

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**“CONOCIMIENTO Y MANEJO DE REANIMACIÓN
CARDIOPULMONAR AVANZADA POR EL PROFESIONAL
DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS DE INTERNAMIENTO
DEL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL
JULIO CESAR DE MARINI CARO - CHANCHAMAYO 2018”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y
DESASTRES**

**ROCIO ESPERANZA CANCHO BARTOLO
JULISSA PILAR HINOSTROZA CAJACURI**

**Callao, 2018
PERÚ**

**CONOCIMIENTO Y MANEJO DE REANIMACIÓN
CARDIOPULMONAR AVANZADA POR EL
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS
DE INTERNAMIENTO DEL HOSPITAL REGIONAL DE
MEDICINA TROPICAL JULIO CESAR DEMARINI CARO
– CHANCHAMAYO 2018**

AUTORES:

- CANCHO BARTOLO, Rocío Esperanza
- HINOSTROZA CAJACURI, Julissa Pilar



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

XLVI CICLO TALLER DE TESIS PARA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

ACTA N° 161-2018

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Siendo las 09:00 horas del domingo 25 de noviembre del año dos mil dieciocho, en el Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud, se reúne el Jurado Evaluador del XLVI Ciclo Taller de Tesis para la obtención de Título de Segunda Especialidad Profesional; conformado por los siguientes docentes:

Dra. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO	PRESIDENTA
Mg. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPÉN	SECRETARIA
Lic. JOSÉ LUIS YUPANQUI PÉREZ	VOCAL

Con la finalidad de evaluar la sustentación de la Tesis, titulada "CONOCIMIENTO Y MANEJO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS DE INTERNAMIENTO DEL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL JULIO CESAR DEMARINI CARO - CHANCHAMAYO 2018", presentado por: Don(ña) HINOSTROZA CAJACURI JULISSA PILAR y CANCHO BARTOLO ROCIO ESPERANZA.

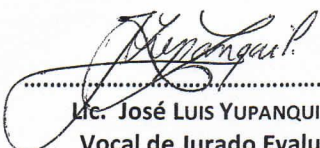
Con el quórum establecido según el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional del Callao, aprobado por Resolución de Consejo Universitario N° 309-2017-CU de fecha 24 de octubre de 2017; luego de la sustentación, los miembros del Jurado Examinador formularon las respectivas preguntas, las mismas que fueron absueltas.

En consecuencia, el Jurado Evaluador acordó **APROBAR** con la escala de calificación cualitativa MUY BUENO, y calificación cuantitativa Dieci y seis (16) de la Tesis para optar el **Título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería en EMERGENCIAS DESASTRES**, de conformidad con el Art. 27° del Reglamento de Grados y Títulos, dándose por terminado el acto de sustentación, siendo las 09:30 horas del mismo día.

Callao, 25 de noviembre de 2018


Dra. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO
Presidenta de Jurado Evaluador


Mg. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPÉN
Secretario de Jurado Evaluador


Lic. JOSÉ LUIS YUPANQUI PÉREZ
Vocal de Jurado Evaluador

DEDICATORIA

A Dios todo poderoso, fuente infinita de amor y sabiduría, por sus bendiciones que recibimos día a día, por la fortaleza en los momentos difíciles, por su infinito amor para con nosotros; por eso y mucho más te damos gracias por ser el motor de nuestra vida el cual jamás se apagará sin importar el momento, situación o circunstancia.

A nuestra familia por ser el mayor apoyo y fortaleza en todo momento, por permitirnos realizar satisfactoriamente este trabajo de investigación.

Las autoras

AGRADECIMIENTO

A Dios, por concedernos serenidad y fortaleza todo momento, por habernos enseñado que uno no se debe rendir nunca ante los obstáculos que la vida nos presenta.

A nuestra familia por haber confiado en nosotras en todo momento, por su paciencia y apoyo para realizar satisfactoriamente nuestro trabajo de investigación, y por inculcarnos que todo se puede conseguir a base de responsabilidad, dedicación y sacrificio.

Las autoras.

ÍNDICE

	Pág.
ÍNDICE	01
RESUMEN	05
ABSTRACT	06
INTRODUCCIÓN	07
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	09
1.1 Descripción de la realidad problemática	09
1.2 Formulación del Problema	12
1.2.1 Problema General	12
1.2.2 Problemas Específicos	12
1.3 Objetivos	13
1.3.1 Objetivo General	13
1.3.2 Objetivos Específicos	13
1.4 Limitantes de la investigación	13
1.4.1 Limitante teórica.	13
1.4.2 Limitante temporal.	14
1.4.3 Limitante espacial.	14
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.	15
2.1 Antecedentes	15
2.1.1 Antecedentes Internacionales	15
2.1.2 Antecedentes Nacionales	18
2.2 Marco	21
2.2.1 Teórico	21
2.2.2 Conceptual	65
2.3 Definición de términos básicos	62
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	63
3.1 Hipótesis	63

3.2	Operacionalización de variables	64
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN		65
4.1	Tipo y diseño de la de Investigación	65
4.1.1	Tipo de la Investigación	65
4.1.2	Diseño de la Investigación	65
4.2	Población y muestra	65
4.2.1	Criterios de Inclusión	65
4.3	Técnicas e Instrumentos para recolección de la información	65
4.4	Análisis y procesamiento de datos	67
CAPÍTULO V: RESULTADOS		68
5.1	Resultados Descriptivos	68
5.2	Resultados Inferenciales	74
5.3	Otro tipo de resultados	74
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN DE RESULTADOS		75
6.1	Contrastación de la hipótesis	75
6.2	Contrastación de los resultados con estudios similares	76
6.3	Responsabilidad ética	78
CONCLUSIONES		79
RECOMENDACIONES		80
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		81
ANEXOS		85
	Anexo 1: Instrumentos validados	86
	Anexo 2: Consentimiento informado	90
	Anexo 3: Base de datos	91
	Otros	98

ÍNDICE DE TABLAS DE CONTENIDO

	Pág.
TABLA N° 01. NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN MANEJO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, EN LOS SERVICIOS DE INTERNAMIENTO DEL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL JULIO CÉSAR DEMARINI CARO - CHANCHAMAYO 2018.	68
TABLA N° 02. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, EN LOS SERVICIOS DE INTERNAMIENTO DEL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL JULIO CÉSAR DEMARINI CARO - CHANCHAMAYO 2018.	70
TABLA N° 03 MANEJO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, EN LOS SERVICIOS DE INTERNAMIENTO DEL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL JULIO CÉSAR DEMARINI CARO - CHANCHAMAYO 2018.	72

ÍNDICE DE FIGURAS DE CONTENIDO

	Pág.
GRÁFICO N° 01 NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN MANEJO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, EN LOS SERVICIOS DE INTERNAMIENTO DEL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL JULIO CÉSAR DEMARINI CARO - CHANCHAMAYO 2018.	69
GRÁFICO N° 02. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, EN LOS SERVICIOS DE INTERNAMIENTO DEL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL JULIO CÉSAR DEMARINI CARO - CHANCHAMAYO 2018	71
GRÁFICO N° 03: MANEJO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, EN LOS SERVICIOS DE INTERNAMIENTO DEL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL JULIO CÉSAR DEMARINI CARO - CHANCHAMAYO 2018	73

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo. Determinar el nivel de conocimiento y manejo de la reanimación cardiopulmonar avanzada por el profesional de enfermería, en los servicios de internamiento del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro - Chanchamayo. Metodología; Se utilizó el tipo de investigación cuantitativa, diseño descriptivo-correlacional. La muestra estuvo conformada por 30 licenciadas en enfermería del hospital en mención, se empleó el muestreo no probabilístico intencional. Las técnicas de recolección de datos utilizada fueron la entrevista directa dirigida y el registro, con un test cognitivo y un Check list conformado por 18 y 20 preguntas, que evalúa las siguientes variables: conocimiento y manejo de la reanimación cardiopulmonar. Los datos obtenidos fueron procesados con el programa Excel y SPSS. Los resultados indican que; El nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre la reanimación cardiopulmonar es medio en el 56,7%, y el manejo de la reanimación cardiopulmonar observada es adecuada por el 50% de ellas. Luego de realizar el contraste de hipótesis, se llegó a concluir que existe asociación entre el conocimiento y manejo de la reanimación cardiopulmonar avanzada por el profesional de enfermería, donde el nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre la reanimación cardiopulmonar es medio en el 56,7%, y el manejo de la reanimación cardiopulmonar observada es adecuada por el 50% de ellas.

Palabras clave: Conocimiento de la reanimación cardiopulmonar avanzada.

ABSTRACT

The investigation was aimed at. To determine the level of knowledge and management of advanced cardiopulmonary resuscitation by the nursing professional, in the internment services of the Regional Hospital of Tropical Medicine Julio César Demarini Caro - Chanchamayo. Methodology; The type of quantitative research, descriptive-correlational design, was used. The sample consisted of 30 nursing graduates from the hospital in question, intentional non-probabilistic sampling was used. The data collection techniques used were the directed direct interview and the registry, with a cognitive test and a Check list consisting of 22 and 20 questions, which evaluates the following variables: knowledge and management of cardiopulmonary resuscitation. The data obtained were processed with the Excel and SPSS program. The results indicate that; The level of knowledge of the nursing professional about cardiopulmonary resuscitation is medium in 56.7%, and the management of the cardiopulmonary resuscitation observed is adequate for 50% of them. After performing the hypothesis test, it was concluded that there is an association between the knowledge and management of advanced cardiopulmonary resuscitation by the nursing professional, where the level of knowledge of the nursing professional about cardiopulmonary resuscitation is medium in 56, 7%, and the management of cardiopulmonary resuscitation observed is adequate for 50% of them.

Keywords: Knowledge of advanced cardiopulmonary resuscitation.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, las muertes por paro cardiorrespiratorio van en aumento, por el incremento de los factores de riesgos debido a la edad, y/o a patologías congénitas y asociadas, estos se dan en escenarios extrahospitalarios, es decir en la calle, en los hogares, en los centros de cuidados a adultos mayores de manera súbita y sorpresiva, pero también en escenarios intrahospitalarios como los hospitales, las clínicas, claro está que con menor incidencia. Por tal motivo corresponde a una emergencia in situ por lo que la respuesta sanitaria debe ser oportuna en la detección precoz, la activación del sistema de emergencia y la aplicación de las maniobras de Reanimación Cardiopulmonar básica y avanzada dentro de los 4 a 5 minutos según lo establecido por la American Heart Association (AHA) es de importancia para revertir la muerte clínica dada por el paro cardiorrespiratorio.

El personal de enfermería que cuida a la persona, con algún tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones debe tener la experiencia de cuidar lo que conlleva una gran responsabilidad y un enorme esfuerzo; convirtiéndose en parte del sistema de salud que contribuye a una atención efectiva. El Ministerio de Salud (MINSA); en su tercer lineamiento, menciona que la formación de las personas que atienden a la población adulta mayor debe ser permanentemente capacitadas, para su atención integral de salud. Es importante que los

profesionales de enfermería tengan conocimientos básicos y avanzados sobre la Reanimación Cardiopulmonar para que actúen de forma inmediata, identificando y actuando de forma eficaz y de calidad. Ya pasado los 10 minutos se produce la muerte biológica, para ello debemos tener en cuenta los aspectos éticos legales para la realización de la Reanimación Cardiopulmonar (RCP).

Se debe tener en claro que el ser de una edad avanzada no debe ser impedimento para iniciar la reanimación cardiopulmonar, por lo que debe ser imperante tener un programa para la respuesta ante un evento súbito con la capacitación permanente a todo el personal de forma rápida, eficaz, eficiente y de calidad; para el reconocimiento y actuar sobre ella, siempre teniendo los cuatro principios básicos de la Bioética: no maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática.

El paro cardiorrespiratorio es un estado que cursa con dificultad brusca de la respiración y de la circulación, produciendo un menoscabo de la transferencia de oxígeno y pudiendo inducir a la muerte al individuo. Si no se lleva a término el soporte vital básico, a los 10 segundos de iniciado un paro cardíaco el paciente entra en coma como resultado de la hipoxia cerebral y uno a tres minutos luego entra en apnea de causa central como resultante del compromiso de las neuronas del centro respiratorio. Por otra parte, la obstrucción completa de las vías aéreas da origen a asfixia, que degenera en apnea (paro respiratorio) y en 5 a 10 minutos hace que el corazón entre en paro secundariamente a la hipoxia tisular.

(1)

Es por ello por lo que, una vez instaurado el paro cardiorrespiratorio, se debe iniciar con prisa y eficacia a la reanimación, ya que de ello depende la calidad de vida del paciente. (2) La aplicación de reanimación cardiopulmonar, debe hacerse de acuerdo con las recomendaciones dadas por los consensos internacionales; los cuales son actualizados periódicamente por el Internacional Liaison Comittee on Resusitation basada en mejores evidencias científicas disponibles. (3).

En el Perú el Consejo Peruano de Reanimación, utiliza la Norma Nacional de reanimación cardiopulmonar; dónde se recomiendan realizar el conjunto de maniobras adecuadas, secuenciales y correctas; asegurándose asimismo un efecto eficaz. El juicio y el manejo del personal de salud sobre maniobras de reanimación cardiopulmonar, es significativo, debido a que el inicio apropiado y el buen manejo dependerá la salvación del paciente.

Las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares ocupan los primeros lugares de morbimortalidad en el planeta, y representan actualmente, una significativa dificultad de salud pública mundial; en los países en desarrollo generan mayor carga de enfermedad que las infecciosas. Estas enfermedades comienzan a desarrollarse desde edades tempranas, y en la edad adulta se pueden presentar de modo súbito con un paro cardiorrespiratorio, produciendo una repercusión perniciosa en nuestra sociedad, y en el entorno personal, familiar, laboral, y económico social. (4)

La experiencia de las muertes súbitas y el redescubrimiento de las técnicas de la resucitación cardiopulmonar por Peter Safar, Adam y Kuowenhoven en los años de 1960, la han convertido en la técnica de emergencia más usada en la medicina actual, millones de personas se capacitan y entrenan en todo el mundo intentando aprender dichas técnicas para tratar de salvar vidas. La resucitación cardiopulmonar, es considerada como uno de los más

importantes avances de la medicina, que previene o evita las muertes prematuras; su perfeccionamiento se sustenta en los innumerables trabajos realizados desde hace muchos años por médicos, investigadores y organizaciones médicas que brindan atención en soporte cardiovascular de emergencia. (4)

La enfermera tiene como deber y obligación ofrecer atención, oportuna, continua y segura, considerando la intimidad del paciente a quien cuida. La enfermera(o) es garante de su manejo profesional y de sustentar su capacidad a través de la preparación continua de acorde a los avances científicos, tecnológicos y culturales. La atención que se brinda a los pacientes que están en riesgo de muerte por presentar paro cardio respiratorio significa el actuar inmediato del profesional de enfermería, tanto en conocimientos y práctica, desarrollando así una correcta técnica, según normas internacionales, con el objetivo de salvar la vida del paciente y asegurar su recuperación. (5) Según datos estadísticos del MINSA en el Perú el 80% de las muertes por paro cardiaco ocurren en domicilio, el 15% en la calle o en el lugar público y solo el 5% en área hospitalaria. (6)

El Sistema de trabajo en los servicios de internamiento del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro – Chanchamayo, consiste en la rotación de todo el profesional de enfermería por los diferentes servicios por los periodos considerados por la enfermera jefe y es por ello que todo el

personal debe de estar capacitado para poder asistir al paciente en forma efectiva en la reanimación cardiopulmonar en caso de un paro cardiorrespiratorio en cualquiera de estos servicios donde se encuentra, actuando de manera rápida, eficiente y oportuna. Ante la situación expuesta se plantea la siguiente pregunta de investigación:

1.2. Formulación del problema.

1.2.1. Problema General.

¿Cómo se relaciona el nivel de conocimiento con el manejo de la reanimación cardiopulmonar avanzada por el profesional de enfermería, en los servicios de internamiento del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro - Chanchamayo 2018?

