2015;132(18): 414-35. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000259>.
 13. Crespí LS, Rozalén MC, Roca PR, Cuellar NM, Sánchez AG, Vera TR, et al. Características epidemiológicas de las paradas cardiorespiratorias extrahospitalarias (2009-2012). Med Intensiva. 2015;39(4):199-206.DOI: <https://doi.org/10.1016/j.medin.2014.04.004>
 14. Ballesteros S. Supervivencia extrahospitalaria tras una parada cardiorespiratoria en España: una revisión de la literatura. Rev Esp Med Urg Emerg. 2013 [Acceso 2024 Ene 22];25(2):137-42. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-113344>
 15. García EVdelaC, Fuentes SL, Navarro MVR, Hernández CAM, Chacón BY, Rodríguez PC. Características de la atención médica durante la reanimación cardio-pulmo-cerebral intrahospitalaria. Rev. Finlay. 2023 [Acceso 2024 Abr 30]; 13(1): 53-66. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342023000100053&lng=es.

16. Colectivo de autores. Manual de acreditación hospitalaria. MINSAP. ECIMED. Editorial Ciencias Médicas. La Habana 2016 [Acceso 2024 Abr 30]. Disponible en:
http://www.hospitalameijeiras.sld.cu/hha/sites/all/informacion/2023/manual%20de%20acreditaci%C3%B3n%20hospitalaria_web.pdf
17. Navarro MVR, Cazull II, Corona PRR, Gutiérrez CR, Ferreiro RY, Gómez CRF, et al. Guía para la enseñanza del apoyo vital socorrista. Consenso para el proyecto de formación e investigación en apoyo vital. Cienfuegos, 2018. Rev. Medisur. 2018 [Acceso 2022 Dic 23];16(6):[aprox. 18 p.]. Disponible en:
<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4183>
18. Cáceres RDI, Rincón RoMK. Gestión en Enfermería en Santander: ¿conocimiento propio o administración en salud?. Revista Cuidarte. 2023;14(2):e3067. DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.3067>
19. Ceballos VP, Jara RA., Stieповich BJ. Aguilera RP, Vílchez BV. La gestión del cuidado: una función social y legal de la enfermería chilena. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica. 2015; 29: 1-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i29.19733>.
20. Colectivo de autores. Norma General Administrativa N° 19, Gestión del Cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada.mht. Resolución 1127.07. 2007 doc. Santiago. 2007 [Acceso 2023 Dic 23]; 14(1):12-2 Disponible en:
<http://www.cubava.cu/cuida/envejecer.html>
21. Morfi SR. Gestión del cuidado en Enfermería. Rev Cubana Enfermer. 2010 [Acceso 2021 Ago 01]; 26 (1): 1-2. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000100001&lng=es.
22. García NJL, Martín SOM, Chávez RMT, Conill LE. Gestión del cuidado en Enfermería y su aporte a la economía en hospital de Cabinda. Rev Ciencias Médicas. 2018 [Acceso 2024 Ago 01]; 22(5): 96-104. Disponible en:
<https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3537>

23. Arias VMM. La triangulación metodológica como método: sus principios, alcances y limitaciones. Investigación y educación en enfermería. Medellín. XVIII (1). 2020. [Acceso 2024 Ago 01] http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/4815/1/AriasMaria_2000_TriangulacionMetodologica.pdf
24. World medical association. Declaration of helsinki – ethical principles for medical research involving human participants. 2024 [Acceso 2024 Oct 10] Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>
25. Alonso AO. Modelo para el cuidado humanístico-clínico del paciente con afecciones traumatológicas y ortopédicas. 2017 [Tesis]. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Disponible en: <https://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=726>
26. Cruz AAY. Modelo de gestión del riesgo en la atención de Enfermería para la seguridad del paciente con enfermedad cerebrovascular. 2019 [Tesis]. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana
27. Chacón REJ. Gestión de cuidado enfermero a personas con afecciones neumológicas. 2022 [Tesis]. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Disponible en: <https://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=2139>
28. Ancheta E. Historia de la Enfermería en Cuba. Ciudad de la Habana: ECIMED; 2003.
29. Marriner TA, Raile AM. Modelos y teorías en enfermería 6 ed. Barcelona: ElsevierMosby; 2015 [Acceso 2023 Abr. 23]. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=FLEszO8XGTUC&printsec=frontcover&hl=es#>
30. Sagrada Biblia. 2024. 2Re 4, 34. Disponible en: <https://www.biblia--es.org/biblia-1-reyes-1.html>
31. Hermreck AS. The history of cardiopulmonary resuscitation. Am JSurg. 1988; 156:430-6.DOI: [https://doi.org/10.1016/S0196-0644\(80\)80389-1](https://doi.org/10.1016/S0196-0644(80)80389-1)
32. OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2020: monitoreando la salud para los ODS, objetivo de desarrollo sostenible. World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. 2020 [Acceso 2024 Abr.

23] Disponible en:
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/338072/9789240011953-spa.pdf?sequence=1>

33. Glenn N, Levine MD, FACC, FAHA, Immediate Past Chair, Patrick T. et al. Recent Innovations, Modifications, and Evolution of ACC/AHA Clinical Practice Guidelines: An Update for Our Constituencies: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*; 2019. 139(Issue 17); e879-e886. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000651>
34. Gavin D. Perkins, Jan-Thorsen Graesner, Federico Semeraro, Theresa Olasveengen, Jasmeet Soar, Carsten Lott, et.al. European Resuscitation Council Guidelines 2021 Resumen ejecutivo. 2021 [Acceso 2024 Abr. 20] Disponible en: <https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2021/09/RCP-Guias-ERC-2021-01-Resumen-Traduccion-oficial-CERCP.pdf>
35. Martín HH, López MJB, Pérez VJL, Herrero AP. Recomendaciones ILCOR 2010: El proceso de evaluación de la evidencia en resucitación. *Med. Intensiva*. 2011 [Acceso 2024 Sep 08]; 35(4): 249-255. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912011000400009&lng=es.
36. Nodal LPE, López HJuG, de La Llera DG. Paro cardiorespiratorio (PCR): Etiología. Diagnóstico. Tratamiento. *Rev Cubana Cir* 2006 [Acceso 2024 Sep 07]; 45(3-4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932006000300019&lng=es.
37. Perkins GD, Graesner JT, Semeraro F, Olasveengen T, Soar J, Lott C, et al; European Resuscitation Council Guideline Collaborators. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Executive summary. *Resuscitation*. 2021; 161:1-60. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.003>.
38. Yunge M, Campos S, Alonso B. Cuidados síndrome postparo. *Metrociencia*. 2021;29(1):49-63. DOI: <https://orcid.org/0000-0003-3489-7736>

39. Borsari Evelyn, Barbosa María C, Assayag R, Pinto F, Vancini C. Resultados de la implementación de los cuidados integrados posparada cardiorespiratoria en un hospital universitario. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018;26:e2993 DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2308.2993>
40. Sosa L, Carmona C, Plaín C, Aguiar C, Rodríguez E, Gómez E. Paro cardiorespiratorio hospitalario: un desafío en la actualidad. *CorSalud*. 2020 [Acceso 2023 Jul 15]; 12(1): 114-16. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2078-71702020000100114#:~:text=El%20paro%20cardiorespiratorio%20\(PCR\)%2C,tienen%20un%20PCR%20anualmente1.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2078-71702020000100114#:~:text=El%20paro%20cardiorespiratorio%20(PCR)%2C,tienen%20un%20PCR%20anualmente1.)
41. Centellas E, Martínez S. Caso clínico Plan de cuidados de enfermería en paciente sometido a hipotermia terapéutica posparada cardiorespiratoria. *Revista AEEC*. 2019. [Acceso 2023 Jul 15]; 26(76): 74-82. Disponible en: <https://enfermeriaencardiologia.com/publicaciones/revista/revistas/76/casoclinico-plan-de-cuidados-de-enfermeria-en-paciente-sometido-a-hipotermia-terapeutica-posparada-cardiorespiratoria>
42. Villa J, Hoyos N, Gómez J, Payares A, Casas F. Paro cardíaco en las unidades de cuidado intensivo de adultos del área metropolitana de Medellín, Colombia. Estudio observacional. *Rev. colomb. anestesiología*. 2020 [Acceso 2023 Jul 18]; 48(3): 118-25. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012033472020000300118&script=sci_arttext&tlng
43. Gutiérrez P, Hernández R. Utilidad y eficacia de la hipotermia inducida en la resucitación cardiopulmonar. *Nuevo Hospital*. 2021 [Acceso 2023 Jul 18]; 17(3): 18-30 Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/CAZamora/es/publicaciones/revista-nuevohospital-2021/nuevo-hospital-2021-octubre-xvii-3/gutierrez-baez-p-hernandezrodriguez-r-utilidad-eficacia-hi.ficheros/2021399-NUEVO%20HOSPITAL%202021octubre%3BXVII%20%283%29%2018-30.pdf>
44. Acosta E, Alba A, Roncancio S, Navarro J. Síndrome posparo cardíaco en pacientes adultos hospitalizados. *Rev. colomb. anestesiología*. 2022 [Acceso 2023

