

Favorecer los resultados

Ambas fases se completaron en un año. Una encuesta de seguimiento empleando las mismas preguntas reveló que los casos simulados mejoraban la ejecución percibida del personal y que las enfermeras creían que las simulaciones eran de gran ayuda. Se sentían más confiadas en su papel y demostraban una mayor seguridad en el manejo del equipamiento.

Unos 4 meses después de finalizar la formación, se produjo un paro real en el CLC. El equipo de paros del hospital de referencia aplaudió la actuación y la eficiencia del personal del CLC y ello se reflejó en el parte. El primer y el segundo profesional realizaron exactamente lo que se esperaba de ellos a la llegada del equipo de paros. Ahora, cada 4 meses se realiza una simulación de un paro en el CLC.

Expandir el programa

Habiendo podido comprobar el resultado del programa de simulación, los instructores empezaron a valorar internamente al equipo de paros del hospital de referencia. Los médicos residentes e internos de la unidad de cuidados intensivos rotaron mensualmente por el equipo. Forman parte del equipo de paros si están de guardia. Aunque se les requiere completar la formación práctica en SVA, muchos de ellos no han asumido el rol de líder del equipo en casos reales de paro. Como respuesta a esta situación, los instructores empezaron a impartir formación con casos simulados de paro cardíaco a los médicos que rotaban por la unidad de cuidados intensivos, centrándose en sus roles y responsabilidades ante la activación de un código paro. Deben asumir el papel de líder del equipo, el abordaje de la vía aérea o de compresor torácico, y se les solicita que ejecuten cada uno de estos papeles durante la simulación.

Las revisiones de valoración cuatrimestrales demostraron que después de la formación práctica simulada las situaciones de paro real fueron abordadas de forma más eficiente con menos confusión, con una clara asignación de roles y mejor comunicación entre los miembros del equipo. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Field JM, Hazinski MF, Sayre MR, et al. Part 1: executive summary: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2010;122(18 suppl 3):S640-S656.
2. Woollard M, Whitfield R, Newcombe RG, Colquhoun M, Vetter N, Chamberlain D. Optimal refresher training intervals for AED and CPR skills: a randomised controlled trial. *Resuscitation*. 2006;71(2):237-247.
3. Woollard M, Whitfield R, Smith A, et al. Skill acquisition and retention in automated external defibrillator (AED) use and CPR by lay responders: a prospective study. *Resuscitation*. 2004;60(1):17-28.

Maria-Christabelle Castro es enfermera gestora de MICU-CCU y Milagros Cruz y Ruben Briones son enfermeros asistenciales en el VA North Texas HealthCareSystem en Dallas, Tex.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses económicos relacionados con este artículo.

DINÁMICA FAMILIAR

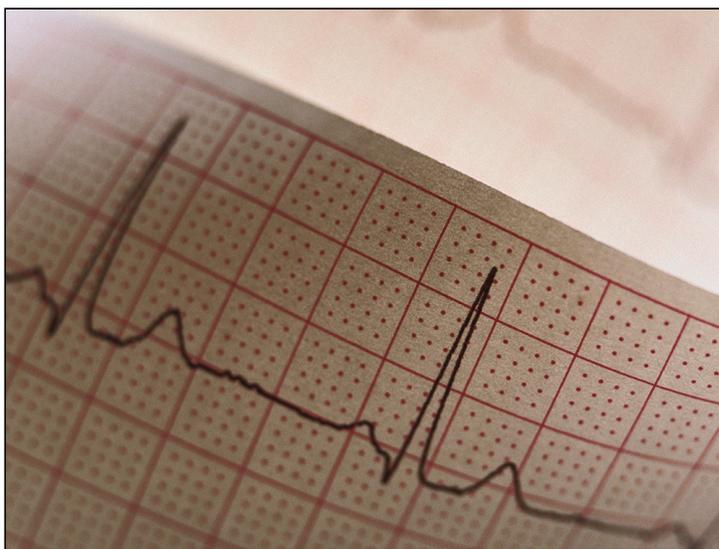
Interferencia continua

Mi paciente es una mujer viuda, de 80 años, a la que recientemente se le ha practicado una cirugía cardíaca. Evoluciona bien. La que me preocupa es su hija. Es una cardióloga que acaba de jubilarse, y que vive en otro estado.

Cuando visita a su madre, cuestiona constantemente las prescripciones farmacológicas y otros tratamientos.

Nunca puede estar cuando el cirujano cardíaco pasa visita, así que me asalta con todo tipo de preguntas. Este comportamiento es estresante no solo para mí, sino también para mi paciente, que no está en condiciones de afrontar esto en estos momentos. ¿Cómo debería enfocar este dilema? –J.T., GA.

¿Está el cirujano al corriente de sus preocupaciones? Si no han tenido ocasión de hablar, facilite a la hija los datos de contacto del cirujano y recomiéndele que hable con él y le exprese sus preocupaciones.



Otra intervención que podría llevar a cabo es la de confeccionar una lista de las personas de su centro que pueden actuar como recurso o referente en estos casos y organizar una sesión de cuidados conjunta cuando la hija tenga disponibilidad. Advierta a todos los participantes, incluidos el cirujano de su paciente y los demás médicos, el cura y el trabajador social, de que un familiar va a participar en la sesión para exponerles sus preocupaciones.

También le recomendaría invitar a algún miembro del comité de ética del hospital, aunque por lo que parece la situación no implica ningún dilema ético específico. Al igual que los curas y los trabajadores sociales, los profesionales de la bioética tienen habilidades en la valoración y el manejo de la dinámica familiar. Pacte con él el contenido de la sesión. Para ayudar a reducir la ansiedad de la hija acerca del cuidado de su madre, muestre respeto por su experiencia como médico, pero céntrate específicamente en sus necesidades como familiar de su paciente. ■

Susan A. Salladay es enfermera educadora especializada en bioética y enfermería de salud mental. Es profesora adjunta en el programa de MSN en la Liberty University Online.