1.2.2. Problemas Específicos.

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento según dimensión reanimación cardiopulmonar avanzada por el profesional de enfermería, en los servicios de internamiento del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro - Chanchamayo?
- ¿Cuál es el manejo de reanimación cardiopulmonar avanzada según dimensión evaluación y función del líder y miembros por el profesional de enfermería en los servicios de internamiento del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro -

Chanchamayo?

1.3. Objetivos.

1.3.1. Objetivo General.

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y manejo de la reanimación cardiopulmonar avanzada por el profesional de enfermería, en los servicios de internamiento del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro - Chanchamayo.

1.3.2. Objetivos Específicos.

- Identificar el nivel de conocimiento según dimensión reanimación cardiopulmonar avanzada por el profesional de enfermería, en los servicios de internamiento del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro – Chanchamayo.
- Evaluar el manejo de la reanimación cardiopulmonar avanzada según dimensión evaluación y función del líder y miembros por el profesional de enfermería en los servicios de internamiento del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro – Chanchamayo.

1.4. Limitantes de la investigación.

Limitante teórica:

Para esta investigación no se han encontrado estudios a nivel local, pero sí estudios efectuados a nivel nacional e internacional, los

cuáles fueron citados en la parte correspondiente.

Limitante temporal:

Esta investigación es de diseño correlacional, y la información a recabar corresponderá en un tiempo y periodo corto debido a la naturaleza de las variables en estudio.

Limitante espacial:

No se ha encontrado limitaciones de carácter geográfico, ya que la zona donde se efectuó el estudio es de fácil acceso para las investigadoras.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes:

Se ha realizado la revisión de antecedentes a nivel nacional e internacional, encontrándose algunos relacionados al tema.

Así tenemos:

A nivel internacional

- **Sánchez-García A,** y cols. (2015). Valoración del nivel de conocimientos y su adecuación en materia de RCP en el personal sanitario de los servicios de urgencias hospitalarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Objetivo: La Reanimación Cardiopulmonar (RCP) es uno de los procedimientos de los equipos de asistencia hospitalaria más importantes que se realizan en los servicios de urgencias. Existe un consenso internacional sobre RCP, actualizándose cada 5 años, recomendándose la actualización de conocimientos cada 2 años para los profesionales. El objetivo de este estudio es conocer cuál es el nivel de conocimientos en RCP de los profesionales sanitarios, si estos profesionales están correctamente actualizados y constatar si la realización de

cursos en el tiempo recomendado mejora el nivel de conocimientos. Método: Realizamos una encuesta con 20 preguntas basada en los cuestionarios para valoración de conocimientos en RCP de la American Heart Association (AHA) y de la Sociedad Española de Medicina y Cuidados Intensivos (SEMICYUC). Resultados: Obtuvimos como resultado que la totalidad de los encuestados no sigue los estándares internacionales de realización de cursos de actualización de conocimientos. El 64,7 % se actualizó después del 2010 y 10,1% nunca se actualizó. El 30% de los médicos, el 90% de los residentes y el 7% de los enfermeros, no superaban el umbral mínimo de formación establecido por la AHA en servicios de urgencias hospitalarias (un curso cada dos años). Se corrobora que a mayor realización de cursos mejor nivel de conocimientos. Conclusiones: Resulta evidente la necesidad de cambios en la metodología de aprendizaje de los cursos impartidos en materia de RCP para profesionales. Destacamos que el personal sanitario sí está concienciado de la necesidad de formación en esta materia. (7)

- **Balcázar-Rincón, LE,** y cols. (2015) Reanimación cardiopulmonar: nivel de conocimientos entre el personal de un servicio de urgencias. México. Objetivo: determinar los conocimientos en reanimación cardiopulmonar entre el personal de salud que labora en un servicio de urgencias. Material y

métodos: estudio descriptivo y transversal. Se evaluó el conocimiento en reanimación cardiopulmonar de 122 médicos y enfermeras del servicio de urgencias mediante un cuestionario de 20 preguntas. Se determinaron asociaciones causales con la prueba de χ^2 . Resultados: 89.3% de los encuestados demostraron conocimientos insatisfactorios. La formación académica del personal está asociada con el nivel de conocimientos ($p = 0.000$), la especialidad de urgencias médicas demostró tener mejores conocimientos en reanimación cardiopulmonar ($p = 0.000$). Conclusiones: en el personal de salud del servicio de urgencias de nuestra unidad existen deficiencias graves en los conocimientos de reanimación cardiopulmonar. (8)

- **Navarro-Vargas JR**, y cols. (2015) Manual de práctica clínica basado en la evidencia: Reanimación cardiocerebropulmonar. Colombia. El paro cardiorrespiratorio en el adulto surge como una consecuencia de la enfermedad coronaria en más del 60% de los casos. Se considera en la actualidad un problema de salud pública. Hay que tener en cuenta que la prevención, a través de la adopción de hábitos saludables, es el factor principal de la reducción de morbimortalidad. Sin embargo, cuando se presenta la arritmia maligna que conlleva al paro cardíaco, su desenlace está directamente relacionado con la rapidez y con la calidad con que se realicen las maniobras de

reanimación cardiopulmonar y del manejo integral de la condición clínica del síndrome posparo cardiaco. Este manual de práctica clínica pretende brindar la información suficiente para garantizar una atención apropiada de estos eventos, y está basada en los lineamientos internacionales de la lex artis de la comprensión y manejo del paro cardiaco. Además, se incluyen los criterios para determinar la muerte encefálica y la organización del equipo de reanimación avanzada, que en el mundo tiene varias denominaciones: sistema de emergencia médica, código azul, código mega, código de reanimación avanzada. (9)

A nivel nacional.

- **Kala Mendoza R.T,** y cols. (2017). Efectividad del programa educativo “Salvando Corazones” en los conocimientos, actitudes y prácticas sobre reanimación cardiopulmonar en los estudiantes del cuarto año de secundaria de una institución pública de Lima Este. El presente estudio tuvo como objetivo determinar la efectividad del programa educativo “Salvando Corazones” en los conocimientos, actitudes y prácticas sobre reanimación cardiopulmonar en los estudiantes del cuarto año de secundaria de una Institución educativa privada Lima Este. Metodología: la población estará conformada por 40 estudiantes de la Institución Educativa “Fe y Alegría” N° 41, del cuarto año del nivel secundario. La selección de los participantes se

realizará mediante el muestreo no probabilísticos por conveniencia. El estudio es de enfoque cuantitativo, de diseño preexperimental, de corte longitudinal. Para recoger los datos, las autoras de la investigación realizaron tres cuestionarios, las cuales fueron adaptadas de la American Heart Association. El primer instrumento medirá el nivel de conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar con 10 preguntas; el segundo cuestionario evaluara las actitudes frente a un paro cardiorrespiratorio, el cual tiene 10 preguntas de tipo escala Likert; y como tercer instrumento se elaboró una guía de observación, que consta de 10 ítems. La validez de los instrumentos se realizó a través de siete jueces expertos ligados al área de salud, entre ellos cinco médicos (un cirujano cardiovascular, tres cardiólogos, un anestesiólogo), y dos enfermeras especialistas en (emergencias y desastres, cuidados intensivos). Siendo el resultado por V de Aiken, 0.9. Lo que significa que el contenido es válido y congruente, así mismo realizó una prueba piloto en una institución educativa privada, siendo el resultado para conocimientos con el coeficiente K R-20 de 0.7, indicando que es fiabilidad del instrumento es alta, para actitudes se aplicó el alfa de Cronbach siendo el resultado 0.83, lo que demuestra que el instrumento tiene una fiabilidad alta y asimismo el área de prácticas se aplicó también el alfa de Cronbach siendo el resultado 0.65 lo que indica que el

instrumento tiene una fiabilidad moderada. El resultado de este estudio se constituirá como fuente de generadora de nuevas ideas de investigación disponibles para la comunidad científica y nuevos investigadores, en el área de la promoción de la salud, en tal sentido tendremos a estudiantes capaces de iniciar la reanimación cardiopulmonar (RCP) de alta calidad de inmediato después de un paro cardíaco esto mejorar enormemente las probabilidades de supervivencia de una víctima. (10)

- **Aranzábal-Alegría G, y cols. (2017).** Factores asociados al nivel de conocimiento en reanimación cardiopulmonar en hospitales del Perú. Objetivo: Determinar la asociación entre los factores socioeducativos y el nivel de conocimiento sobre RCP en el personal de salud de hospitales peruanos. Metodología: Se realizó un estudio transversal analítico multicéntrico, con un muestreo por conveniencia a profesionales de la salud de 25 hospitales del Perú, mediante encuestas validadas en población local. Se calculó la estadística bivariado y multivariada con los modelos lineales generalizados. Resultados: De los 1.075 encuestados, el 52% fueron mujeres, la mediana de edad fue de 33 años, el 77% fueron médicos, el 61% estudiaron en universidades nacionales y el 62% llevaron previamente un curso/taller de primeros auxilios. El 59% desaprobaban la prueba de RCP. Estuvo asociado a tener un buen conocimiento de RCP el pasar una mayor cantidad de horas en el servicio de

emergencias (RPa: 1,003; IC 95%: 1,002-1,004; $p < 0,001$), el ser médico (RPa: 1,51; IC 95%: 1,13-2,03; $p = 0,027$) o el ser enfermera (RPa: 1,45; IC 95%: 1,10-1,93; $p = 0,001$), ajustado por el haber llevado previamente un curso de RCP y la sede de encuestado. (11)

A nivel local.

No se encontraron tesis relacionado al tema.

2.2. Marco conceptual.

I. EL CONOCIMIENTO.

Es considerada como una actividad realizada por el ser racional quién va a adquirir cierta certeza de la realidad. Conocer es enfrentar la realidad en la cual se establece la relación de cuatro elementos; el sujeto, el objeto, los sentidos y el medio o circunstancia bajo el cual se realiza este proceso.

Según este paradigma se involucra que también la relación sujeto-objeto fluctúe entre el conocimiento vulgar y el conocimiento científico, porque para llegar a este último es necesario que el sujeto perciba al objeto en un primer momento tal como es, luego del cual comenzará a elaborar conjeturas que le guiará a la formulación de una incógnita, luego buscar la respuesta exacta a su dilema. Por otra parte, el proceso del conocimiento es infinito y se efectúa en forma de progreso asintótico ilimitado, lo que significa que NO culmina nunca (se estima que la información electrónica hoy día se duplica cada tres años; luego en el corto plazo se hará

en meses y luego en días.(12,13)

1.1. El origen del conocimiento.

a. Racionalismo.

Esta doctrina epistemológica sostiene que la causa principal del conocimiento reside en el pensamiento, en la razón. A través de él se afirma que un conocimiento solo es realmente tal cuando posee necesidad lógica y validez universal.

El planteamiento más antiguo del racionalismo aparece con Platón. Él tiene la íntima convicción de que el conocimiento verdadero debe distinguirse por la posesión de la necesidad lógica y de la validez universal.

Según platón:

Paso 1: El alma existe antes que el cuerpo. En su vida anterior, en el mundo suprasensible, contempla las ideas.

Paso 2: Cuando el alma se une al cuerpo, olvida el conocimiento que había adquirido.

Paso 3: En el mundo sensible, el hombre percibe por los sentidos los objetos que fueron hechos por el Demiurgo (Dios), a partir de una materia preexistente (jora), teniendo como modelo a las ideas.

Paso 4: La percepción sensible de los objetos despierta en el alma, por su semejanza con las ideas, el recuerdo de las ideas olvidadas. De allí que se denomine a esta teoría "Teoría de la Reminiscencia" o del recuerdo.

b. El empirismo.

Menciona que: la única causa del conocimiento humano es la experiencia. Según el empirismo, no existe un patrimonio apriori de la razón. La conciencia cognoscente no obtiene sus conceptos de la razón sino exclusivamente de la experiencia. El espíritu humano por naturaleza está desprovisto de todo conocimiento.

El racionalismo está guiado por la idea, determinada por el conocimiento ideal, mientras que el empirismo se origina en los hechos concretos.

Los racionalistas casi siempre surgen de la matemática; los defensores del empirismo, según lo prueba su historia, frecuentemente vienen de las ciencias naturales. Esto se entiende sin esfuerzo de que la experiencia es el factor determinante en las ciencias naturales.

En ellas, lo más importante es la comprobación exacta de los hechos por medio de una cuidadosa

observación.

El investigador depende totalmente de la experiencia y el fundamento de un conocimiento válido, no se encuentra en la experiencia, sino en el pensamiento.

c. Apriorismo.

Esta doctrina surge como intermediación entre el racionalismo y el empirismo. Considera también que la razón y la experiencia son a causa del conocimiento. Pero se diferencia del intelectualismo porque establece una relación entre la razón y la experiencia en una dirección diametralmente opuesta a la de éste.

El apriorismo sostiene que nuestro conocimiento posee algunos elementos apriori que son independientes de la experiencia. Esta afirmación también pertenece al racionalismo.

Si relacionáramos el intelectualismo y el apriorismo con los dos extremos contrarios entre los cuales pretenden mediar, inmediatamente descubriríamos que el intelectualismo tiene afinidad con el empirismo, mientras que el apriorismo se acerca al racionalismo. Entonces el intelectualismo forma sus conceptos de la experiencia; mientras que el apriorismo establece que el factor cognoscitivo procede de la razón y no de la

experiencia.

d. Intelectualismo.

El intelectualismo forma sus conceptos de la experiencia, se considera como el mediador entre el racionalismo y empirismo, y sostiene que tanto el pensamiento como la experiencia intervienen en la producción del conocimiento. Concibe que el elemento racional deriva del empírico: todos los conceptos proceden de la experiencia.

Según Santo Tomás; este conocimiento comienza por recibir imágenes concretas de las cosas sensibles y a partir de esto existe un “entendimiento activo”, que extrae de las “imágenes esenciales” el “entendimiento potencial” recibe estas impresiones y procede a juzgar sobre las cosas. (12,13)

1.2. Niveles del conocimiento:

a. El conocimiento sensible.

Consiste en captar un objeto por medio de los sentidos; tal es el caso de las imágenes captadas por medio de la vista. Gracias a ella podemos almacenar en nuestra mente las imágenes de las cosas, el color, forma y dimensiones. Los ojos y los oídos son los principales sentidos utilizados por el ser humano a diferencia de los animales que han desarrollado poderosamente el olfato

y el tacto.

b. El conocimiento conceptual.

Consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales. La principal diferencia entre el nivel sensible y el conceptual reside en la singularidad y universalidad que caracteriza, respectivamente, a estos dos tipos de conocimiento.

El conocimiento sensible es singular y el conceptual universal. Por ejemplo, puedo ver y mantener la imagen de mi padre (esto es conocimiento sensible, singular). Pero, además, puedo tener el concepto de padre, que abarca a todos los padres del mundo; (es universal).

El concepto de padre no tiene color o dimensiones; es abstracto. La imagen de padre es singular, y representa a una persona con dimensiones y figura concretas.

En cambio, el concepto de padre es universal (padre es el ser que da vida a otro ser). La imagen de padre sólo se aplica al que tengo en frente. En cambio, el concepto de padre se aplica a todos los padres.

Por esto decimos que la imagen es singular y el concepto es universal.

c. El conocimiento holístico.