- Jul 18]; 50(1):972-985. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-33472022000100300&script=sci_arttext&tlng=es
45. Peraza L, Rosado L, Montañez E. Hipotermia terapéutica: para la mejora de la supervivencia y estado neurológico en pacientes posparo cardiaco. *Cuidarte*. 2022 [Acceso 2023 Jul 18]; 12(24): 57-73 Disponible en:
<https://revistas.unam.mx/index.php/cuidarte/article/view/81256/73037>
46. Suasto GWM, Balseiro AL, Jiménez EI, Hernández HAL, Chaparro SMA, Adán RJP. Modelo de gestión del cuidado: innovación de enfermería para garantizar el bienestar de los pacientes, en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, en la Cd. de México. *Enfermería Neurológica*. 2020 [Acceso 2023 Jul 18]; 39-49. Disponible en:
<https://www.revenferneurolenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/270/300>
47. Meridean L, Maas, Gloria M, Bulechek, Joanne MD, Sue M, Elizabeth S, Howard K, Butcher. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC: Diagnosticos Enfermeros, Resultados E Intervenciones. Elsevier Science Health Science Division, 2006 [Acceso 2023 Jul 18]. Disponible en:
https://books.google.com.br/books/about/Interrelaciones_NANDA_NOC_y_NIC.html?id=eFQAPQAACAAJ&redir_esc=y
48. Barrientos MCP, Pires DEP, Machado RR. Labor de enfermería: visión de enfermeras/os y usuarios. *Texto Contexto Enferm*. 2020; 29(Spe):e20190277. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0277>
49. Ibarra, X. Aspectos cualitativos en la actividad gestora de los cuidados enfermeros. *Cultura de los cuidados*. 2006 [Acceso 2023 Jul 18];10(20),147-52. Disponible en:
https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/878/1/culturacuidados_20_21.pdf
50. Kérrouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. España: Elsevier Masson. 2002 [Acceso 2024 Jun 28] Disponible en:

<https://books.google.es/books?id=fEYop7piOTkC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

51. Agramonte, A., Farres, R. Influencia de la gestión del cuidado en la calidad de la atención de Salud. Rev. Cubana Enfermer. 2010 [Acceso 2023 Jul 18]; 26(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000200003&lng=es.
52. García GI, Gozalbes CE. Surgimiento y desarrollo de la Historia de la Enfermería en España. Enferm. glob. 2013 [Acceso 2024 Ago 18]; 12(2): 304-314. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200015&lng=es
53. Amezcua M. Los avances en historia de la Enfermería trazan nuevos desafíos para las revistas científicas. Index Enferm. 2022; 31(4): 243-244. DOI: <https://dx.doi.org/10.58807/indexenferm20225413>.
54. Caballero E, Becerra R, Hullin C. Proceso de enfermería e informática para la Gestión del Cuidado. Santiago, Chile: Mediterráneo; 2010 [Acceso 2024 Ago 18];.Disponible en: https://books.google.com.br/books/about/Proceso_de_enfermer%C3%ADa_e_inform%C3%A1tica_pa.html?id=2v1mygAACAAJ&redir_esc=y
55. Torres EJM, Pérez A. Aspectos éticos-sociales en los diagnósticos de enfermería y su influencia para la profesión. Rev Cubana Salud Pública. 2002 [Acceso 2024 Ago 18]; 28(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000300008&lng=es
56. Manzaba CBV, Gómez PAVi, De Jesús AMC, Rizo MMP, Martínez AMA, Alava MEM. Gestión del cuidado y atención primaria de salud. Desafíos de los profesionales de Enfermería. 1^{era} Edición. Editorial: Mawil Publicaciones de Ecuador. 2023. DOI: <https://doi.org/10.26820/978-9942-622-60-0>
57. Villacis CLV, Peraza DAC.X. Gestión del cuidado en teleenfermería para hipertensos del recinto Sabanilla. Dominio De Las Ciencias. 2023; 9(3): 132–158. DOI: <https://doi.org/10.23857/dc.v9i3.3436>

58. Castillo ALM, Delgado CGS, Briones MBMa, Santana VME. La gestión de la calidad de cuidados en enfermería y la seguridad del paciente. Salud y Vida. 2023; 7(13): 40- 9. DOI: <https://doi.org/10.35381/s.v.v7i13.2417>.
59. Bellido J, Lendínez J. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Jaén: Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010 [Acceso 2024 Ago 18]. Disponible en: <https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/biblioteca/1bcfd8406c4f1f4ab880bf23e231a208.pdf>
60. Benavent MA, Francisco C, Ferrer E. Desde el origen de la enfermería hasta la disciplina enfermera. Los modelos de cuidados. en Fundamentos de Enfermería. Colección Enfermería siglo 21. Madrid: DAE; 2009 [Acceso 2024 Ago 18];. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=655756>
61. Fernández SC. Teoría y práctica de los fundamentos de enfermería (I) Bases teóricas y metodológicas. Colección: Textos docentes nº 64 Editorial Universidad de Almería, 2020 [Acceso 2024 Jul 18]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/345894569>
62. Henderson V. The Nature of Nursing: A Definition and Its Implications for Practice, Research and Education. New York: Macmillan; 1964 [Acceso 2024 Jul 18]. Disponible en: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=2260435>
63. Henderson V. The concept of nursing. J Adv Nurs. 1978, 3(2): 113-30. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1978.tb00837.x>
64. Rodríguez JB, Carrión MR, Espina MA, Jiménez JP, Oliver MC, Péculo JA, et al. Marco conceptual, proceso enfermero en EPES. Málaga: Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. 2005 [Acceso 2024 ene 18] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/317501266_Marco_Conceptual_Proceso_Enfermero_en_EPES_Hacia_la_excelencia_en_el_cuidado_extrahospitalario?enrichId=rgreq-77fea3501ce637dbdbea18aef48b9135-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzMxNzUwMTI2NjUzOjE1MDUyNjAxNzk0NTYwMDBAMTQ5NzQ3NDgyMjI3Ng%3D%3D&el=1_x_2&_esc=publicationCoverPdf

65. Agualongo CDS, Rea GMR., Alvarado OSF, Castillo MDX. Enfermería basada en el modelo de Virginia Henderson para pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. CISA. 2023; 5(5), 136- 47. DOI: <https://doi.org/10.58299/cisa.v5i5.43>
66. Ibarra CP. Evaluación de los programas de salud del adulto mayor el personal de enfermería de la comunidad en la ciudad Nueva Vitoria, México. [Tesis doctoral]. Alicante: Universidad de Alicante; 2016 [Acceso 2024 ene 08]. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/28058/1/Tesis_Ibarra_Gonzalez.pdf
67. Figueredo BN, Ramírez PM, Nurczyk S, Diaz VV. Modelos y Teorías de Enfermería: Sustento Para los Cuidados Paliativos. Enfermería Montevideo. 2019; 8(2): 22-33. DOI: <https://doi.org/10.22235/ech.v8i2.1846>.
68. Raile Alligood Martha. Modelos y teorías en enfermería. Edition 10. 2024 [Acceso 2024 Ago 18] Disponible en: <https://educate.elsevier.com/book/details/9788413822990>
69. Alligood MR, Tomey AM. Modelos y teorías en enfermería. Elsevier Health Sciences. 9na Edición. 2018 [Acceso 2023 Nov 20.]. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=nlpGdWAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Raile+Alligood,Modelos+y+teor%C3%ADas+en+enfermer%C3%ADa.+9na+Edici%C3%B3n&ots=6rWqjoxR2K&sig=IbKoBUoXy3iJDkhCZERaxwJYkBA>
70. Santos da Silva KP, Costa da Silva A, de Sena dosSAM, Farias CC, Ávila MSD, Freitas dosSF, Arouca daSM, Ferreira deOBK. Autocuidado a luz da teoria de dorothea orem: panorama da produção. Brazilian Journal of Development. 2021; 7(4): 34043-34060. DOI:<https://doi.org/10.34117/bjdv7n4-047>
71. Suárez BBE. Intervención de Enfermería en pacientes adultos mayores con diabetes según el modelo de Dorothea Orem [Tesis] Jipijapa-Unesum. 2022 [Acceso 2024 Ago 22]. Disponible en: <http://repositorio.unesum.edu.ec/handle/53000/4156>
72. NANDA. Diagnósticos - Temas de Enfermería- Enfermería Actual. 2018. Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/diagnosticos/Enfermeria actual>.

73. NANDA International, Inc. Diagnósticos de enfermería Definiciones y clasificación 2021-2023. Duodécima edición ISBN 978-1-68420-454-0 ISSN 1943-0728 6 5 4 3 2 1
74. López E. Manejo del síndrome post parada cardíaca. [Tesis]. Universidad Autónoma de Madrid. 2018 [Acceso 2024 Julio 23] Disponible en: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/685721>
75. Plaza ME. Actualización AHA 2020: nuevas recomendaciones RCP y atención cardiovascular de emergencia. 2020 [Acceso 2024 Julio 23] Disponible en: <https://www.urgenciasyemergen.com/actualizacion-aha-2020-nuevas-recomendaciones-rcp/>
76. Carvajal HEY, Sánchez HB. Nursing care with a human approach: a model for practice with service excellence. Aquichan. 2018; 18(2): 149-59. DOI:<https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.2.3>
77. Arias AC, Vargas RP, Estrada JF. Atención de Enfermería en el paciente adulto con Paro Cardiorespiratorio en el Hospital General San Francisco. Ruta de Enfermería. Quito. Dirección Técnica de Investigación y Docencia, Hospital General San Francisco. Cambios rev. méd. 2020; 19 (2):114-28. DOI: <https://doi.org/10.36015/cambios.v19.n2.2020.675>
78. Cruz RC. La naturaleza del cuidado humanizado. Enfermería. 2020; 9(1): 21-32. DOI: <https://doi.org/10.22235/ech.v9i1.2146>.
79. Lemus-Lima E, Hernández-Pérez R, Izquierdo-Machín E, Espinosa-Aguilar A, Señán-Hernández N. Parametrización de cuidados de enfermería para satisfacer necesidades humanas en personas con lesiones por quemaduras. Revista Cubana de Enfermería. 2021 [Acceso 2024 Jul 27]; 37(3). Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4285>
80. Hernández PR, Ávila SM, Espinosa AA, Lemus LE. Parametrización de cuidados enfermeros a personas con infarto miocárdico en Atención Primaria de Salud. Revista Electrónica Medimay. 2022 [Acceso 2024 Jul 27]; 29(2): 240-53. Disponible en: <https://www.medigraphic.com//pdfs/revciemedhab/cmh-2022/cmh222j.pdf>

81. Barbón POG. Estrategia interventiva de superación para el desarrollo de la competencia comunicativa en lengua inglesa en los colaboradores profesionales de la enfermería. [Tesis]. "Universidad de Ciencias Pedagógicas Enrique José Varona". La Habana. Cuba; 2011 [Acceso 2024 Jul 27]. Disponible en: <https://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=261>
82. Reyes PAD. Modelo de superación profesional para cirujanos generales en Cirugía Videolaparoscópica desde un enfoque por competencias. [Tesis]. Universidad Central "Marta Abreu". Las Villas. Cuba; 2012 [Acceso 2024 may 27] Disponible en: <https://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=829>
83. Alonso AO, Ávila SM, Sánchez LM. Desempeño del profesional de enfermería en la atención a los pacientes con afecciones traumatológicas y ortopédicas. Rev. Cub. Tecnol. Salud. 2016 [Acceso 2024 Oct 5]; 7 (4) . Disponible en: <https://revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/821>
84. Lazo PMA. Estrategia de Superación Interventiva con enfoque interdisciplinario para el mejoramiento del desempeño profesional pedagógico y humano de los profesores generales integrales [Tesis]. La Habana, Cuba: Instituto Superior Pedagógico "Enrique José Varona" (ISPEJV); 2007
85. Silas SA. Estrategia de intervención domiciliaria de enfermería para mejorar la calidad de vida a pacientes con accidente vascular encefálico y sus cuidadores. Comunidad de Cazenga [Tesis]. La Habana: Facultad de Enfermería Lidia Doce; 2017
86. Arroyo VJA. Las variables como elemento sustancial en el método científico. Revista Educación, 2022; 46(1). DOI: <http://doi.org/10.15517/revedu.v46i1.45609>
87. Abreu JL. Constructos, variables, dimensiones, indicadores y Congruencia. Inter J Good Conscience. 2012 [Acceso 2024 Dic 3]; 7(3): 123-30. Disponible en: <http://www.spentamexico.org/v7-n3/7%283%29123-130.pdf>
88. Melnyk BM, Fineout OE. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. 2. Ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Pippincott Williams & Wilkins, 2011.

89. Barraza MA, Corrales CJdeJ, Jaik DA, Carrasco SR. Indicadores para la elaboración y evaluación de proyectos de investigación. *Investigación Educativa Duranguense*, 2008 [Acceso 2024 Dic 3]; 3(8), 93-103. Disponible en: <https://editorialupd.mx/revistas/index.php/ined/article/view/65>
90. Dantas HLL, Costa CRB, Costa LMC, Lúcio IML, Comassetto I. Como elaborar uma revisão integrativa: sistematização do método científico. *São Paulo: Rev Recien.* 2021; 12(37):334-345. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.37.334-345>
91. Backes DS, Silveira CJ, Herdmann ER, Lerch LV. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O mundo da saúde*. 2011 [Acceso 2024 Sep 10];35(4):438-442. Disponible en: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analis_e_dados_pesquisa_qualitativa.pdf
92. Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2009;19 [3]: 777-796. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>
93. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nurs Res.* 1986;35(6):382-5. DOI: <https://doi.org/10.1097/00006199-198611000-00017>
94. Polit DF, Beck CT. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 9 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.
95. Fehring R J. The Fehring Model. In: CARROLL-JOHNSON, R. M (Ed.) *Classification of the nursing diagnosis: proceeding of the tenth conference*. Philadelphia: Lippincott, 1994. p. 55-62.en el año 1994.
96. Coser AK, Fioresi M, Romero WG, Fiorin BH, Bolsoni LA. Construção e validação de um instrumento para avaliação do conhecimento dos enfermeiros sobre os medicamentos utilizados no infarto agudo do miocárdio. *Revista Saúde y Diversidade*. 2018; 2(1), 36–41. DOI: <https://doi.org/10.18227/hd.v2i1.7504>
97. Medina PRI. Validez de Contenido de un Instrumento de Medición de Derechos Humanos en México. *Revista de Ciencias Sociales*. 2020 [Acceso 2024 Sep 10]; II(168). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15364525014>

98. Beck AT, Baruch E, Balter JM, Steer RA, Warman DM. A new instrument for measuring insight: The Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research*, 2004; 68(2-3), 319-329. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(03\)00189-0](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(03)00189-0)
99. Maldonado SN, Santoyo TF. Validez de contenido por juicio de expertos: Integración cuantitativa y cualitativa en la construcción de instrumentos de medición. *REIRE Revista d'Innovación i Recerca en Educació*.2024; 17(2): 1-19.DOI: <https://doi.org/10.1344/reire.46238>
100. Neufeld CB, Correia dos ANilton, Rebessi IP. Teoria dos modos de Beck: uma revisão de escopo. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 2023;19(2): 230-43. DOI: <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20230027-pt>
101. Ramada RJMaría, Serra PC, Delclós CGL. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas Salud Pública de México. 2013 [Acceso 2024 Sep 10]; 55(1): 57-66. Diponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10625594004>
102. Espinoza DM. Consideraciones éticas en el proceso de una publicación científica. *Rev. Med. Clin. Condes*. 2019; 30(3) 226-30.DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.04.001>
103. OMS. Enfermedades cardiovasculares. 2021[Acceso 2024 Sep 22] Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
104. Coyago IJA, Abad MEP, Castillo HJP, Chamorro RMA, Ortiz RSA, Sarmiento SCE. Revisión del Síndrome Post Parada Cardíaca. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*. 2023;4(1): 475–93. DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v4i1.266>
105. Vera PL. Nivel de conocimientos y prácticas de medidas de bioseguridad del profesional de enfermería del Hospital Regional Huacho [tesis]. Huacho: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, 2020 [Acceso 2023 Dic 15]; 72 . Disponible en: <https://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14067/4012/LYZ%20JANNETTE%20VERA%20PORTILLA%20-%20TESIS%20MAESTRIA1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