Es conocido también como “intuitivo”, con el riesgo de

muchas confusiones, dado que la palabra intuición se ha utilizado hasta para hablar de premoniciones y corazonadas. En este nivel tampoco hay colores, dimensiones ni estructuras universales como es el caso del conocimiento conceptual. Intuir un objeto significa captarlo dentro de un amplio contexto, como elemento de una totalidad, sin estructuras ni límites definidos con claridad. La palabra holístico se refiere a esta totalidad percibida en el momento de la intuición (holos significa totalidad en griego). La principal diferencia entre el conocimiento holístico y conceptual reside en las estructuras. El primero carece de estructuras, o por lo menos, tiende a prescindir de ellas. El concepto, en cambio, es un conocimiento estructurado. Debido a esto, lo percibido a nivel intuitivo no se puede definir, (definir es delimitar), se capta como un elemento de una totalidad, se tiene una vivencia de una presencia, pero sin poder expresarla adecuadamente. Aquí está también la raíz de la dificultad para dar ejemplos concretos de este conocimiento. Intuir un valor, por ejemplo, es tener la vivencia o presencia de ese valor y apreciarlo como tal, pero con una escasa probabilidad de poder expresarla y comunicarla a los demás.

Un ejemplo de conocimiento holístico o intuitivo es el

caso de un descubrimiento en el terreno de la ciencia. Cuando un científico deslumbra una hipótesis explicativa de los fenómenos que estudia, podemos decir que ese momento tiene un conocimiento holístico, es decir, capta al objeto estudiado en un contexto amplio en donde se relaciona con otros objetos y se explica el fenómeno, sus relaciones, sus cambios y sus características. El trabajo posterior del científico, una vez que ha vislumbrado una hipótesis, consiste en traducir en términos estructurados (conceptos) la visión que ha captado en el conocimiento holístico, gracias a un momento de inspiración.

La captación de valores nos ofrece el mejor ejemplo de conocimiento holístico. Podemos ver a un ser humano enfrente de nosotros (esto es un conocimiento sensible o de primer nivel). Podemos captar el concepto de hombre y definirlo (esto es un conocimiento conceptual o de segundo nivel). Pero, además, podemos vislumbrar el valor de este hombre en concreto dentro de su familia. Percibimos su valor y lo apreciamos. Esto es un conocimiento holístico o de tercer nivel.

La experiencia estética nos proporciona otro ejemplo de conocimiento holístico. Percibir la belleza de una obra de arte significa captar ese objeto sin estructuras, sin conceptos, simplemente deteniéndose en la armonía,

congruencias y afinidades con el propio sujeto. Debido a esto, la experiencia estética se puede denominar también conocimiento con naturalidad. (12, 13)

1.3. Tipos de conocimiento:

a. Empírico:

Llamado también vulgar, es el conocimiento popular, común, es obtenido por azar, es ametódico y asistemático. Este conocimiento está basado fundamentalmente en la experiencia, puede ser verdadero, falso o probable, teniendo las siguientes características:

- Es asistemático ya que carece de métodos y técnicas.
- Es superficial ya que se forma con lo aparente.
- Es sensitivo ya que es percibido por los sentidos.
- Es poco preciso ya que es ingenuo e intuitivo.

b. Teológico:

Es el conocimiento relativo a Dios, aceptado por la fe teológica constituye el conocimiento teológico. A ese conjunto de verdades el hombre llega, no con el auxilio de su inteligencia sino por aceptación de los datos de la revelación divina. Se vale del argumento de autoridad. Son los conocimientos adquiridos a través de los libros sagrados y aceptados

racionalmente después de haber pasado por la crítica histórica más exigente.

c. Filosófico:

Este tipo de conocimiento procura comprender la realidad en su contexto más universal, se sabe que no da soluciones definitivas para un gran número de interrogantes, pero ayuda al hombre a poner en uso sus facultades.

En el campo del conocimiento filosófico siempre estarán en juego las categorías de esencia, universalidad, necesidad, fundamental. Se parte de lo concreto material hacia lo concreto supramaterial, de lo particular a lo universal.

El conocimiento filosófico es un continuo interrogar, cuestionar sobre sí y sobre la realidad. No es algo hecho, acabado. Es una búsqueda constante de sentido, de justificación, de posibilidades, de interpretación al respecto de todo aquello que rodea al hombre y sobre el hombre mismo, en su existencia concreta. La esencia de la filosofía es la búsqueda del saber y no su posesión.

El objeto de la filosofía son las realidades inmediatas no perceptibles por los sentidos (suprasensibles), que traspasan la experiencia (método racional).

d. Científico:

El conocimiento científico va más allá de lo empírico, por medio de él, se conocen las causas y las leyes que lo rigen.

Conocer, verdaderamente, es conocer realmente las causas que lo originan; saber que un cuerpo suspendido por sí mismo cae, que el agua asciende en un tubo en el que se ha hecho vacío, etc. no constituyen ser un conocimiento científico; solo lo serán si se explican tales fenómenos relacionándolos con sus causas y con sus leyes.

El conocimiento científico elabora y utiliza conceptos, desterrando así las ambigüedades del lenguaje cotidiano. El conocimiento científico es objetivo, racional, sistemático, general, falible, metódico. Además, son sus características el desinterés y el espíritu crítico.

El carácter abierto del conocimiento científico lo aparta considerablemente de todo dogma o verdad revelada, con pretensiones de infalibilidad. Una afirmación -cualquiera que sea- solo alcanza rango científico cuando es fundamentada.

Elementos:

- Hechos

- Hipótesis
- Leyes
- Teorías

1.4. La posibilidad del conocimiento.

Realmente podríamos determinar si; ¿el conocimiento es posible?, es decir, el sujeto puede o no aprehender el objeto y si nuestras facultades nos suministran datos que nos permitan una representación objetiva de la realidad o, si el hombre no puede tener ninguna seguridad respecto del conocimiento de las cosas del mundo externo o interno. (14)

II PARO CARDIORRESPIRATORIO:

1. Parada cardiorrespiratoria.

Es la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la respiración y circulación espontáneas en un paciente cuya situación previa no hacía esperar en ese momento un desenlace mortal (15).

2. Soporte vital básico.

Consiste en la sucesión de ciclos de compresiones torácicas, ventilaciones. Las arritmias más frecuentemente detectadas en estos episodios son la FV, TVSP, siendo la desfibrilación su tratamiento más eficaz, siempre que se realice de forma temprana (15)

Además, el soporte vital básico (SVB) es la base para salvar vidas después de un paro cardiaco; es toda intervención

médica, técnica, procedimiento o medicación que se administra a un paciente para restaurar el momento de la muerte, esté o no dicho tratamiento dirigido hacia la enfermedad de base o el proceso biológico causal; definida como el conjunto de medidas encaminadas a mantener las funciones vitales en situación de riesgo inminente para la vida. Los aspectos fundamentales incluyen:

- Reconocimiento inmediato del paro cardiorrespiratorio y activación del sistema de respuesta de emergencia.
- RCP precoz con énfasis en las compresiones torácicas
- Desfibrilación rápida con uso de DEA
- Soporte de vida avanzada efectivo
- Cuidados integrados post paro cardiorrespiratorio.

Estos pasos se conocen como los cinco eslabones de la cadena de supervivencia en adultos.

3. Causas reversibles del paro cardiorrespiratorio.

- Hipovolemia.
- Hipoxia
- Ión Hidrógeno (acidosis)
- Hipopotasemia, Hiperpotasemia
- Hipotermia
- Neumotórax a tensión
- Taponamiento Cardíaco
- Tóxicos

- Trombosis pulmonar
- Trombosis Coronaria (15)

4. Tipos de paro cardiorrespiratorio.

a. Fibrilación ventricular.

Los ventrículos constan de áreas de miocardio normal en las que se alteran áreas de miocardio isquémico, dañado o infartado, lo que produce un patrón asíncrono caótico de despolarización y repolarización ventricular. Sin una despolarización ventricular organizada, los ventrículos no pueden contraerse como una sola unidad y no generan gasto cardiaco. El corazón se agita y no bombea sangre (15)

b. Taquicardia ventricular sin pulso.

Ritmo regular con complejos ventriculares muy ensanchados y una frecuencia superior a 200 latidos por minuto. El paciente no tiene pulso (15).

c. Actividad eléctrica sin pulso.

Los impulsos de conducción cardiaco se producen siguiendo un patrón organizado, pero no generan contracción miocardio, se produce un llenado insuficiente durante la diástole, contracciones ineficaces(15).

d. Asistolia.

Ausencia de actividad eléctrica y mecánica en el

corazón.

Puede manifestarse electrocardiográficamente como una línea isoelectrica continua, como la presencia sólo de ondas P o la aparición de menos de seis complejos ventriculares en una línea isoelectrica (15).

5. Criterios para RPC avanzado de calidad. según AHA.

- Comprima fuerte mayor de 5 cm (2 pulgadas) y rápido (mayor de 100 cpm), permite una expansión torácica completa.
- Reduzca al mínimo las interrupciones de las compresiones.
- Evite una ventilación excesiva.
- Cambie de reanimador cada 2 minutos.
- Si no se usa dispositivo avanzado para la vía aérea, relación compresión ventilación de 30:2.
- Capnografía. Si PETCO₂ <10mm Hg, intentar mejorar la calidad de RCP.

6. Retorno de circulación espontanea (RCE)

- Presencia de pulso y presión arterial.
- Aumento abrupto sostenido en PETCO₂ (generalmente > 40 mm gh)
- Ondas espontaneas de presión arterial con monitorización intracraneal (15).

7. Energía de descarga.

Bifásica. Recomendación del fabricante dosis inicial de 120 a 200. Si se desconoce, usar valor máximo disponible.

Monofásico. Usar 360 J.

8. Farmacoterapia.

- Adrenalina, Dosis IV/IO. 1mg cada 3 a 5 minutos.
- Amiodarona, Dosis IV/IO primera dosis bolo de 300 mg, segunda Dosis 150 mg.

9. Dispositivo avanzado para la vía aérea.

- Dispositivo avanzado para la vía aérea supraglótica o intubación endotraqueal.
- Capnografía para confirmar y monitorizar la colocación del tubo ET.
- 8 a 10 Ventilaciones por minuto con compresiones torácicas continuas. (15)

10. Cuidado posparo cardiaco.

- Hipotermia terapéutica
- Optimización de la ventilación y de la hemodinámica
- Perfusión coronaria inmediata con intervención coronaria percutánea.
- Control glucémico.
- Pronostico Cuidado Neurológico.

III REANIMACIÓN CARDIO PULMONAR AVANZADA.

El Paro Cardiorrespiratorio es una de las causas principales de morbimortalidad intrahospitalaria a nivel mundial, constituyendo un

problema social, sanitario y económico de gran magnitud. El Paro Cardiorrespiratorio es fácil de identificar y precisa de una detección temprana y manejo por un equipo altamente capacitado que combine acciones mecánicas, ventilatorias y farmacológicas para lograr restablecer la circulación espontánea, lo que se conoce como Reanimación Cardiopulmonar. (15)

1. Definición RCP:

Conjunto de maniobras que tiene como fin, revertir el paro cardiorrespiratorio en un intento por restablecer la ventilación y circulación espontánea.

2. El objetivo.

Proporcionar oxígeno al cerebro y al corazón hasta un tratamiento médico pueda restaurar las funciones cardiacas y respiratorias evitando lesión en el sistema nervioso central.

Importancia de la RCP: Un tratamiento oportuno y eficaz ayudará a disminuir las posibles complicaciones que pueden ser reversibles, existiendo una relación de mayor prontitud al actuar con el menor tiempo de espera.

3. Fases de RCP:

Actuar de forma inmediata cuando nos encontramos en una situación en la que una persona ha sufrido una parada cardiorrespiratoria puede suponer salvarle la vida. Es cuestión de segundos lo que determinará la evolución de la víctima. Aunque no sólo depende de lo rápido que

actuemos, desde luego, si no sabemos realizarla, mejor esperar a la ayuda sanitaria de urgencia.

4. Reanimación cardiopulmonar:

Ésta se realiza en el mismo lugar donde ha sucedido la Parada Cardio Respiratoria. No es necesario ningún tipo de equipamiento, ya que todo el proceso es manual y debe saber aplicarlo cualquier persona, para este proceso utilizamos nuestras manos para realizar las compresiones y el aire espirado de nuestros pulmones. Es imprescindible que la RCP se inicie en los 4 primeros minutos de evolución y concluya cuando la Parada Cardio Respiratoria haya terminado, recuperando la respiración y la circulación

5. Esquema de la Maniobra de RCP:

En el 2015, se llegó a un consenso internacional donde uno de los participantes más resaltante aparte del ILCOR, se menciona al AHA, quien establece la actual maniobra de RCP; menciona que la secuencia empieza con C– circulación, A ventilación y B vía aérea; la implementación en la Cadena de Supervivencia, aumentando el 5 eslabón con una desfibrilación temprana y el correcto uso de DEA quedando atrás al ABC.

Compresiones Torácicas, Circulación – C Después de haber activado el SEM y solicitado un Desfibrilador Automático Externo (DEA), el reanimador debe iniciar ciclos de 30

compresiones torácicas seguidas de 2 respiraciones de manera interrumpida durante CINCO (05) ciclos o dos (02) minutos, para poder verificar si fue efectivo o no el RCP. (15)

6. Evaluación:

a. Verificar pulso.

Los profesionales de la salud o personas capacitadas verificarán el pulso en la arteria carótida, en un tiempo no mayor de 10 segundos, si no hay PULSO, iniciar las compresiones torácicas. La verificación del pulso se hace en la arteria carótida, este pulso persiste aun cuando la presión baja haga desaparecer otros pulsos periféricos. La arteria carótida se encuentra en el canal formado por la tráquea y los músculos laterales del cuello. Las compresiones torácicas, son aplicaciones rítmicas y seriadas de presión sobre el centro del pecho que crean un flujo de sangre por incremento de la presión intratorácica y por la compresión directa del corazón.

Técnica:

Para lograr efectividad en las compresiones torácicas la víctima deberá estar recostada “boca arriba” sobre una superficie dura (No hacer RCP con la víctima en una cama; se le debe colocar sobre el suelo).

- Reanimador arrodillado a la altura del tórax de la víctima.

- Colocar el talón de una mano en el centro del tórax (entre los pezones).
- Colocar el talón de su otra mano encima de la primera.
- Entrecruzar los dedos y asegurar que no se vaya a comprimir sobre las costillas, la parte superior del abdomen o la parte distal del esternón (apéndices xifoides).
- Colocarse verticalmente sobre el tórax de la víctima manteniendo los brazos rectos con los codos extendidos, iniciar las compresiones empujando hacia abajo.
- Deprimir el tórax al menos 5 cm. en el adulto normal, a un ritmo de más de 100 por minuto.
- Soltar por completo la presión y permitir que el tórax recupere su posición normal después de cada compresión.
- Luego de 30 compresiones dar 2 respiraciones de apoyo de 1 segundo de duración cada uno.
- Combinar compresiones torácicas con ventilaciones de apoyo, (30:2) durante 5 ciclos. (15)

b. Vía Aérea (A).

Evaluación: Verificar respiración Si la víctima “no respira o sólo jadea/boquea”. Por tanto, se comprueba

brevemente la respiración, como parte de la 36 comprobación de paro cardíaco, en muchos casos no puede cerciorarse de esto hasta abrir o despejar la vía aérea.