106. Anuario Estadístico de Salud. Edición 2023 [Acceso 2024 Mar 15] Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/>
107. Travieso Ramos Nadina. Los resultados científicos en las investigaciones biomédicas: un desafío pendiente. MEDISAN. 2017 [Acceso 2024 Oct 06]; 21(5):611-621. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000500016&lng=es.
108. Mujica CN, Rincón GS. Consideraciones teórico-epistémicas acerca del concepto de modelo. Telos. 2011 [Acceso 2024 Jun 21];13(1):51-64. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99318408004>
109. Herrera BD, Saladrigas MH. La modelación como método del conocimiento científico en las ciencias sociales. El caso del modelo cubano de televisión local. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*. 2019; 9(1): e053. DOI: <https://doi.org/10.24215/18537863e053>
110. Hernández MC. El modelo de Virginia Henderson en la práctica de enfermería. Tesis fin de grado 2016. Universidad de Valladolid. [Acceso 2024 Ago 18] Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/17711>
111. Kuerten Rocha Patricia, Lenise do Prado Marta. Modelo de Cuidado: ¿Qué es y como elaborarlo?. Index Enferm. 2008 [Acceso 2024 Oct 06]; 17(2): 128-132. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000200011&lng=es.
112. Luis RMT. Del saber y del saber hacer. Rev Tesela. 2007 [Acceso 2024 Oct 06]; 1. Disponible en: <http://0-www.index-f.com.llull.uib.es/tesela/ts1/ts6366.php>
113. Salazar AM, Martínez de Acosta C. Un sobre vuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado .Av enferm. 2008 [Acceso 2024 Sep 28];25:107–15. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-528698?lang=es>
114. Rodríguez Z, Leonardo G, Roggero P. La modelización y simulación computacional como metodología de investigación social. *Polis*, 2014; 13(39), 417-440. DOI: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-65682014000300019>

115. Arranz S. modelos conceptuales, metodología, lenguaje estandarizado y su relación con el asociacionismo científico en Enfermería. [Tesis de doctoral]. universidad complutense de Madrid facultad de Enfermería, fisioterapia y podología. España 2015 [Acceso 2023 Dic 21]; Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14352/26615>
116. Figueredo BN, Ramírez PM, Nurczyk S, Diaz VV. Modelos y Teorías de Enfermería: Sustento Para los Cuidados Paliativos. Enfermería (Montevideo). 2019; 8(2): 22-33. DOI: <https://doi.org/10.22235/ech.v8i2.1846>.
117. Nowicki RI. Análisis de los Paradigmas de enfermería y su articulación con la Práctica profesional. Cultura de los Cuidados. 2022; 26(64): 277-306. DOI:<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2022.64.23>
118. Milos HP, Larrain SAI. La gestión del cuidado en chile: de la función a la estructura. Cienc. enferm. 2013; 19(2): 7-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000200001>.
119. Peres MAA, Aperibense PGGS, Dios AMM, Gómez CS, Queirós PJP. El modelo teórico enfermero de Florence Nightingale: una transmisión de conocimientos. Rev Gaúcha Enferm. 2021;42(esp):e20200228. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200228>
120. Boykin A, Schoenhofer S. The role of nursing leadership in creating caring environments in health care delivery systems. Nurs Adm Q. 2001 Spring;25(3):1-7. DOI: <https://doi.org/10.1097/00006216-200104000-00003>.

ANEXOS

Anexo 1. Estrategia de búsqueda en las bases de datos, Cienfuegos, 2024

Base de datos	Estrategia de búsqueda
BVS	"enfermería" AND "parada cardíaca" AND "atención de enfermería" AND <i>instance</i> : "regional"
Medline (vía BVS)	"enfermería" AND "parada cardíaca" OR "cuidados criticos" AND "atención de enfermería" AND <i>fulltext</i> AND db: "MEDLINE") AND <i>instance</i> : "regional"
SCOPUS	"enfermería " AND "parada cardíaca " OR " cuidados criticos " AND "atención de enfermería "
LILACS (vía BVS)	"enfermería" AND "parada cardíaca " OR "cuidados criticos " AND "atención de enfermería" AND <i>fulltext</i> AND db: "LILACS" AND <i>instance</i> : "lilacsplus"
BDENF (vía BVS)	"enfermería " AND "parada cardíaca " OR "cuidados críticos " AND "atención de enfermería" AND <i>fulltext</i> AND db: "BDENF" AND <i>instance</i> : "regional"

Fuente: datos de la revisión. Cienfuegos. Cuba. 2024

Anexo 2. Consentimiento de participación

Estimado colega:

Por medio de la presente solicitamos su participación voluntaria de la investigación, gestión del cuidado de enfermería para la atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria, con el objetivo de emitir su opinión acerca del diseño del modelo de gestión, la información obtenida será utilizada para perfeccionar el diseño, dar validez a los indicadores del instrumento. Se desarrollarán discusiones grupales para la elaboración de una guía de valoración de cuidados pos resucitación a parada cardiorespiratoria y el instrumento de evaluación de conocimientos sobre el cuidado.

Participar en el estudio no representa peligro alguno para la salud física o emocional, pero es de manera voluntaria. Significa que se puede rehusar a participar o a contestar algunas de las preguntas que se realicen. La investigadora responsable del proyecto se compromete a no revelar la identidad de los participantes.

De antemano le agradecemos su participación

Con las informaciones anteriores, puede ofrecer su consentimiento para participar de manera voluntaria en este estudio.

Firma del participante

Anexo 3. Invitación a los expertos seleccionados para la validación de guía de valoración de cuidados a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria

Estimado Colega:

En aras de perfeccionar el trabajo con las personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria, se elaboró un modelo de gestión, que ponemos a su consideración. para su validación

A continuación, se expone la propuesta, para su validación teórica.

Gracias por su calificada ayuda

Indicación: marque con una cruz (X) en la siguiente escala creciente de la 1 a 10 el valor que corresponda a su grado de conocimiento o información sobre el tema:

Tabla no.1

¿Qué conocimientos usted posee sobre el diseño de modelos?

Indicación: Marque con una cruz (X) en la siguiente escala creciente de la 1 a 10 el valor que corresponda a su grado de conocimiento o información sobre el tema:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Tabla no.2

¿Qué fuentes de información usted utilizó para conocer sobre la elaboración de modelos de gestión?

Fuente de argumentación	Alto	Medio	Bajo
-------------------------	------	-------	------

Análisis teóricos sobre el proceso de elaboración de modelos de gestión y experiencia obtenida de la actividad práctica en la atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria.

Experiencia en la ejecución de modelos

Trabajos de autores nacionales

Trabajos de autores extranjeros

Su conocimiento acerca del estado del problema a

personas resucitadas a la parada

cardiorespiratoria intrahospitalaria

Su intuición sobre el tema abordado

Tabla no.3

No	Elementos	MA	BA	A	PA	I
1	Los fundamentos del modelo de gestión del cuidado de enfermería para la atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria, en correspondencia con las exigencias de la sociedad cubana, los valoro de forma...					
2	En la estructura del modelo propuesto da respuesta a las exigencias de la sociedad cubana para la atención personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria, lo valoro de forma...					
3	En la contradicción que genera el modelo de gestión del cuidado de enfermería para la atención personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria, en correspondencia con las exigencias de la sociedad cubana, lo considero como ...					
4	Considerar la gestión del cuidado de enfermería para la atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria, a nuestro juicio es...					

- 5 Considerar las acciones educativas para introducir el modelo de gestión del cuidado de enfermería para la atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria, es un aspecto que a nuestro juicio es...
- 6 Considerar las formas de la educación de posgrado propuestas en la estrategia: taller y conferencia especializada, es un aspecto que a nuestro juicio es...
- 7 La utilización adecuada del PAE y las taxonomías NANDA, NIC, NOC, es un elemento que considero ...
- 8 El logro del objetivo de una atención basada en gestión del cuidado de enfermería para la atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria, revela la pertinencia social del tema, elemento que valoro como...

Para recopilar su opinión marque con una cruz (X) el juicio o valoración que más se acerque a la suya según los elementos siguientes:

Leyenda: **MA**-Muy Adecuado; **BA**-Bastante Adecuado; **A**-Adecuado; **PA**- Poco Adecuado; **I**-Inadecuado.

3. ¿Desea consignar otro elemento que debe ser considerado en la valoración del Modelo propuesto? Por favor refiéralas a continuación.

Muchas gracias

Anexo 4. Formulario para gestores de Enfermería que laboran en el Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguia Lima

Aspectos Generales

1 - Nivel Profesional:

Técnico medio _____

Técnico superior de ciclo corto _____

Licenciado _____

Especialistas en Intensiva y Emergencia _____

2- Años de Experiencia Laboral en la atención a personas tributarias de Reanimación Cardiorespiratoria:

1 a 5 años ____ 5 a 10 años

____ + 10 años ____

3- ¿Actúa usted a través de PAE para las acciones de Enfermería a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria?

Sí ____ No ____

Argumente:

4-¿Considera usted importante el diseño de un modelo de gestión de cuidado de enfermería para la atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria?

Sí ____ No ____

Nivel de conocimiento de acciones de Enfermería en personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria.

5- De las acciones que se les expondrán a continuación marque con una cruz (x) las que considere importantes para la correcta oxigenación y ventilación:

____ Realizar medición de saturación de oxígeno de manera permanente 5b ____

Mantener valores 94 % - 99% de saturación de oxígeno

____ Medir el alcance de PaCO₂ adecuada a la afección subyacente, evitar la hipercapnia o hipocapnia grave

____ Realizar correcto posicionamiento de la cabeza si ventilación espontánea

- ☐ Administrar oxígeno terapia por máscara o tenedor si ventilación espontánea
- ☐ Mantener vías aéreas permeables
- ☐ Mantener la sincronización de la persona con el respirador artificial
- ☐ Priorizar pre y pos oxigenación con FiO2 al 100% en la permeabilización de la vía aérea (aspiración endotraqueal)
- ☐ Verificar modalidad ventilatoria según estado de consciencia
- ☐ Interpretar y valorar resultados de
- ☐ Ninguna de las anteriores

6. Recomendaría otras acciones? Si su respuesta es si, responda Cuáles?

7- Marque las respuestas que considera a tener en cuenta para el correcto monitoreo hemodinámico.

- ☐ Realizar chequeo de tensión arterial cada 15 minutos las primeras dos horas después de la resucitación
- ☐ Realizar chequeo tensión arterial cada 30 después de la tercera hora después de la resucitación durante cuatro horas posteriores
- ☐ Mantener chequeo tensión arterial horaria después de seis horas pos resucitación
- ☐ Realizar monitoreo electrónico de la actividad eléctrica del corazón de manera permanente
- ☐ Realizar la cuantificación horaria de la diuresis
- ☐ Realizar electrocardiograma de 12 derivaciones horaria
- ☐ Medir e interpretar presión venosa central (PVC) cada cuatro horas
- ☐ Realizar estricto control del balance hidromineral y electrolítico
- ☐ Ninguna de las anteriores

8- Recomendaría otras acciones. Si su respuesta es sí, responda cuáles?

9- Marque las respuestas que considera a tener en cuenta para manejo de la temperatura corporal.

☐ Medir la temperatura cada 15 minutos las primeras dos horas después de la resucitación

☐ Medir la temperatura cada 30 después de la tercera hora después de la resucitación durante cuatro horas posteriores

☐ Medir la temperatura después de cuatro horas pos resucitación

☐ Mantener la temperatura ambiente inferior 36⁰ C

☐ Prevenir la hipertermia durante la recuperación

☐ Evitar los escalofríos

☐ Ninguna de las anteriores

10- Recomendaría otras acciones. Si su respuesta es sí, responda cuáles?

11- Marque las respuestas que considera a tener en cuenta para el correcto manejo neurológico

☐ Evaluar e interpretar escala GLASGOW

☐ Realizar aviso oportuno al médico al detectar episodios de convulsiones

☐ Realizar glucómetría horarias

☐ Evitar las hipoglucemias

☐ Vigilar de manera estricta la sedación

☐ Gestionar la realización de electroencefalograma durante los primeros siete días

☐ Gestionar imágenes neurológicas durante los primeros siete días

☐ Ninguna de las anteriores

12- Recomendaría otras acciones. Si su respuesta es sí, responda cuáles?

13- Marque las respuestas que considera a tener en cuenta para el correcto para el correcto manejo psicológico:

☐ Mantener ambiente confortable

☐ Mantener empatía con persona–familia

___ Gestionar interconsulta con psicología

___ Ninguna de las anteriores

14 - Recomendaría otras acciones. Si su respuesta es sí, responda cuáles?

6 - Valore del 1 al 5, donde

1. Muy en desacuerdo **2.** Ligeramente en desacuerdo **3.** Ni de acuerdo ni en desacuerdo **4.** Ligeramente de acuerdo **5.** Muy de acuerdo

	1	2	3	4	5
1 Considera que tiene la preparación suficiente para llevar a cabo los cuidados a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria					
2 Considera el PAE es para llevar a cabo los cuidados a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria					
3 Conoces todas las fases del PAE para brindar los cuidados a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria					
4 Considera que es responsabilidad de su centro de trabajo ofrecerle la formación para poder llevar a cabo los cuidados a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria					
5 Considera que fuera de su área de trabajo también tiene la obligación de iniciar los cuidados a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria					
6 Considera que la persona con más conocimientos y experiencia del equipo debería ser quién liderase los cuidados a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria					

intrahospitalaria

- 7** Considera que los cuidados a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria pueden ser realizada por médicos o personal de enfermería
-
- 8** Considera que el personal de Enfermería debe ser de forma exclusiva quien debe iniciar los cuidados a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria
-
- 9** Considera oportuno que no se inicien los cuidados a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria o se suspendan cuando la probabilidad de secuelas neurológicas es elevada
-
- 10** Considera que la presencia de familiares podría influir en los cuidados a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria
-
- 11** Considera que la rapidez con la que inicie los cuidados a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria puede disminuir el riesgo de daños neurológicos
-

Anexo 5. Consentimiento para los participantes para la exploración del nivel de conocimiento sobre los cuidados de enfermería para la atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria

Estimado Colega:

Usted ha sido seleccionado para participar en una investigación con el objetivo de explorar el nivel de conocimiento sobre los cuidados de enfermería para la atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria. Su colaboración será de manera voluntaria, sus opiniones serán consideradas para el desarrollo de esta investigación, le aseguramos que los datos que se obtengan solo serán utilizados con fines científicos.

Muchas Gracias

Nombre y apellidos _____ firma _____

Anexo 6. Aval del director de la institución o unidad ejecutora principal

El que suscribe: Dr. Pavel Noa Rodríguez

Manifiesta el acuerdo para que la institución participe en el proyecto de investigación titulado: modelo de gestión del cuidado de enfermería para personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria, del investigador Camilo Rodríguez Pérez.

Avalamos el consentimiento de permitir y apoyar el desarrollo del estudio es voluntario y está sustentado en el propósito de contribuir a la mejora constante de las funciones de enfermería en la institución. Para que así conste firmo el presente consentimiento en conjunto con el jefe del proyecto al primer día del mes de enero del año 2022.

Anexo 7. Aval de consejo científico del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima

Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima"
Entidad de Ciencia y Técnica
Cienfuegos, Cuba

AVAL DEL CONSEJO CIENTÍFICO

Por este medio se otorga el presente AVAL al trabajo:

Apoyo de Gestión para
los cuidados avanzados en Enfermería en pacientes post parada
cardiorrespiratoria.

Del autor:

Los Rencib Rodríguez Pérez

Que constituye

Proyecto Institucional _____

Proyecto Tesis Terminación Especialidad _____

Proyecto Tesis Terminación Maestría _____

Proyecto Tesis Doctorado X

El trabajo se presentó para su análisis en Sesión del Consejo Científico de nuestra institución con fecha 9 septiembre 2022 y cumple con los requisitos exigidos.