Técnica:

- **Posición de la víctima:** La víctima debe estar acostada boca arriba sobre una superficie plana y dura, debe estar acostado con los brazos a los lados del cuerpo.
- **Maniobra de Apertura de Vía Aérea:** En víctimas inconscientes, los músculos que sostienen la lengua se relajan y permiten que la lengua caiga, ésta es la causa más común de obstrucción de la vía aérea en la víctima inconsciente. La maniobra FRENTE-MENTÓN permite acortar la lengua y permeabilizar la vía aérea. Si se observan cuerpos extraños, éstos deben retirarse. Los líquidos deben limpiarse con un pedazo de tela; los sólidos deben extraerse con el dedo índice a manera de gancho.
- **Maniobra frente – mentón:** Colocar una mano sobre la frente de la víctima, manteniendo los dedos pulgares e índices libres para pinzar las fosas nasales si es que se va a dar respiración. Colocar los dedos de la otra mano debajo de la parte ósea de la

mandíbula, luego inclinar la cabeza y elevar el mentón para abrir las vías aéreas.

- **Maniobra de "tracción o de empuje mandibular.** Es el paso más seguro para abrir la vía aérea cuando se sospecha de lesión cervical.

Sostener la cabeza sin moverla ni rotarla. El desplazamiento de la mandíbula hacia delante también puede conseguirse agarrando los ángulos de la mandíbula, levantándolos con las dos manos, una a cada lado y desplazarla hacia delante. Los codos del reanimador pueden apoyarse sobre la superficie donde está acostado el paciente. Técnica recomendada solo para los profesionales de la salud por ser difícil de realizar. Las personas capacitadas deberán abrir la vía aérea utilizando la maniobra frente–mentón en todas las víctimas inconscientes por ser una práctica fácil. (15)

c. Ventilación – Respiración (B).

Evaluación: Vía Aérea permeable Si no hay movimientos torácicos, ni espiración del aire, la víctima no respira. Esta valoración debe ser breve (10 segundos). Se debe enfatizar que, pese a que el testigo reanimador observe esfuerzos respiratorios de la víctima, la vía aérea puede aún estar obstruida. Además,

esfuerzos respiratorios de jadeo (respiraciones agónicas) pueden estar presentes al inicio del proceso de un paro cardíaco primario, los que no deben confundirse con una respiración adecuada. Si la víctima comienza a respirar y recobra la circulación durante o posterior a la reanimación, el testigo reanimador debe continuar ayudándole a mantener la vía aérea despejada y colocar al paciente en la posición de recuperación. Si el paciente no respira, debe iniciarse la respiración de apoyo, para ello el testigo reanimador debe insuflar adecuadamente los pulmones de la víctima con cada respiración, y éstas deben aplicarse con una frecuencia aproximada no menos de 10 por minuto. El aire exhalado por el testigo reanimador contiene suficiente oxígeno para satisfacer las necesidades de la víctima.

Técnica:

- **Maniobra: “Boca a boca”:** Es la forma rápida y eficaz de suministrar oxígeno a la víctima. Mantener la vía aérea permeable con la maniobra frente – mentón. Pinzar las fosas nasales con el pulgar y el índice (de la mano colocada sobre la frente), evitando así el escape de aire por la nariz de la víctima. Administrar 2 respiraciones de 1 segundo de duración c/u. con suficiente volumen para producir la elevación

visible del pecho de la víctima.

- **Maniobra “boca-nariz”:** La respiración “boca-nariz” es una alternativa cuando la boca de la víctima está lesionada; no se puede abrir o el sello de la boca-boca no se puede realizar. Los reanimadores no profesionales de la salud realizarán 2 respiraciones de apoyo procurando que el tórax se eleve. Si en las primeras no se logra, deberá reposicionar la cabeza para despejar la vía aérea e intentar de nuevo. Si no es posible ventilar después del segundo intento, iniciar inmediatamente las compresiones torácicas.

La causa más frecuente de obstrucción de la vía aérea en personas inconscientes es la lengua por mala posición del mentón y la cabeza.

7. Cadena de supervivencia en el adulto:

La cadena de supervivencia es el conjunto de procesos, que, realizados de forma ordenada, consecutiva y en un periodo de tiempo lo más breve posible, ha demostrado ser lo más eficiente para tratar un paro cardiorrespiratorio.

Para fomentar la adecuada asistencia a las víctimas de paro cardiorrespiratorio se ha acuñado el término “cadena de supervivencia”. Con este nombre se hace hincapié en la atención al paro cardiorrespiratorio necesita de todos y cada uno de los elementos de una secuencia de actuaciones.

La carencia o el retraso en la aplicación de alguno de los elementos hacen improbable la supervivencia.

Actualmente en la última guía que publico la Asociación Americana del Corazón (AHA por sus siglas en inglés) en el 2015, se recomienda la creación de dos cadenas de supervivencia separadas en las que se identifiquen las diferentes vías asistenciales para pacientes que sufren un paro cardíaco hospitalario y extrahospitalario. Es decir que los pacientes que sufren un paro cardíaco extrahospitalario (PCEH) dependen de la asistencia que les preste en su comunidad o entorno social. Los reanimadores deben reconocer el paro cardíaco, pedir ayuda, iniciar el RCP y realizar la desfibrilación (Desfibrilación de acceso al público DAP) hasta que un equipo de profesionales del servicio de emergencias se haga cargo y traslade al paciente a un servicio de emergencias hospitalario.

Por último, el paciente es trasladado a una unidad de cuidados intensivos donde recibe una asistencia continuada. En cambio, los pacientes que sufren un paro cardíaco intrahospitalario (PCIH) dependen de un sistema de respuesta rápida o de alerta temprana para prevenir el paro cardíaco. Si sobreviene el paro cardíaco, los pacientes dependen de una interacción fluida y organizada entre las distintas unidades y servicios del centro de salud, y de un

equipo multidisciplinario. Es por ello por lo que se establece que la cadena de supervivencia ante un PCIH incluye:

- La vigilancia y prevención del paro cardiaco.
- El reconocimiento y activación del sistema de respuesta a emergencias
- Reanimación cardiopulmonar de calidad inmediata
- La desfibrilación rápida
- El soporte vital avanzado y cuidados posparo cardiaco.

8. Soporte vital avanzado (SVCA)

Es la continuación de la SVB a nivel del hospital en donde se instaurado un equipo médico de emergencia y un equipo de respuestas rápidas. Sigue la secuencia CABD correspondiente a la vía aérea, ventilación, circulación, diagnóstico diferencial.

Para lograr una reanimación exitosa se requiere de un equipo conformado por el líder del equipo, el designado de mantener desobstruida la vía aérea, el seleccionado de realizar las compresiones torácicas, el asignado de vigilar/ anotar, el responsable de administrar medicamentos intravenosos y alguien comprometido con el monitor / desfibrilador, en la cual cada miembro conoce su función y responsabilidad. (15)

A. Prevención Parada Cardiorrespiratoria (PCR)

- **Intrahospitalaria (PCRi):**

Se basa fundamentalmente en la educación del personal sanitario, monitorización adecuada de pacientes, detección del deterioro de pacientes (protocolos por patología o paciente), sistema comunicación extrahospitalaria efectivo y respuesta rápida (figura 1).

- **Extrahospitalaria (PCRe):**

Sospechar el riesgo de PCR sobre todo en pacientes con antecedentes de enfermedades coronarias, como síncope en cardiópatas, dolor en esfuerzo, palpitaciones con síncope, antecedentes de enfermedades familiares, síncope en reposo, síncope en ejercicio y síncope sin náuseas ni vómito en personas de tercera edad. (16)

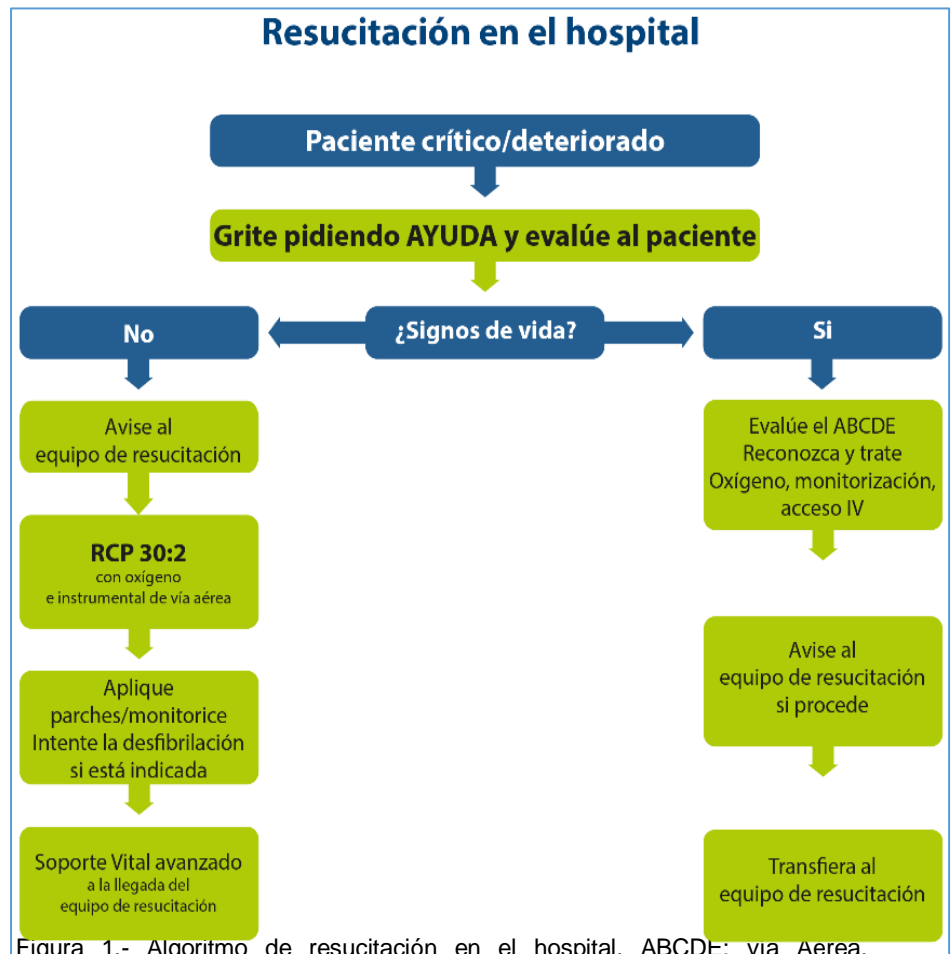
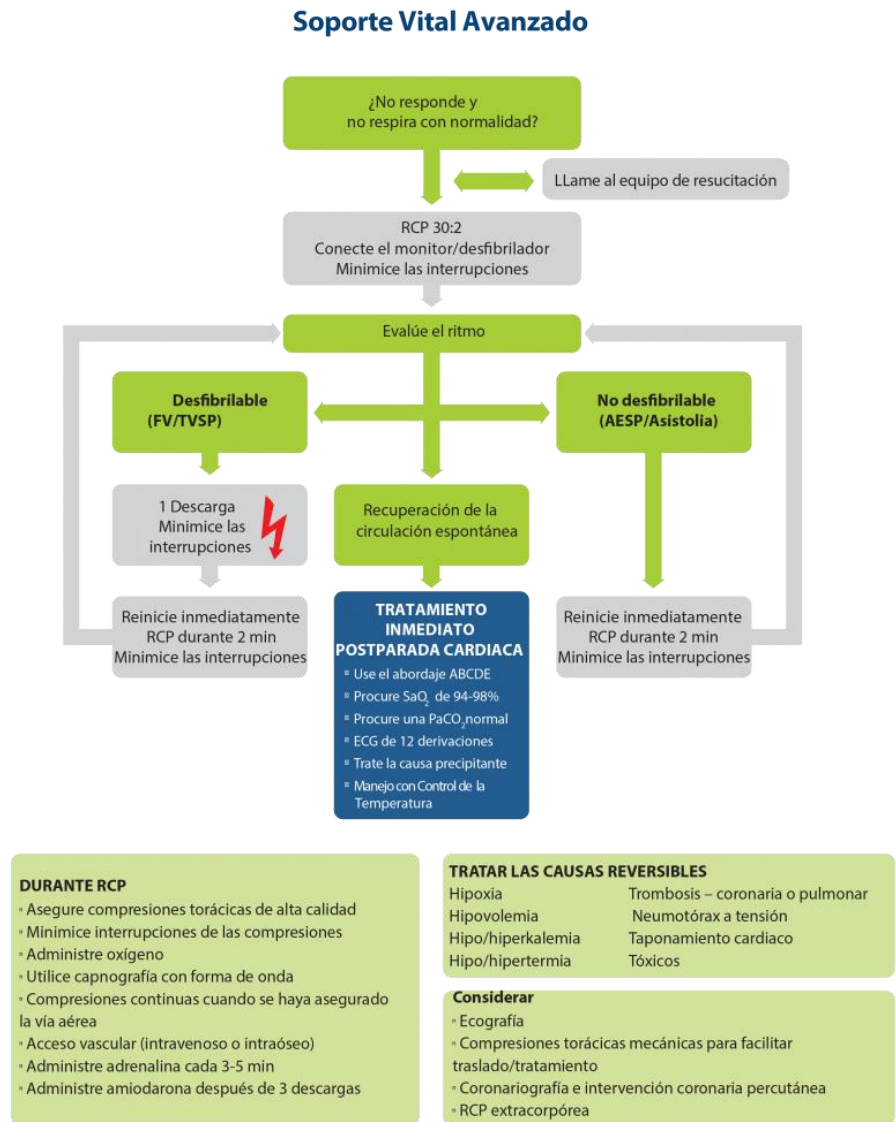


Figura 1.- Algoritmo de resucitación en el hospital. ABCDE: vía Aérea, Respiración (B), Circulación, Discapacidad, Exposición iv., RCP: Resucitación Cardiopulmonar.

B. Algoritmos y tratamiento de la PCR.



Algoritmo de Soporte Vital Avanzado. RCP – resucitación cardiopulmonar; FV/TVSP – fibrilación ventricular /taquicardia ventricular sin pulso; AESP – actividad eléctrica sin pulso; ABCDE – vía Aérea, Respiración (B), Circulación, Discapacidad, Exposición; SaO₂ – saturación arterial de oxígeno; PaCO₂ – presión arterial parcial de dióxido de carbono; ECG – electrocardiograma.

Figura 2.- Algoritmo de Soporte Vital Avanzado – ERC.

- Se mantiene la alerta precoz ante la sospecha de gravedad, la RCP precoz, y la posterior división en ritmos desfibrilables (FV/TVsp) y no desfibrilables.
- Se reconoce la desfibrilación precoz y la reanimación también precoz y de calidad del testigo en la PCR como parámetros que aumentan la supervivencia al alta.
- Adrenalina cada 3 a 5 minutos a 1 mg. iv. Aumenta la recuperación de la circulación espontánea (RCE), pero no la supervivencia al alta hospitalario.
- Se recomienda canalizar una vía intravenosa (iv.) y, si no es posible, una vía intraósea (IO). El personal sanitario entrenado puede canalizar una vía central (yugular o subclavia)
- Se debe seguir la reanimación mientras exista ritmo desfibrilable o una causa reversible tratable. Se debe considerar parar la RCP tras 20 minutos de soporte vital avanzado (SVA) en asistolia y sin

causa reversible conocida. (17)

- **En ritmos desfibrilables (FV/TVsp):**
 - El Golpe Precordial no se recomienda de forma rutinaria, y solo mientras llega el desfibrilador en arritmia monitorizada y presenciada.
 - Desfibrilación: usar la energía recomendada por el fabricante. Si no está claro, usar la máxima energía. En desfibriladores con ondas bifásicas (preferidas a las monofásicas: usar inicialmente 150J. Energía “progresivamente en ascenso”: igual o mayor que la anterior.
 - Adrenalina 1 mg. iv. tras la tercera descarga, así como la primera dosis de amiodarona (300 mg. iv.). Si persiste la arritmia se puede administrar una segunda dosis de amiodarona de 150 mg. tras la quinta desfibrilación.
- **En ritmos no desfibrilables:**
 - Buscar las causas reversibles
 - No buscar pulso salvo que tras los 2 minutos de reanimación aparezca un

ritmo organizado.

- Comenzar con adrenalina en cuanto sea posible.
- Si existen ondas p aisladas, valorar el uso del marcapasos.
- Ante un cambio de ritmo en mitad de un ciclo completar los 2 minutos antes de desfibrilar.
- Entre las causas reversibles: 4H y 4T anticipa la utilidad del ecógrafo (taponamiento cardiaco, tromboembolismo pulmonar (TEP), hipovolemia y neumotórax a tensión).

C. Monitorización.

- Se señala la utilidad de la Capnografía con onda, la analítica y la ecografía como medios de monitorización útiles en el tratamiento de la PCR
- Descartar la sangre capilar del dedo. La más fiable es la sangre venosa de catéter central.
- Respecto al pronóstico, si $\text{EtCO}_2 < 10$ mmHg. y tras 20 minutos de SVA, debe plantearse dar la reanimación por terminada
- Se recomienda la utilidad de **capnógrafos** no solo cuantitativos sino con capacidad de mostrar

la **onda de Capnografía** para:

- confirmar la situación traqueal del tubo.
 - la valoración de una RCP de calidad
 - detección precoz de la RCE (recuperación circulación espontánea).
- No debe retrasarse la Desfibrilación (DF). Se destaca que es importante realizar RCP mientras se prepara el desfibrilador con el fin de minimizar los tiempos sin compresiones torácicas.
- Una sola descarga en cada ciclo es suficiente

D. Desfibrilación.

- Una sola descarga
- En FV/TVsp presenciada está indicado hasta 3 descargas seguidas, viendo ritmo tras cada una y, tras la tercera, si persiste el ritmo, realizar 2 minutos de RCP.
- Se prefiere desfibrilar con electrodos (parches adhesivos) si es posible en vez de con las palas.
- Si se interrumpe las compresiones torácicas no debe ser un tiempo mayor a 5 sg. para desfibrilación.
- Se debe retirar la mascarilla de oxígeno para evitar riesgos al menos a 8 cm. separado de los dispositivos que estén sobre el paciente tipo

marcapasos.

- Si se desfibrila con palas y éstas se disponen con el eje largo craneocaudal se minimiza la impedancia.
- La pala izquierda debe estar situada en la línea media axilar izquierda a la altura de V6.
- Pueden situarse las palas anteroposteriores o biaxial.
- Se describe más eficacia si se desfibrila al final de la espiración y sin PEEP.
- En cuanto a la cardioversión, las energías para FA o TV con pulso deben ser de 120-150J, y para Flutter o TPSV 70-120J.
- Si se producen descargas anómalas de un marcapasos implantado se recomienda desactivación por medio de un imán. (17)

E. Vía Aérea y Ventilación.

- Aunque la intubación orotraqueal (IOT) es la mejor técnica que garantiza el manejo de la vía aérea, su uso generalizado no se recomienda. Solo si el reanimador tiene una habilidad entrenada en esta técnica debe ser seleccionada. La realización de esta no debe interrumpir más de 5 sg. el masaje cardiaco

- Es también recomendable el uso de Dispositivos Supraglóticos de vía aérea (DSG). Con ellos no es preciso sincronizar con el masaje salvo que no se ventile adecuadamente.
- Tras RCE se recomienda mantener SatO₂ entre 94-98%.
- La ventilación debe ser de 1 sg., con una frecuencia de 10 ventilaciones por minuto
- Lo ideal es detectar EtCO₂ con visión de la onda de Capnografía (además de auscultar a nivel axilar y utilizar la ecografía), para detectar IOT adecuada con 100% de Sensibilidad/Especificidad.
- El resto de los sistemas de detección no mejoran los resultados de la visualización y auscultación.
- La cricotiroidotomía obtiene más éxito que la punción con aguja. La traqueostomía se mantendría contraindicada.

F. Fármacos y fluidos en PCR.

- **Vasopresores:**
 - Se recomienda la administración de adrenalina como en 2010 (1 mg. cada 3 a 5 minutos), inmediatamente en ritmos no desfibrilables, y tras 3 descargas en FV/TV

según las recomendaciones ERC y tras 2 descargas en las de AHA. Se ha demostrado que mejora la supervivencia a corto plazo. También mejora perfusión cerebral y la cardiaca en RCP.

- La adrenalina a alta dosis se contraindica
- No se recomienda el uso de vasopresina como sustituto de adrenalina.
- **Antiarrítmicos:**
 - Amiodarona, a 300 mg. iv. tras la 3ª descarga en FV/TVsp (Tras el 5º choque debe administrarse otra dosis de 150 mg. Se ha demostrado que mejora la supervivencia hasta la llegada al hospital, pero no al alta hospitalaria. También parece mejorar la respuesta a la desfibrilación.
 - El magnesio no se debe usar rutinariamente.
 - Cloruro cálcico al 10%, 10 ml iv., repetible. En caso de Actividad Eléctrica sin pulso (AESP) con hiperpotasemia, hipocalcemia o sobredosis de antagonistas del calcio.
- **Otras terapias farmacológicas:**

- Bicarbonato: no se recomienda el uso rutinario Sólo si existe hiperpotasemia con riesgo vital, en PCR con hiperpotasemia o sobredosis de antidepresivos tricíclicos con la dosis siguiente 50 mmol. ó 1 mmol./Kg. de bicarbonato sódico iv. Posteriormente debe administrarse según analítica.
- El uso de fibrinolíticos en la PCR debe ser administrado si se sospecha de manera firme embolismo pulmonar como causa de PCR. En ese caso deben mantenerse maniobras hasta 60 a 90 minutos.
- **Fluidos:**
 - Suero salino 0,9% precozmente en caso sospecha de hipovolemia. (18)

G. Técnicas y aparatos.

Los diferentes **compresores mecánicos** no se recomiendan de forma rutinaria, quedando relegados a circunstancias muy concretas como riesgo en seguridad o imposibilidad de continuidad en momentos concretos.

Tampoco los aparatos de descompresión activa o de modificación de impedancia han demostrado ventajas.

H. Arritmias peri parada.

En ambos casos se evalúa el ABCDE y, posteriormente, se analizan 2 factores:

Si es estable o no (signos y síntomas de inestabilidad, como signos de shock, síncope, síntomas de insuficiencia cardíaca o síntoma de isquemia miocárdica, como dolor precordial o alteraciones en ECG).

- La naturaleza de la arritmia.

En función de ambos, en caso de taquicardia inestable se recomienda la cardioversión como tratamiento de elección, con energías de 120 a 150J bifásicas si se trata de taquicardia con complejo ancho o una fibrilación auricular, y 70 a 120J bifásicos si es un Flutter o una taquicardia supraventricular paroxística.

El tratamiento puede verse en los algoritmos procedentes del ERC (figuras 4 y 5), siendo las diferencias entre AHA y ERC menores, y señalando, por ejemplo, que la AHA reconoce aún la utilidad de adenosina en caso de taquicardia regular INESTABLE junto a la cardioversión o en caso de taquicardia regular dudosa respecto a si es ancha o estrecha o bien el uso de Verapamilo o Diltiazem para frenar una FA irregular estrecha si

se descarta preexcitación además del B-bloqueante o amiodarona en FA ancha si se descarta QT largo.

Respecto a la bradicardia, se sigue la misma línea de división entre estable o inestable, y se valora en caso de inestabilidad si tras la atropina a dosis de 0,5 mg. iv. (no menos en adultos para evitar efectos paradójicos), la administración de diferentes fármacos o el marcapasos transcutáneo en espera de la necesidad o no del marcapasos iv. definitivo. En caso de no estar disponible se puede practicar el puño percusión a 50 a 70 golpes/min. en la mitad inferior izquierda del esternón. (18)

IV CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA POST RCP.

El profesional en Enfermería deberá tener conocimientos, habilidades, destrezas, motivación, responsabilidad, autocontrol, seguridad, liderazgo y principios éticos que le permitan estar preparado, actuar en forma oportuna y precisa con el fin de disminuir la mortalidad y establecer la supervivencia.

Los cuidados post parada cardiaca están encaminados a identificar y tratar la causa precipitante de la parada así como a evaluar y manejar la lesión cerebral, la disfunción miocárdica y la respuesta sistémica por isquemia/ reperfusión secundaria a la misma. Los

cuidados post reanimación cardiopulmonar (RCP) son el último eslabón de la cadena de supervivencia ya que influyen significativamente en los resultados globales y particularmente en la calidad de la recuperación neurológica. (19)

a. Vía aérea y respiración

- Mantener SatO₂ entre 94-98%.
- Establecer vía aérea avanzada.
- Capnografía con forma de onda.
- Ventilar para conseguir normocapnia.

b. Circulación

- ECG de 12 derivaciones
- Obtener acceso intravenoso.
- Objetivo TAS > 100 mmHg.
- Restaurar normovolemia.
- Monitorización signos vitales.

c. Control de temperatura

- Temperatura entre 32-36 °C
- Sedación, control de tiritona.

Teoría de Dorothea Orem relacionada con el estudio.

Podemos decir que el proceso enfermero aplicado en la reanimación cardiopulmonar avanzada y en el actuar diario de la Enfermería aumenta la calidad de los cuidados porque está centrado en las respuestas humanas, aunado a su sistematización y organización es menos probable que se produzcan omisiones o

duplicación de la atención, mejorando la continuidad de éstos. Para ello vamos a basarnos en la teoría de enfermería de Dorothea Orem ella presenta su "Teoría de enfermería del déficit de autocuidado" como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente, y la teoría de sistemas de enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener.

Para aplicar el Modelo de Orem es necesario conocer cómo este define los conceptos paradigmáticos de persona, enfermería, entorno y salud. Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante; los seres humanos tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, capacidad para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismos y para otros, define los cuidados de enfermería como el ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta. El entorno es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean estos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona, finalmente el concepto de salud es definido como un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus

distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona.(20)

2.3. Definición de términos básicos.

- **Conocimiento de la Reanimación cardiopulmonar:**

Es toda aquella información que refiere poseer la enfermera en cuanto a la Reanimación Cardiopulmonar avanzada en el adulto, el cual será valorado como: alto, medio y bajo.

- **Manejo de la Reanimación cardiopulmonar:**

Intervención de enfermería de acuerdo con los protocolos antes, durante y después de un paro cardiorrespiratorio, esta debe realizarse de manera correcta para lograr el objetivo en el manejo de la reanimación cardiopulmonar avanzada y será valorado como: adecuado, poco adecuado e inadecuado.

- **Paro cardiopulmonar:**

Está dado por el cese y/o interrupción brusca e inesperada de la circulación y la respiración espontánea, la cual es potencialmente reversible.

- **Reanimación cardiopulmonar avanzada:**

Está dado por el conjunto de maniobras que se realizan para revertir un paro cardiorrespiratorio restaurando las funciones cardiacas y respiratorias asegurando la supervivencia del paciente y evitando secuelas neurológicas.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS y VARIABLES

3.1. Hipótesis.

3.1.1. Hipótesis de General:

Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y el manejo de reanimación cardiopulmonar avanzada por el profesional de enfermería, en los servicios de internamiento del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro - Chanchamayo.

3.3.2. Hipótesis Específicos:

- El nivel de conocimiento es medio en la dimensión paro cardiaco y el manejo es poco adecuado en la reanimación cardiopulmonar avanzada por el profesional de enfermería, en los servicios de internamiento del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro - Chanchamayo.
- El nivel de conocimiento es medio en la dimensión RCP y el manejo es poco adecuado en la reanimación cardiopulmonar avanzada por el profesional de enfermería, en los servicios de internamiento del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro -

Chanchamayo.

3.2. Operacionalización de variables.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	VALOR FINAL DE LA VARIABLE
<p>Variable 1: Nivel de Conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar avanzada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reanimación cardiopulmonar 	<ul style="list-style-type: none"> • Definición del RCP. • Fases del RCP. • Indicaciones • Indices para suspender RCP. • Pasos del RCP. 	<ul style="list-style-type: none"> • Definición • Causas • Ventilación • Compresión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alto: 61 – 90 • Medio 31 - 60 • Bajo 0- 30
<p>Variable 2: Manejo de la reanimación cardiopulmonar avanzada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evalúa función del líder. • Evalúa función del líder y miembros 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirige. • Asigna funciones • Indica administración de fármacos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pregunta • Observa respuesta • Revisa caja torácica • Activa el código de emergencia • Verifica pulso • Indica compresiones. • Compresiones • Monitor desfibrilador • Vía aérea • Solicita acceso IV • Registra tiempo y acciones. • Garantiza el RCP • Interrumpe RCP • Reconoce asistolia • Reconoce ritmo no desfibrilable • Indica inicio de compresiones y ventilaciones • Indica intercambio compresión-ventilación. • Adrenalina • Dosis 1 mg • Técnica 20/20 	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuado 68 - 100 • Poco adecuado 34 - 67 • Inadecuado 0 - 33

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Tipo y diseño de investigación.

4.1.1. Tipo de investigación.

El presente estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo. Se utilizó el método científico, así mismo el método deductivo e inductivo y sintético para arribar a las conclusiones del estudio.

4.1.2. Diseño de la investigación.

Se aplicó el diseño correlacional.

4.2. Población y muestra.

Para esta investigación se contó con una sola población suficiente de 30 profesionales de enfermería por lo que se recurre a denominarla población muestral.

4.2.1. Criterios de inclusión.

- Licenciadas de enfermería con o sin especialidad u otro grado académico que laboran en el hospital en estudio.

4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de la información.

Técnicas:

- **Encuesta**

A través de esta técnica se aplicó la prueba de evaluación cognitiva a cada una de las unidades de análisis, para ello se

explicó el objetivo de esta investigación y se procedió a entregar el instrumento para que las unidades de análisis puedan responder según su conocimiento y marcar las respuestas que consideren correctas.

- **Registro (Observación)**

A través de esta técnica se procedió a realizar el marcaje de las respuestas por las investigadoras sobre el manejo que realiza el profesional de enfermería en la reanimación cardiopulmonar avanzada al paciente adulto.

Instrumentos.

- **Test cognitivo (Cuestionario)**

Este fue un instrumento tipo cuestionario que contiene preguntas con alternativas de respuesta múltiple (18 preguntas), que permitió evaluar el nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre reanimación cardiopulmonar avanzado. Y permitió valorar en su calificación como:

Conocimiento Alto: 61 - 90

Conocimiento medio: 31 – 60

Conocimiento bajo: 0 - 30

- **Check list.**

Nos permitió evaluar el manejo del profesional de enfermería en los casos de reanimación cardiopulmonar avanzada. Este instrumento consta de 20 items con alternativas de respuesta que permitió el marcaje por parte de las investigadoras en

cuanto a la realización de las acciones de RCP; realiza correctamente, y realiza parcialmente. Y permitirá ser valorado todo el instrumento en; Adecuado: 68 - 100

Poco adecuado: 34 - 67

Inadecuado: 0 - 33

4.4. Análisis y procesamiento de datos.

Para esta investigación se utilizó softwares estadísticos como el Excel, Word 2016, SPSS v.24, procediéndose a realizar la base de datos, cruce de variables, aplicación de la prueba estadística y formulación de gráficos.