Requisitos metodológicos para su realización: Si ☒ No ☐

Cumple con los requisitos éticos: Si ☒ No ☐

Acuerdo No 127 del Consejo Científico.

Dado en Cienfuegos a los 19 días del mes de septiembre 2022.

Y. Mora Pérez
Dr.C: Yuliett Mora Pérez
Secretario del Consejo Científico
Jefe Departamento de Ciencia y Técnica



nuestra
firmas.

Anexo 8. Análises de contenido Grupo 1

Participante	Discurso
E1	<p>Necesitamos unificar cuidados para todo el personal de enfermería en relación con las necesidades afectadas, Para homogenizar la actuación de todo el personal de enfermería y brindar calidad de los cuidados. La elaboración de una guía de actuación. Necesario la implementación de guías de actuación para estandarizar los cuidados a personas resucitadas a parada cardiorespiratoria. Se pueden realizar cuidados organizados a las personas según riesgos para su atención en el momento de la resucitación. Diseñar una guía para garantizar cuidados óptimos y crear una Se debe diseñar una guía de evaluación de los cuidados. El personal de enfermería debiera individualizar y clasificar la atención por los riesgos de complicación mediante el PAE que nos oriente</p>
E2	<p>Necesitamos realizar cuidados organizados para todo el personal de enfermería en relación con las necesidades afectadas. Para homogenizar la actuación de todo el personal de enfermería y brindar calidad de los cuidados. Basado en que los enfermeros que trabajamos en los servicios de urgencias y emergencias solo tenemos del pregrado vagos conocimientos generales ante atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria que se deben brindar. Que se debe dirigir cuidados estandarizados y actualizados en torno a los avances que se muestra hoy, en la atención intensiva en función de evitar complicaciones en atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria que se traducen en sobrevivencia y calidad de vida. Necesario la implementación de guías de actuación para estandarizar los cuidados a personas resucitadas a parada cardiorespiratoria intrahospitalaria. Se pueden realizar cuidados organizados a las personas según riesgos para su</p>

	<p>atención en el momento de la resucitación. Diseñar una guía para garantizar cuidados óptimos y crear una. Se debe diseñar una guía de evaluación de los cuidados. El personal de enfermería debiera individualizar y clasificar la atención por los riesgos de complicación mediante el PAE que nos oriente.</p>
E3	<p>A pesar de la experiencia y los conocimientos pienso que siempre ayuda a realizar los cuidados homogéneos y oportunos que garanticen mejor recuperación y por tanto se aumenta la sobrevivencia.</p>
E4	<p>Basado en que los enfermeros que trabajamos en los servicios de urgencias y emergencias solo tenemos del pregrado vagos conocimientos generales ante atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria que se deben brindar. A pesar de la experiencia y los conocimientos pienso que siempre ayuda a realizar los cuidados homogéneos y oportunos que garanticen mejor recuperación y por tanto se aumenta la sobrevivencia. Con una guía de evaluación de los cuidados se puede ver como son llevado a cabo por el personal de enfermería.</p>
E5	<p>Basado en que los enfermeros que trabajamos en los servicios de urgencias y emergencias solo tenemos del pregrado vagos conocimientos generales ante atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria que se deben brindar. Siempre se debe conocer las prioridades de los cuidados, así como su importancia para garantizar el mejor actuar de los enfermeros y brindar cuidados con calidad y calidez que garanticen una mejor calidad de vida a las personas.</p>
E6	<p>Realizar revisiones periódicas sobre los cuidados a personas resucitadas por el personal de los servicios de urgencias y emergencias para su actualización, aumentar conocimientos y poderlos poner en práctica en el desempeño.</p>
E7	<p>Realizar revisiones periódicas sobre los cuidados a personas</p>

	resucitadas por el personal de los servicios de urgencias y emergencias para su actualización, aumentar conocimientos y poderlos poner en práctica en el desempeño. El personal de enfermería debiera individualizar y clasificar la atención por los riesgos de complicación mediante el PAE que nos oriente.
E8	Realizar revisiones periódicas sobre los cuidados a personas resucitadas por el personal de los servicios de urgencias y emergencias para su actualización, aumentar conocimientos y poderlos poner en práctica en el desempeño. El personal de enfermería debiera individualizar y clasificar la atención por los riesgos de complicación mediante el PAE que nos oriente.

Extracción del análisis de contenido Grupo 1

Participantes	Discursos
(E1), (E2)	Necesidades afectadas, para homogenizar la actuación (E1), (E2)
(E1),	Elaboración de una guía de actuación (E1), diseñar una guía (E1) (E2)
(E1),	Implementación de guías de actuación (E1)
(E1) (E2) (E3) (E4) (E5) (E6) (E7) (E8)	Estandarizar los cuidados a personas resucitadas a parada cardio respiratoria (E1) (E2) cuidados homogéneos y oportunos (E3) (E4) cuidados, cuidados con calidad y calidez (E5) cuidados a personas resucitadas (E6) (E7) (E8)
(E1) (E2)(E4)	Se debe diseñar una guía de evaluación de los cuidados. (E1) (E2) con una guía de evaluación de los cuidados se puede ver como son llevados a cabo por el personal de enfermería. (E4)
(E1) (E2) (E7) (E8)	Debiera individualizar y clasificar la atención por los riesgos de complicación mediante el PAE (E1) (E2) (E7) (E8)
(E2) (E3) (E4) (E5) (E6) (E7) (E8)	Conocimientos generales (E2) (E3) pregrado vagos Conocimientos generales (E4) (E5) Aumentar conocimientos (E6) (E7) (E8)
(E5)	Actuar de los enfermeros (E5)

(E6) (E7) (E8)	Desempeño	(E6) (E7) (E8)	
----------------	-----------	----------------	--

Participantes	Discursos	Frecuencia
(E1), (E2)	Necesidades afectadas, para homogenizar la actuación (E1), (E2)	2
(E1),	Elaboración de una guía de actuación (E1), diseñar una guía (E1) (E2)	1
(E1),	Implementación de guías de actuación (E1)	1
(E1) (E2) (E3) (E4) (E5) (E6) (E7) (E8)	Estandarizar los cuidados a personas resucitadas a parada cardiorespiratoria (E1) (E2) cuidados homogéneos y oportunos (E3) (E4) cuidados, cuidados con calidad y calidez (E5) cuidados a personas resucitadas (E6) (E7) (E8)	8
(E1), (E2)	Diseñar una guía (E1) (E2)	2
(E1) (E2) (E4)	Se debe diseñar una guía de evaluación de los cuidados.(E1) (E2), con una guía de evaluación de los cuidados se puede ver como son llevados a cabo por el personal de enfermería. (E4)	2
(E1) (E2) (L2) (L3)	Debiera individualizar y clasificar la atención por los riesgos de complicación mediante el PAE (E1) (E2) (L2) (L3)	4
(E2) (E3) (E4) (E5) (E6) (E7) (E8)	Conocimientos generales (E2) (E3) pregrado vagos conocimientos generales (E4) (E5) aumentar conocimientos (E6) (E7) (E8)	7
(E5)	Actuar de los enfermeros (E5)	1
(E6) (E7) (E8)	Desempeño (E6) (E7) (E8)	3

Categorías	Subcategorías	Discursos	Frecuencia
Estandarizar cuidados (14)		Estandarizar los cuidados a personas resucitadas a parada cardiorespiratoria (E1) (E2)	8

	cuidados homogéneos y oportunos (E3) (E4) cuidados, cuidados con calidad y calidez (E5) cuidados a personas resucitadas (E6) (E7) (E8)	
	Necesidades afectadas, para homogenizar la actuación (E1), (E2)	2
	Debiera individualizar y clasificar la atención por los riesgos de complicación mediante el PAE (E1) (E2) (E7) (E8)	4
Diseñar una guía (5)	Elaboración de una guía de actuación (E1), diseñar una guía (E1) (E2)	2
	Implementación de guías de actuación (E1)	1
	Guía de evaluación de los cuidados de Se debe diseñar una guía de evaluación de los cuidados. (E1) (E2) con una guía de evaluación de los cuidados se puede ver como son llevados a cabo por el personal de enfermería. (E4)	2
Conocimientos (11)	Conocimientos generales (E2) (E3) pregrado vagos conocimientos generales (E4) (E5) aumentar conocimientos (E6) (E7) (E8)	7
	Actuar de los enfermeros (E5)	1
	Desempeño (E6) (E7) (E8)	3