CAPÍTULO V
RESULTADOS

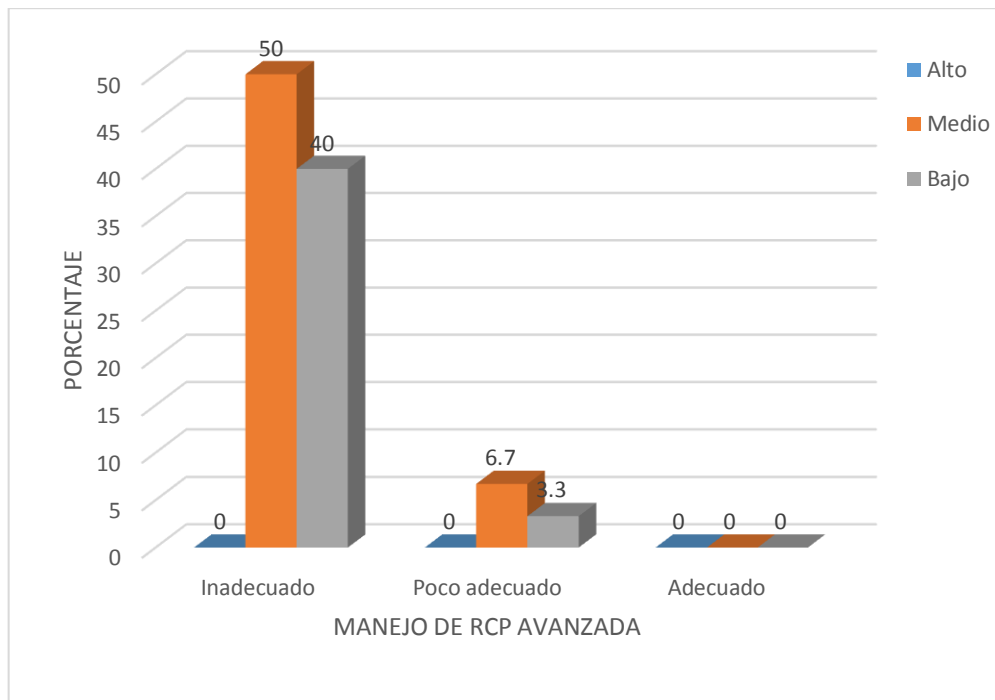
5.1. Resultados Descriptivos.

TABLA N° 01.
NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN MANEJO DE REANIMACIÓN
CARDIOPULMONAR AVANZADA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA,
EN LOS SERVICIOS DE INTERNAMIENTO DEL HOSPITAL REGIONAL DE
MEDICINA TROPICAL JULIO CÉSAR DEMARINI CARO - CHANCHAMAYO
2018

Conocimiento	Manejo						Total	
	Inadecuado		Poco adecuado		Adecuado		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Alto	0	0	0	0	0	0,0	0	0
Medio	15	50,0	2	6,7	0	0,0	17	56,7
Bajo	12	40,0	1	3,3	0	0,0	13	43,3
Total	27	90,0	3	10,0	0	0,0	30	100,0

FUENTE: Test Cognitivo, Check List.

GRÁFICO N° 01
NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN MANEJO DE REANIMACIÓN
CARDIOPULMONAR AVANZADA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA,
EN LOS SERVICIOS DE INTERNAMIENTO DEL HOSPITAL REGIONAL DE
MEDICINA TROPICAL JULIO CÉSAR DEMARINI CARO - CHANCHAMAYO
2018



En la tabla N° 1, Se establece la relación de las dos variables principales del estudio, en la que se observa entre sus resultados que el nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre la reanimación cardiopulmonar es medio en el 56,7%, y el manejo de la reanimación cardiopulmonar observada es inadecuada por el 50% de ellas. El nivel de conocimiento bajo es del 43,3% y el manejo de la reanimación cardiopulmonar avanzada es inadecuada por el 40% de las profesionales de enfermería.

Existe correlación buena entre el nivel de conocimiento y el manejo de la reanimación cardiopulmonar con rango de correlación (1,000 y -0,184).

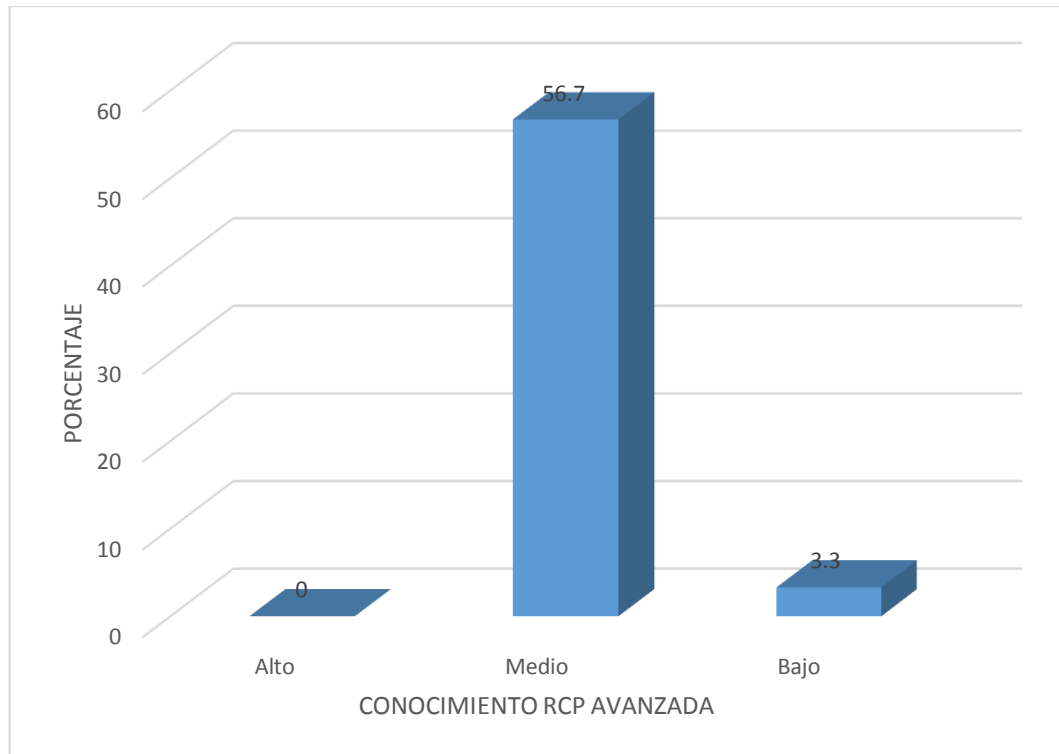
TABLA N° 02.
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR
AVANZADA EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, EN LOS SERVICIOS DE
INTERNAMIENTO DEL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL
JULIO CÉSAR DEMARINI CARO - CHANCHAMAYO 2018

Nivel de Conocimiento	Frecuencia	
	N°	%
Alto	0	0 %
Medio	17	56.7 %
Bajo	13	43.3 %
Total	30	100

FUENTE: Test Cognitivo, Check List.

GRÁFICO N° 02

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, EN LOS SERVICIOS DE INTERNAMIENTO DEL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL JULIO CÉSAR DEMARINI CARO - CHANCHAMAYO 2018



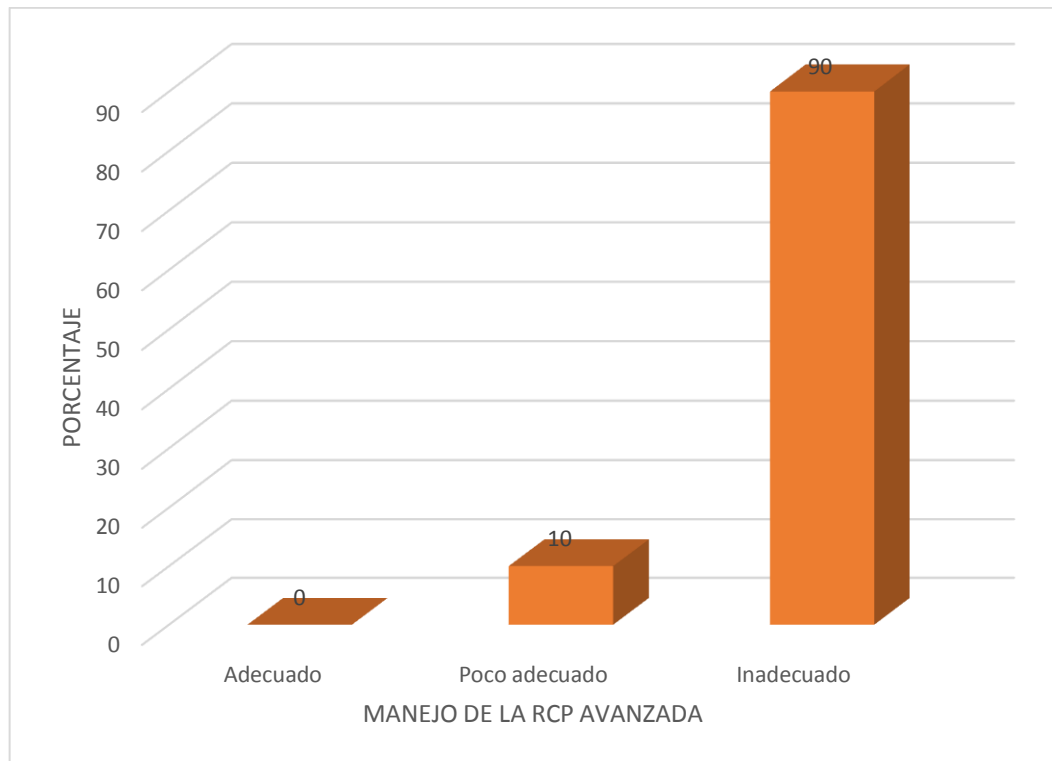
El nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre reanimación cardiopulmonar es medio en el 56,7% y bajo en el 43,3%

TABLA N° 03
MANEJO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA POR EL
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, EN LOS SERVICIOS DE INTERNAMIENTO
DEL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL JULIO CÉSAR
DEMARINI CARO - CHANCHAMAYO 2018

MANEJO	FRECUENCIA	
	N°	%
ADECUADO	0	0,0
POCO ADECUADO	3	10,0
INADECUADO	27	90,0
Total	30	100,0

FUENTE: Test Cognitivo, Check List.

GRÁFICO N° 03
MANEJO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA POR EL
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, EN LOS SERVICIOS DE INTERNAMIENTO
DEL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL JULIO CÉSAR
DEMARINI CARO - CHANCHAMAYO 2018



En esta tabla se presenta las variables sobre el manejo de de la reanimación cardiopulmonar por el profesional de enfermería en la que se encontró que el 10% de los profesionales tienen manejo poco adecuado de la RCP y es inadecuado en el 90% de ellos.

5.2. Resultados Inferenciales.

TABLA N° 01
CONOCIMIENTO SEGÚN MANEJO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR
AVANZADA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, EN LOS SERVICIOS
DE INTERNAMIENTO DEL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL
JULIO CÉSAR DEMARINI CARO - CHANCHAMAYO 2018

Correlaciones				
			Conocimiento RCP	Manejo
Rho de Spearman	Conocimiento RCP	Coeficiente de correlación	1,000	-,184
		Sig. (bilateral)	.	,331
		N	30	30
	Manejo	Coeficiente de correlación	-,184	1,000
		Sig. (bilateral)	,331	.
		N	30	30

Significancia: El rango de correlación es buena (1,000 y -0,184)

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. Contratación de la hipótesis.

En esta investigación realizada sobre la relación entre el nivel de conocimiento con el manejo de la reanimación cardiopulmonar avanzada por el profesional de enfermería, en los servicios de internamiento del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro – Chanchamayo, del análisis correspondiente podemos afirmar sobre las variables que el nivel de conocimiento sobre la reanimación cardiopulmonar avanzada por los profesionales de enfermería guardan relación con el manejo de la RCP avanzada, ya que ambos han sido medidos con los instrumentos considerando para esto las dimensiones de paro cardiorrespiratorio, reanimación cardiopulmonar (cuestionario) y dimensión evolución función del líder y miembros.

Para este trabajo de investigación se aplicó la estadística inferencial, a través de la prueba de correlación de Spearman y Pearson para contrastar la hipótesis general, la aplicación de la prueba estadística nos permitió determinar que existe relación buena y el rango de correlación es (1,000 y -0,184). Con este resultado se está confirmando la hipótesis planteada en la investigación.

6.2 Contratación de los resultados con estudios similares.

En esta investigación realizada sobre la relación entre el nivel de conocimiento con el manejo de la reanimación cardiopulmonar avanzada por el profesional de enfermería, en los servicios de internamiento del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro - Chanchamayo, a través de la aplicación de los instrumentos de estudio nos permitió conocer la situación que se presenta a continuación:

- En la tabla N° 1 se observa que el nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre la reanimación cardiopulmonar es medio en el 56,7%, y el manejo de la reanimación cardiopulmonar observada es adecuada por el 50% de ellas.

Este estudio es semejante a los que obtuvo Balcázar-Rincón, y cols. (2015) Reanimación cardiopulmonar: nivel de conocimientos entre el personal de un servicio de urgencias. México. Objetivo: determinar los conocimientos en reanimación cardiopulmonar entre el personal de salud que labora en un servicio de urgencias. Material y métodos: estudio descriptivo y transversal. Se evaluó el conocimiento en reanimación cardiopulmonar de 122 médicos y enfermeras del servicio de urgencias mediante un cuestionario de 20 preguntas. Se determinaron asociaciones causales con la prueba de χ^2 . Resultados: 89.3% de los encuestados demostraron

conocimientos insatisfactorios. La formación académica del personal está asociada con el nivel de conocimientos ($p = 0.000$), la especialidad de urgencias médicas demostró tener mejores conocimientos en reanimación cardiopulmonar ($p = 0.000$). Conclusiones: en el personal de salud del servicio de urgencias de nuestra unidad existen deficiencias graves en los conocimientos de reanimación cardiopulmonar. (8)

Sánchez-García A, y cols. (2015). Valoración del nivel de conocimientos y su adecuación en materia de RCP en el personal sanitario de los servicios de urgencias hospitalarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Objetivo: La Reanimación Cardiopulmonar (RCP) es uno de los procedimientos de los equipos de asistencia hospitalaria más importantes que se realizan en los servicios de urgencias. Existe un consenso internacional sobre RCP, actualizándose cada 5 años, recomendándose la actualización de conocimientos cada 2 años para los profesionales. El objetivo de este estudio es conocer cuál es el nivel de conocimientos en RCP de los profesionales sanitarios, si estos profesionales están correctamente actualizados y constatar si la realización de cursos en el tiempo recomendado mejora el nivel de conocimientos. Método: Realizamos una encuesta con 20 preguntas basada en los cuestionarios para valoración de conocimientos en RCP de la American Heart Association (AHA)

y de la Sociedad Española de Me

6.3. Responsabilidad ética.

Es necesario mencionar que los datos aquí publicados corresponden a la realidad encontrada en el profesional de enfermería del mencionado establecimiento de salud. Las investigadoras asumen la responsabilidad ética mediante el respeto a la autonomía de la muestra en estudio y del conocimiento informado.

CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre la reanimación cardiopulmonar es medio en el 56,7%, y el manejo de la reanimación cardiopulmonar observada es adecuada por el 50% de ellas.
2. El nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre reanimación cardiopulmonar es medio en el 56,7% y bajo en el 43,3%.
3. El 10% de los profesionales tienen manejo poco adecuado de la RCP y es inadecuado en el 90% de ellos.