Anexo 9. Análisis de contenido Grupo 2

Participante	Discurso
D1	Es importante estandarizar los cuidados de Enfermería, con una guía de cuidados para las personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria nos ayuda a la calidad de los mismos.
D2	Se debiera elaborar una guía para organizar la atención a personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria a su vez un instrumento para realizar la evaluación de adherencias de ellos para la generalización de los cuidados y propiciar la búsqueda del conocimiento porque en el pregrado se recibe poco profundo los mismos.
D3	Se debe generalizar los cuidados para la actuación de todo el personal de enfermería del área de urgencias y emergencias a través de una guía de cuidados, la cual se debe de implementar para garantizar la recuperación de las personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria.
D4	Coincido con la propuesta de una guía de cuidados para la realización de un adecuado plan de cuidado según las necesidades afectadas y además del instrumento de evaluación, eso ayuda a estandarizar los cuidados para todos.
D5	La creación de una guía de actuación y un instrumento de evaluación para las evidencias de lo que se hace y favorecer al personal de Enfermería aumentar los conocimientos.
D6	Las personas se atenderán mejor cuando tengamos generalizados los cuidados que se brindan pos resucitación y para lograrlo hay que ganar en conocimiento, estandarizar los cuidados según necesidades afectadas y para esto se hace necesario la elaboración de una guía de cuidados para la atención a personas resucitada.
D7	Es necesario realizar cursos, talleres prácticos para la actualización del personal de Enfermería sobre los cuidados pos resucitación y

su estandarización favorecen al conocimiento y ayudar a brindar cuidados con calidad. Cuando se organizan los cuidados y se realiza de forma adecuada la búsqueda de las necesidades afectadas el actuar de los enfermeros se hace más fácil y también con la presencia de una guía de cuidados y su instrumento de evaluación sin duda que el nivel de sobrevivencia aumenta.

D8 Estoy de acuerdo de todo lo que se ha planteado, pero recordar siempre que para lograr cuidados con calidad hay que tener presente el conocimiento que se tiene sobre lo que se hace con razonamiento científico, también influye en el desempeño del personal de enfermería por ser una profesión muy técnica y apruebo la necesidad del diseño de una guía de cuidados, la estandarización de los cuidados su implementación y instrumento de evaluación.

Participantes	Discursos
(D1) (D2) (D4) (D5) (D6) (D7) (D8)	Tener una guía de cuidados para las personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria (D1) elaborar una guía para organizar la atención a personas resucitadas (D2) (D5) (D6) (D8) propuesta de una guía de cuidados para la realización de un adecuado (D4) (D7).
(D2) (D4) (D7) (D8)	Instrumento para realizar la evaluación de adherencias (D2) (D4) (D7) (D8).
(D1) (D2) (D3) (D4) (D6) (D7)	Es importante estandarizar los cuidados de Enfermería (D1). Se debe generalizar los cuidados para la actuación de todo el personal de Enfermería (D2) (D3) (D4) (D6) (D7).
(D5) (D6) (D7) (D8)	Favorecer al personal de Enfermería aumentar los conocimientos (D5) hay que ganar en conocimiento (D6) favorecer al conocimiento (D7) hay que tener

	presente el conocimiento que se tiene sobre lo que se hace con razonamiento científico.
(D8)	Desempeño del personal de Enfermería (D8).
(D3) (D8)	La cual se debe de implementar para garantizar (D3) (D8).
(D4) (D6)	Según necesidades afectadas (D4) (D6)

Extracción del análisis de contenido Grupo 2

Participantes	Discursos	Frecuencia
(D1) (D2) (D4) (D5) (D6) (D7) (D8)	Tener una guía de cuidados para las personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria(D1) elaborar una guía para organizar la atención a personas resucitadas (D2) (D5) (D6) (D8) propuesta de una guía de cuidados para la realización de un adecuado (D4) (D7).	7
(D4) (D6)	Según necesidades afectadas (D4) (D6).	2
(D2) (D4) (D7) (D8)	Instrumento para realizar la evaluación de adherencias (D2) (D4) (D7) (D8).	4
(D2) (D3) (D4) (D6) (D7)	Es importante estandarizar los cuidados de Enfermería (D1). Se debe generalizar los cuidados para la actuación de todo el personal de enfermería (D2) (D3) (D4) (D6) (D7).	5
(D5) (D6) (D7) (D8)	Favorecer al personal de enfermería aumentar los conocimientos (D5) hay que ganar en conocimiento (D6) favorecer al conocimiento (D7) hay que tener presente el conocimiento que se tiene sobre lo que se hace con razonamiento científico.	4
(D8)	Desempeño del personal de Enfermería (D8).	1
(D3) (D8)	La cual se debe de implementar para garantizar (D3) (D8).	2

Categorías	Subcategorías	Discursos	Frecuencia
Diseñar una guía (7)		Tener una guía de cuidados para las personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria (D1) elaborar una guía para organizar la atención a personas resucitadas (D2) (D5) (D6) (D8) propuesta de una guía de cuidados para la realización de un adecuado (D4) (D7).	7
Estandarizar cuidados (5)		Es importante estandarizar los cuidados de enfermería (D1). Se debe generalizar los cuidados para la actuación de todo el personal de Enfermería (D2) (D3) (D4) (D6) (D7).	5
	Instrumento de evaluación	Instrumento para realizar la evaluación de adherencias (D2) (D4) (D7) (D8).	4
	Implementar la guía	La cual se debe de implementar para garantizar (D3) (D8).	2
Conocimientos (5)		Favorecer al personal de enfermería a aumentar los conocimientos (D5) hay que ganar en conocimiento (D6) favorecer al conocimiento (D7) hay que tener presente el conocimiento que se tiene sobre lo que se hace con razonamiento científico.	4
		Desempeño del personal de enfermería (D8).	1

Anexo 10. Primera propuesta guía de valoración de cuidados pos resucitación a parada cardiorespiratoria

Para marcar sus respuestas, utilice el sistema de clasificación según escala de liker:

1 – Desacuerdo, 2 – Ni concuerdo ni en desacuerdo, 3 – Concuerdo y 4 – Concuerdo totalmente

Datos generales

Nombre _____

Apellidos: _____

Número historia clínica _____ Edad: _____ años _____ Sexo: _____

Posible causa del parada cardiorespiratoria _____

Tiempo de comienzo reanimación cardio pulmonar básica: ____ horas

Tiempo de comienzo reanimación cardio pulmonar avanzada: _____ horas

Desfibrilación: si ____ no ____ Cantidad ____

Tiempo de comienzo reanimación cardio pulmonar avanzada: _____ horas

Desfibrilación: si ____ no ____ Cantidad ____

Tiempo de duración de la reanimación cardio pulmonar _____ minutos

Estado hemodinámico pos resucitación: Estable _____ Inestable _____

Hora de comienzo cuidados pos resucitación reanimación cardio pulmonar avanzada

Cuidados resucitación parada cardiorespiratoria	pos a	Compruebe		Observaciones	Claridad				Relevante			
		Si	No		1	2	3	4	1	2	3	4

Oxigenación y ventilación

1a. Realizar medición de saturación de oxígeno de manera permanente

1b. Mantener valores 94 % -99% de saturación de

oxígeno										
1c. Medir el alcance de PaCO2 adecuada a la afección subyacente, evitar la hipercapnia o hipocapnia grave										
1d. Si ventilación espontánea										
1d1.Realizar correcto posicionamiento de la cabeza										
1d2.Administrar oxigeno terapia por máscara o tenedor										
1d3. Mantener vías aéreas permeables										

respirador artificial y sus
accesorios

1e5. Interpretar y valorar
resultados de
hemogasometría arterial

2. Monitoreo hemodinámico

2a. Realizar chequeo de
tensión arterial cada 15
minutos las primeras dos
horas después de la
resucitación

2b. Realizar chequeo
tensión arterial cada 30
después de la tercera hora
después de la resucitación
durante cuatro horas
posteriores.

2c. Mantener chequeo
tensión arterial horaria
después de seis horas pos
resucitación

2d. Realizar monitoreo
electrónico de la actividad
eléctrica del corazón de
manera permanente

2e. Realizar la
cuantificación horaria de la
diuresis

2f. Realizar
electrocardiograma de 12
derivaciones horaria

2g. Medir e interpretar
presión venosa central
(PVC) cada cuatro horas

3. Manejo de la temperatura corporal

3a. Medir la temperatura
cada 15 minutos las
primeras dos horas
después de la resucitación

3b. Medir la temperatura
cada 30 después de la
tercera hora después de la
resucitación durante
cuatro horas posteriores.

3c. Medir la temperatura
después de cuatro horas
pos resucitación

3d. Mantener la
temperatura ambiente
inferior 360 C

3e. Prevenir la hipertermia
durante la recuperación

3f. Evitar los escalofríos

4. Manejo neurológico

4a. Evaluar e interpretar
escala GLASGOW

4b. Realizar aviso
oportuno al médico al
detectar episodios de
convulsiones

4c. Realizar glucometría
horarias

4d. Evitar las
hipoglucemias

4e. Vigilar de manera
estricta la sedación

4f. Gestionar la realización
de electroencefalograma
durante los primeros siete
días

4g. Gestionar imágenes
neurológicas durante los
primeros siete días

5. Manejo psicológico

5a. Mantener ambiente
confortable

5b. Mantener empatía con
persona-familia

5c. Gestionar interconsulta
con psicología

Anexo 11. Segunda propuesta guía de valoración de cuidados pos resucitación a parada cardiorespiratoria intrahospitalaria

Para marcar sus respuestas, utilice el sistema de clasificación según escala de liker:

1 – Desacuerdo, 2 – Ni concuerdo ni en desacuerdo, 3 – Concuerdo y 4 – Concuerdo totalmente

Datos generales

Nombre _____ Apellidos: _____

carne de identidad: _____ # historia clínica _____

Edad: _____ años _____ Sexo: _____ Color de la piel: _____

Posible causa del parada cardiorespiratoria _____

Tiempo de comienzo reanimación cardio pulmonar básica: _____

Tiempo de comienzo reanimación cardio pulmonar avanzada: _____

Desfibrilación: si _____ no _____ Cantidad _____

Hora de retorno circulación espontanea _____ Hora de identificar pulso _____

Tiempo de duración de la Reanimación Cardio Pulmonar (RCP) _____ minutos

Estado hemodinámico pos resucitación: Estable _____ Inestable _____

Uso de aminos inotrópicas (dobutamina) _____

Hora de comienzo cuidados pos resucitación RCP _____

Cuidados resucitación parada cardiorespiratoria	pos a	Compruebe		Observaciones	Claridad				Relevante			
		Si	No		1	2	3	4	1	2	3	4

Oxigenación y ventilación

1a. Realizar medición de saturación de oxígeno de manera permanente

1b. Mantener valores 95 % - 100 % de saturación

de oxígeno

1c. Medir el alcance de PaCO₂ adecuada a la afección subyacente, evitar la hipercapnia o hipocapnia grave

1d. Si ventilación espontánea

1d1. Realizar correcto posicionamiento de la cabeza

1d2 Mantener vías aéreas permeables

1d3. Administrar oxígeno terapia por máscara o tenedor si saturación de oxígeno menos de 95 %

	Compruebe		Observaciones	Claridad				Relevante			
	Si	No		1	2	3	4	1	2	3	4

1e. Si ventilación artificial:

1e1. Garantizar la sincronización con el respirador artificial

1e2. Priorizar antes y después la oxigenación al 100% en las aspiraciones de vías aéreas

1e3. Verificar modalidad ventilatoria según estado de conciencia

1e4. Verificar óptimo

funcionamiento del
respirador artificial y sus
accesorios

1e5. Interpretar y valorar
resultados de
hemogasometría arterial

2. Monitoreo hemodinámico

2a. Realizar chequeo de
tensión arterial cada 5
minutos las primeras dos
horas después de la
resucitación

2b. Continuar chequeo de
tensión arterial cada 15
minutos por cuatro horas.

2c. Continuar chequeo de
tensión arterial horaria.

2d. Realizar monitoreo
electrónico de la actividad
eléctrica del corazón de
manera permanente

2e. Realizar
electrocardiograma de 12
derivaciones si
alteraciones.

2f. Realizar la
cuantificación horaria de la
diuresis (ml/kg/h)

2g. Medir e interpretar
presión venosa central
(PVC) horaria

3. Manejo de la temperatura corporal

3a. Medir la temperatura
cada 15 minutos las
primeras dos horas
después de la resucitación

3b Continuar medición de
temperatura cada 30
minutos por cuatro horas
posteriores.

3c. Continuar medición de
temperatura horaria

3d. Mantener la
temperatura ambiente
inferior 36⁰ C

3e. Prevenir la hipertermia
durante la recuperación

3f. Evitar los escalofríos

4. Manejo neurológico

4a. Evaluar e interpretar
escala GLASGOW

4b. Realizar aviso
oportuno al médico al
detectar episodios de
convulsiones

4c. Realizar glucometría
horarias

4d. Evitar las
hipoglucemias

4e. Vigilar de manera
estricta la sedación
horaria según la escala de

RASS

4f. Gestionar la realización
de electroencefalograma
en las primeras 72 horas

4g. Gestionar imágenes
neurológicas en las
primeras 72 horas

5. Manejo psicológico

5a. Mantener ambiente
confortable

5b. Mantener empatía con
persona-familia

5c. Gestionar interconsulta
con psicología

Anexo 12. Guía de valoración de cuidados pos resucitación a parada cardiorespiratoria intrahospitalaria

Datos generales

Nombre _____ Apellidos: _____

carne de identidad: _____ # historia clínica _____

Edad: _____ años _____ Sexo: _____ Color de la piel: _____

Posible causa de la parada cardiorespiratoria _____

Tiempo de comienzo reanimación cardio pulmonar básica: _____

Tiempo de comienzo reanimación cardio pulmonar avanzada: _____

Desfibrilación: si _____ no _____ Cantidad _____

Hora de retorno circulación espontánea _____ Hora de identificar pulso _____

Tiempo de duración de la reanimación cardio pulmonar _____ minutos

Estado hemodinámico pos resucitación: Estable _____ Inestable _____

Uso de aminos inotrópicas (dobutamina) _____

Hora de comienzo cuidados pos resucitación _____

Actuación de Enfermería para los cuidados a	Se realiza	Observaciones
personas resucitadas a la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria.	Si No	

Oxigenación y ventilación

Realizar medición de saturación de oxígeno de manera permanente

Mantener valores 95 % - 100 % de saturación de oxígeno

Medir el alcance de PaCO₂ adecuada a la afección subyacente, evitar la hipercapnia o hipocapnia grave

Si ventilación espontánea

Realizar correcto posicionamiento de la cabeza

Mantener vías aéreas permeables.

Administrar oxígeno terapia por máscara o tenedor si saturación de oxígeno menos de 95

%
Si ventilación artificial
Garantizar la sincronización con el respirador artificial
Verificar modalidad ventilatoria según estado de consciencia
Priorizar antes y después la oxigenación al 100% en las aspiraciones de vías aéreas
Verificar óptimo funcionamiento del respirador artificial y sus accesorios
Interpretar y valorar resultados de hemogasometria arterial
Monitoreo hemodinámico
Medir presión arterial cada 5 minutos las primeras dos horas después de la resucitación
Medir presión arterial cada 15 minutos por cuatro horas.
Medir presión arterial horaria.
Realizar monitoreo electrónico de la actividad eléctrica del corazón de manera permanente
Realizar electrocardiograma de 12 derivaciones si alteraciones.
Realizar cuantificación horaria de la diuresis (ml/kg/h)
Medir e interpretar presión venosa central (PVC) horaria
Control de temperatura corporal
Medir la temperatura cada 15 minutos las primeras dos horas después de la resucitación
Continuar medición de temperatura cada 30

minutos por cuatro horas posteriores.

Continuar medición de temperatura horaria

Mantener la temperatura ambiente inferior 36°C

Prevenir la hipertermia durante la recuperación

Evitar los escalofríos

Control neurológico

Evaluar e interpretar escala GLASGOW

Realizar aviso oportuno al médico al detectar episodios de convulsiones

Realizar glucómetros horarios

Evitar las hipoglucemias

Vigilar de forma estricta la sedación horaria según la escala de RASS

Gestionar la realización de electroencefalograma en las primeras 72 horas

Gestionar imágenes neurológicas en las primeras 72 horas

Control psicológico

Mantener ambiente confortable

Mantener empatía con persona-familia

Gestionar interconsulta con psicología