RECOMENDACIONES

1. Se sugiere a la Jefe de Enfermeras en coordinación con el área de capacitación realizar cursos sobre reanimación cardiopulmonar avanzada en pacientes adultos y niños con la finalidad de incrementar los conocimientos del profesional de enfermería y se pueda brindar atención de calidad a los usuarios.
2. La jefe de enfermería debe brindar apoyo y facilidades para que el personal de enfermería de todo el establecimiento acuda periódicamente a cursos realizados en la ciudad de Lima y puedan mejorar su nivel de conocimientos sobre RCP.
3. Las enfermeras del establecimiento de salud deben auto capacitarse y asistir a los talleres brindados por el hospital y otras instituciones, con el fin de mejorar el manejo de la reanimación cardiopulmonar avanzada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Paro Cardiorrespiratorio. Consideraciones Históricas y Terapéuticas. Rodriguez Sanchez, Luis Antonio. 2, Ecuador : Portales Médicos, 2014, Vol. IX.
2. Santiago Miras, Ana M. Paro Cardio-Respiratorio. s.l. : IMQ, 2015.
3. Ética de las decisiones en la RCP. Monzón, J. L. Medellín : SEMICYUC, 2016, Vol. X.
4. Muerte Súbita y Emergencias Cardiovasculares: Problemática actual. Vigo Ramos, Jorge. 2, Lima : Perú Med. Exp. Salud Pública, 2013, Vol. 25. ISSN.
5. Falcón Alvino, Madeleine Pamela. Nivel de Conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar del enfermero de la segunda especialidad de enfermería. Lima : s.n., 2014.
6. MINSA. Estadística. [En línea] MINSA - PERÚ, 2015. [Citado el: 19 de febrero de 2017.] <http://www.minsa.gob.pe/index.asp?op=6#Estadística>.
7. Sánchez-García A, Fernández-Alemán J, Alonso Pérez N, Hernández Hernández. I, Navarro Valverde R, Rosillo Castro D. Valoración del nivel de conocimientos y su adecuación en materia de RCP en el personal sanitario de los servicios de urgencias hospitalarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. eglobal [Internet]. 1jul.2015 [citado 12oct.2018];14(3):230-6. Available from: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/197791>
8. Balcázar-Rincón, LE, Mendoza-Solís, LA, Ramírez-Alcántara, YL.

- Reanimación cardiopulmonar: nivel de conocimientos entre el personal de un servicio de urgencias. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* [Internet]. 2015;20(2):248-255. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47345917021>.
9. Navarro-Vargas JR, Matiz-Camacho H, Osorio-Esquivel J. Manual de práctica clínica basado en la evidencia: Reanimación cardiocerebropulmonar. (Spanish). *Colombian Journal of Anesthesiology / Revista Colombiana de Anestesiología* [Internet]. 2015 Jan [cited 2018 Oct 12];43(1):9. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=100753013&lang=es&site=eds-live&scope=site>.
 10. Kala Mendoza RT, Chucas Sánchez C, Delgado Angulo KE. Efectividad del programa educativo “Salvando Corazones” en los conocimientos, actitudes y prácticas sobre reanimación cardiopulmonar en los estudiantes del cuarto año de secundaria de una institución pública de Lima Este, 2017 [Internet]. *Universidad Peruana Unión*; 2017 [cited 2018 Oct 12]. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ir00912a&AN=CONCYTEC.UPEU.794&lang=es&site=eds-live&scope=site>.
 11. Aranzábal-Alegría G, Verastegui-Díaz A, Quiñones-Laveriano DM, Quintana-Mendoza LY, Vilchez-Cornejo J, Espejo CB, et al. Factores asociados al nivel de conocimiento en reanimación cardiopulmonar en hospitales del Perú. (Spanish). *Colombian Journal of Anesthesiology / Revista Colombiana de Anestesiología*

- [Internet]. 2017 Apr [cited 2018 Oct 12];45(2):114. Available from:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=122965946&lang=es&site=eds-live&scope=site>
12. Cantú. A. Disponible em:
<http://es.catholic.net/psicologoscaticos/875/2917/articulo.php?id=32873>. Acceso em 02.10.08.
 13. Bunge, M. La investigación científica: Su estrategia y su filosofía. La Habana: C. Sociales, 1972.
 14. Zapata, V. La formación de investigadores en la Universidad de Antioquía. En Nómadas. No 7. Sept. 97-marzo 98. Bogotá: DIUC, 1998.
 15. Jiménez Murillo Luis, Montero Pérez Javier, Medicina de Urgencias y Emergencias pág. 3-23. American Heart Association, Soporte Vital Cardiovascular Avanzado Edición 2015. American Heart Association SVB, BLS, edición 2015.
 16. Organización Médica de España. Más de 30.000 personas mueren al año por parada cardiorrespiratoria en España. Disponible en:
<http://www.medicosypacientes.com/articulo/mas-de-30000-personas-mueren-al-ano-por-parada-cardiorrespiratoria-en-espana>. Artículo web. Consultada el 18 de agosto de 2018.
 17. Achury D. Role of Nursing Professionals in Cardio Pulmonary Resuscitation. Disponible en:
<http://encolombia.com/medicina/revistasmedicas/enfermeria/ve123/roldelprofesionaenenfermeria/#sthash.Z16LVqJ3.dpuf>
 18. Elías Hernández, R., Camacho Leis, C. Servicio SAMUR-

Protección Civil. Madrid. Soporte Vital Avanzado en el Paciente Adulto. Disponible en: <https://anestesiario.org/2015/soporte-vital-avanzado-en-el-paciente-adulto/> Artículo web. Consultada 22 de agosto de 2018

19. Asociación Americana del Corazón. Aspectos destacados de las guías de la AHA para RCP y ACE 2015. Disponible en: <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Spanish.pdf> . Artículo web. Consultada 22 de agosto de 2018
20. Enfermería Global. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004 Artículo web. Consultada 26 de agosto de 2018.

ANEXOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
ESCUELA DE POSGRADO**

**SECCIÓN DE POSGRADO DE LA FACULTAD
CIENCIAS DE LA SALUD**

ANEXO N° 1

TEST COGNITIVO

Buenos días colega, soy alumna de la especialidad en Emergencias y Desastres de la Universidad Nacional del Callao en esta oportunidad me dirijo a Ud. para saludarla y a su vez hacer de su conocimiento que se está realizando un estudio sobre el conocimiento que tienen las enfermeras sobre la reanimación cardiopulmonar avanzada del adulto en los servicios de internamiento. El mismo que es de carácter anónimo y sus respuestas serán de uso para la investigación por lo que solicito tengan a bien responder todas las preguntas que a continuación se presentan. Agradezco anticipadamente su participación.

I INSTRUCCIONES.

A continuación, usted encontrará una serie de preguntas que deberá marcar con un aspa (x).

II DATOS GENERALES.

Edad:

- 4. < a 30 ()
- 5. 31 a 40 ()
- 6. 41 a más ()

Sexo:

- 1. Masculino ()
- 2. Femenino ()
- 3. Ha participado en algún curso sobre RCP avanzado: Si () No ()
- 4. Ha participado Ud. En maniobras de RCP: Si () No ()

III DATOS ESPECÍFICOS.

1. La Reanimación Cardiopulmonar, según el Consejo Peruano de Reanimación, se define como:

- a. Un conjunto de procedimientos de emergencia para salvar vidas que se utiliza cuando la persona ha dejado de respirar o el corazón ha cesado de palpar.
- b. Un Conjunto de maniobras que hacemos con nuestras manos ante una situación de PCR. En otras palabras: el boca a boca y

- el masaje cardíaco externo.
- c. Un Conjunto de maniobras temporales y normalizadas internacionalmente destinadas cuando la circulación de la sangre de una persona se detiene súbitamente.
 - d. Un Conjunto de maniobras que aseguran el aporte de sangre oxigenada al cerebro y al corazón, hasta que un tratamiento más avanzado lo restaure.
2. **Ante un paro cardiorrespiratorio, el tiempo máximo en iniciar la RCP para reducir secuelas es de:**
 - a. 10 minutos
 - b. 2 minutos
 - c. 4 minutos
 - d. 5 minutos
 3. **El número de compresiones como mínimo en un minuto, según la Guía de la AHA del 2015 es:**
 - a. 90 compresiones por minuto
 - b. 100 compresiones por minuto
 - c. 95 compresiones por minuto
 - d. 110 compresiones por minuto
 4. **El primer pasó a seguir, ante un paciente que aparenta inconsciencia:**
 - a. Buscar algún tipo de respuesta en paciente y verificar si respira o no.
 - b. Se inicia compresiones torácicas.
 - c. Apertura y desobstruir vía aérea
 - d. Dar ventilaciones con dispositivo de barrera.
 5. **La actitud ante un paciente inconsciente que no responde es:**
 - a. Iniciar compresiones torácicas
 - b. Pedir apoyo a los sistemas de emergencia
 - c. Apertura y desobstruir vía aérea
 - d. Inicio de ventilaciones de rescate.
 6. **Cuál es el tiempo máximo en encontrar el pulso del paciente, según la guía de la AHA 2015.**
 - a. 20 segundos
 - b. 10 segundos
 - c. 5 segundos
 - d. 15 segundos
 7. **Las compresiones torácicas en un adulto deben ser con una depresión de:**
 - a. 4-5 cm
 - b. 5 cm
 - c. 4 cm
 - d. 6 cm
 8. **La relación entre las compresiones – ventilaciones, y cuantos ciclos se realiza en la Reanimación cardiopulmonar, según la guía de la AHA 2015:**
 - a. 15:2 y 5 ciclos
 - b. 30:2 y 4 ciclos

- c. 30: 2 y 5 ciclos
 - d. 30: 2 y 3 ciclos
9. **Según el Consejo Peruano de Reanimación, el flujo generado por las compresiones torácicas produce picos de presión sistólica de:**
- a. 60 a 70 mmHg
 - b. 70 a 80 mmHg
 - c. 60 a 80 mmHg.
 - d. 80 a 90 mm Hg
10. **Las complicaciones más frecuentes de las compresiones torácicas son:**
- a. Neumotórax
 - b. Desgarro hepático
 - c. Laceración hepática
 - d. Fractura costal
11. **Cuál es el principal motivo de la obstrucción de las vías aéreas en el paciente inconsciente.**
- a. Presencia de prótesis dentarias
 - b. Acumulo de secreciones
 - c. Caída de la lengua hacia atrás
 - d. Presencia de alimentos
12. **Ante la sospecha de lesión cervical en un paciente inconsciente la permeabilización de la vía aérea se realiza mediante:**
- a. Maniobra frente – mentón
 - b. Tracción mandibular
 - c. Hiperextensión del cuello
 - d. Liberación de cuerpos extraños
13. **La óptima ventilación boca – resucitador manual es cuando:**
- a. Se expande el tórax
 - b. Se evidencia un sello hermético adecuado de aire ante la boca y el dispositivo.
 - c. Se evidencia distensión gástrica
 - d. Se brinda un tiempo de 3 seg por cada ventilación.
14. **El tiempo como máximo que se da por cada ventilación, según la guía de la AHA 2015:**
- a. 2 seg
 - b. 3 seg
 - c. 1 seg
 - d. 5 seg
15. **Cuántas ventilaciones se da en un minuto en el paciente que tiene pulso y no respira.**
- a. 5 a 6 ventilaciones
 - b. 3 a 5 ventilaciones
 - c. 0 a 20 ventilaciones
 - d. 6 a 8 ventilaciones
16. **Los principales tipos de paro cardiaco donde se desfibrila son:**
- a. Fibrilación ventricular y Flutter

- b. Taquicardia supraventricular y asistolia
 - c. Fibrilación y taquicardia ventriculares sin pulso
 - d. Taquicardia Ventricular y actividad eléctrica sin pulso.
- 17.Cuál es la colocación correcta de los parches del DEA:**
- a. En lado derecho en la parte inferior del borde esternal y en lado izquierdo en línea media axilar.
 - b. En lado derecho sobre el precordio y en lado izquierdo en la región infraescapular.
 - c. En lado derecho a nivel infraclavicular y en lado izquierdo en línea media axilar
 - d. En lado izquierdo a nivel infraclavicular y en lado derecho en línea media axilar
- 18. El uso del DEA está contraindicado en:**
- a. Paciente con la ropa mojada.
 - b. Paciente con marcapaso implantado.
 - c. Paciente en asistolia
 - d. Paciente con parche de medicación en tórax.

VALORACIÓN:

Categoría	Puntaje
Alto	61 – 90
Medio	31 – 60
Bajo	00 – 30

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
ESCUELA DE POSGRADO
SECCIÓN DE POSGRADO DE LA FACULTAD
CIENCIAS DE LA SALUD**

ANEXO N° 2

MANEJO DE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

PROPOSICIONES	Realiza correctamente	Realiza parcialmente
EVALÚA FUNCIÓN DE LÍDER		
1. Pregunta en voz alta ¿Esta bien?		
2. Golpea suavemente para observar su respuesta		
3. Revisa elevación torácica en 5 a 10 segundos.		
4. Activa Sistema de respuesta de Emergencia.		
5. Verifica pulso durante 5 a 10 segundos		
6. Indica compresiones		
ASIGNA FUNCIONES A LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO.		
7. Aplica compresiones		
8. Maneja el monitor-desfibrilador		
9. Vía aérea		
10. Fármacos: solicita acceso IV		
11. Registro: tiempo y acciones		
12. Garantiza RCP de alta calidad		
13. Interrumpe la RCP para analizar ritmo		
14. Reconoce fibrilación ventricular		
15. Indica descarga a 360 J		
16. Indica inicio de compresiones y ventilaciones después de aplicar la desfibrilación.		
17. Indica cambio de reanimador compresión-ventilación cada 2 minutos.		
INDICA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS		
18. Adrenalina		
19. Dosis 1 mg.		
20. Técnica 20/20		

VALORACIÓN:

Categoría	Puntaje
Adecuado	68 – 100
Poco adecuado	34 – 67
Inadecuado	00 – 33

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
ESCUELA DE POSGRADO**

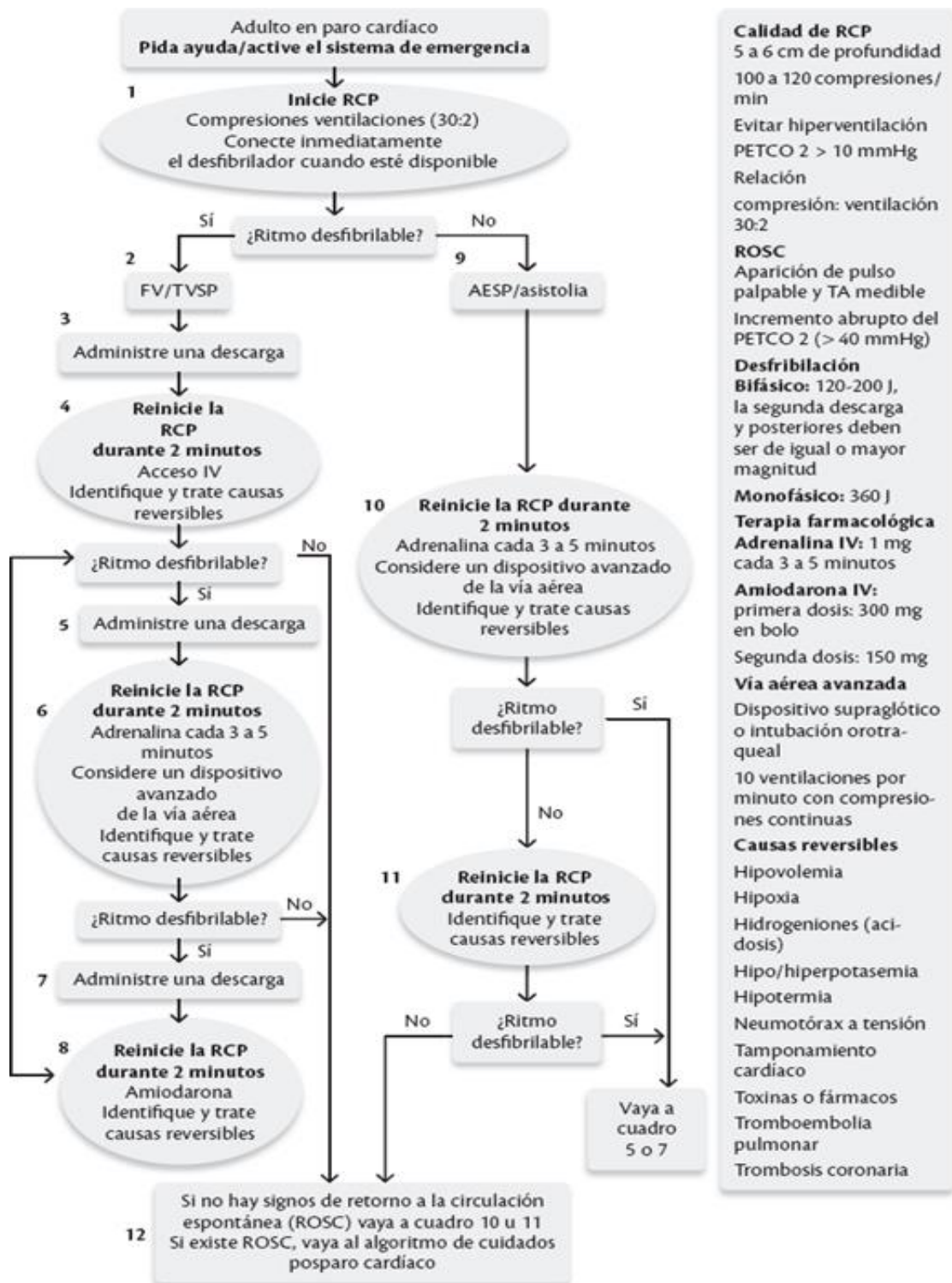
**SECCIÓN DE POSGRADO DE LA FACULTAD
CIENCIAS DE LA SALUD**

**ANEXO N° 3
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

YO, _____

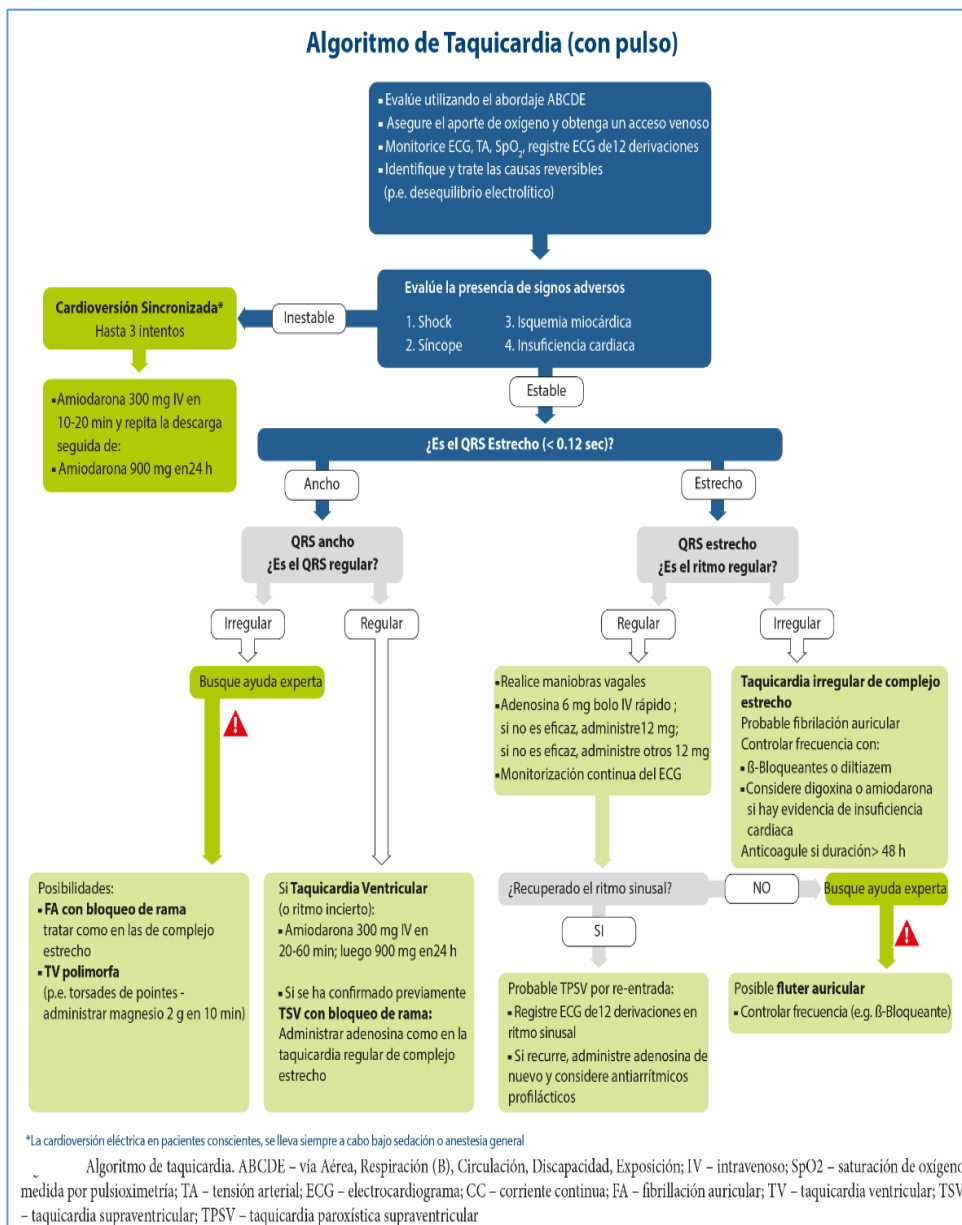
Siendo enfermera(o), que laboro en los servicios de internamiento del HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL JULIO CESAR DEMARINI CARO – CHANCHAMAYO, suscribo que recibí la información del propósito del trabajo de investigación y estoy llana(o) para ofrecer la información que se requiere

Firma del Profesional de Enfermería



Fuente: Salvador Zubirán: *Manual de terapéutica médica y procedimientos de urgencias, 7e:* www.accessmedicina.com
 Derechos © McGraw-Hill Education. Derechos Reservados.

Figura 3.- Algoritmo de Soporte Vital Avanzado – AHA.



*La cardioversión eléctrica en pacientes conscientes, se lleva siempre a cabo bajo sedación o anestesia general

Algoritmo de taquicardia. ABCDE - vía Aérea, Respiración (B), Circulación, Discapacidad, Exposición; IV - intravenoso; SpO₂ - saturación de oxígeno medida por pulsioximetría; TA - tensión arterial; ECG - electrocardiograma; CC - corriente continua; FA - fibrilación auricular; TV - taquicardia ventricular; TSV - taquicardia supraventricular; TPSV - taquicardia paroxística supraventricular

Figura 4 – Algoritmo de tratamiento de la Taquicardia.

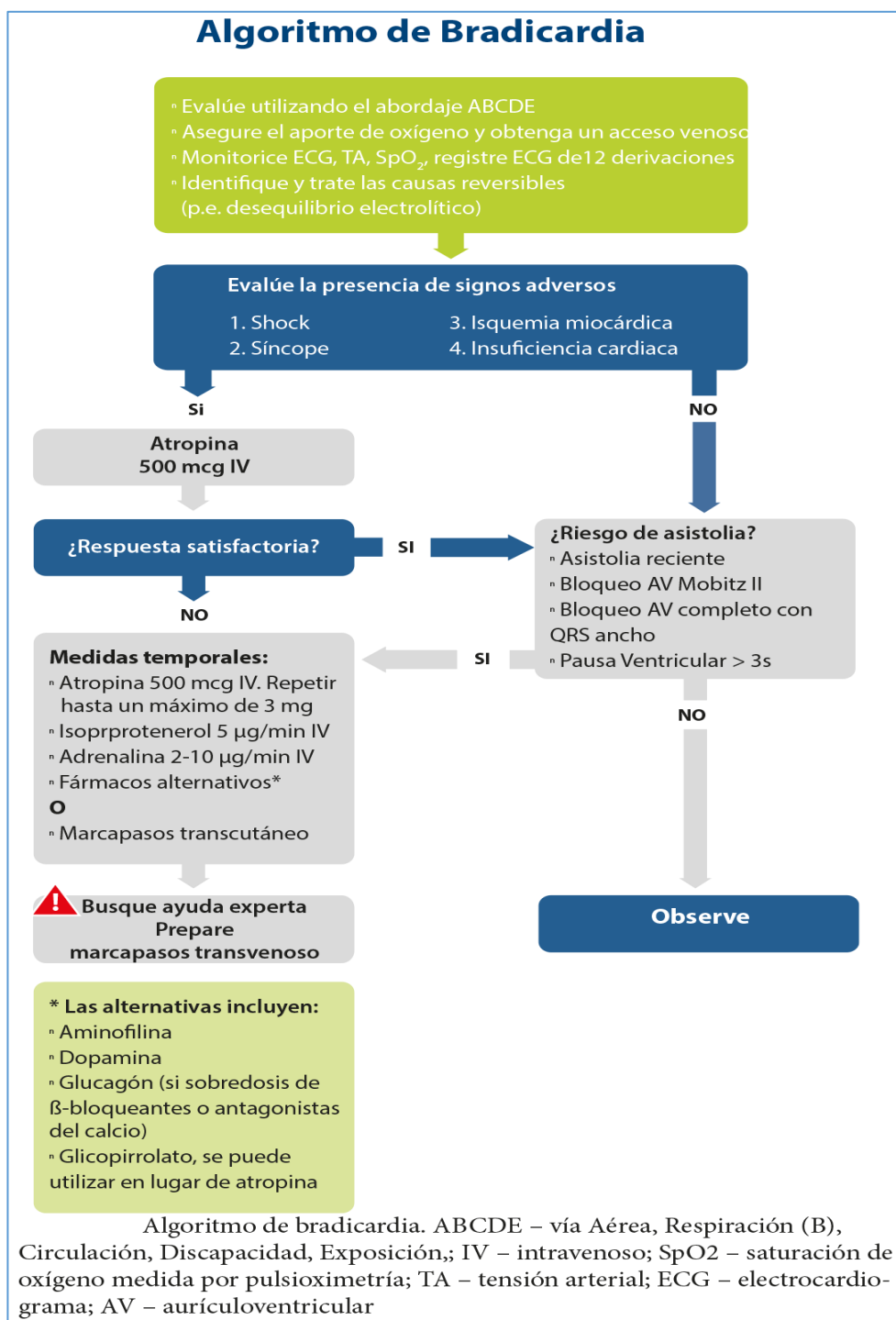


Figura 5 – Algoritmo de tratamiento de la Bradicardia.

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
ESCUELA DE POSGRADO**

**SECCIÓN DE POSGRADO DE LA FACULTAD
CIENCIAS DE LA SALUD**

**ANEXO N° 3
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

CONOCIMIENTO Y MANEJO DE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, EN LOS SERVICIOS DE INTERNAMIENTO DEL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL JULIO CÉSAR DEMARINI CARO - CHANCHAMAYO 2018.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>Problema general: ¿Cómo se relaciona el nivel de conocimiento con el manejo de la reanimación cardiopulmonar avanzada por el profesional de enfermería, en los servicios de internamiento del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro - Chanchamayo 2018?</p>	<p>Objetivo general: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y manejo de la reanimación cardiopulmonar avanzada por el profesional de enfermería, en los servicios de internamiento del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro - Chanchamayo.</p>	<p>Hipótesis general: El nivel de conocimiento es medio y el manejo es poco adecuado en la reanimación cardiopulmonar avanzada por el profesional de enfermería, en los servicios de internamiento del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro - Chanchamayo.</p>	<p>Variable 1: Nivel de Conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar avanzada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Paro cardiaco • Reanimación cardiopulmonar 	<ul style="list-style-type: none"> • Definición y causa del RCP. • Identificación y tipos de paro cardiaco • Definición • Inicio • Fases del RCP. • Indicaciones • Complicaciones 	<p>Tipo de investigación. El tipo de Investigación es el cuantitativo.</p> <p>Método de investigación. Se utilizará el método científico, así mismo el método deductivo e inductivo y sintético para arribar a las conclusiones del estudio.</p> <p>Diseño de la Investigación. Se aplicará el diseño correlacional.</p> <p>Población muestral. La población es de 30 Licenciadas de Enfermería que laboran en los servicios</p>

<p>Problemas específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar avanzada en el profesional de enfermería, en los servicios de internamiento del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro - Chanchamayo? • ¿De qué manera maneja la reanimación cardiopulmonar avanzada el profesional de enfermería en los servicios de internamiento del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro - Chanchamayo? 	<p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar avanzada en el profesional de enfermería, en los servicios de internamiento del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro - Chanchamayo. • Evaluar el manejo de la reanimación cardiopulmonar avanzada en el profesional de enfermería en los servicios de internamiento del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro - Chanchamayo. 	<p>Hipótesis Específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar avanzada en el profesional de enfermería, en los servicios de internamiento del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro - Chanchamayo. • Evaluar el manejo de la reanimación cardiopulmonar avanzada en el profesional de enfermería en los servicios de internamiento del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro - Chanchamayo. 	<p>Variable 2:</p> <p>Manejo de la reanimación cardiopulmonar avanzada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evalúa función del líder. • Evalúa función del líder y miembros 	<ul style="list-style-type: none"> • Ventilación • DEA • Activa el código de emergencia • Asigna funciones • Indica administración de fármacos. 	<p>de internamiento del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro Chanchamayo.</p> <p>Método y técnicas de recolección de datos.</p> <p>Instrumento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Test cognitivo. Este es un instrumento de tipo cuestionario que contiene preguntas con alternativas de respuesta múltiple, total 18 preguntas, que permitirá evaluar el nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre el paro cardíaco y reanimación cardiopulmonar. Y permitirá valorar en su calificación como: conocimiento bueno, conocimiento medio y conocimiento bajo. • Check list. Nos permitirá evaluar el manejo del profesional de enfermería en los casos de reanimación cardiopulmonar avanzada. Este instrumento consta de 20 ítems con alternativas de respuesta que permitirá el marcaje de parte de las investigadoras en cuanto a la realización de las acciones de; realiza correctamente, y realiza parcialmente. Y permitirá ser valorado todo el instrumento en; adecuado, poco adecuado e inadecuado. <p>Técnicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista directa dirigida.
--	---	---	--	--	--	--

						<p>A través de esta técnica se aplicará la prueba de evaluación cognitiva a cada una de las unidades de análisis, para ello se explicará el porqué de esta investigación y se procederá a entregar el instrumento para que las unidades de análisis puedan responder según su conocimiento y marcar las respuestas que consideren correctas.</p> <p>• Registro. A través de esta técnica se procederá a realizar el marcaje por las investigadoras sobre el manejo que realiza el profesional de enfermería en el manejo de la reanimación cardiopulmonar avanzada al paciente adulto.</p> <p>Plan de análisis de datos. Para esta investigación se utilizará softwares estadísticos como el Excel, Word 2016, SPSS v.24, procediéndose a realizar la base de datos, cruce de variables, aplicación de la prueba estadística y formulación de gráficos.</p>
--	--	--	--	--	--	---

