

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



**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SOPORTE VITAL  
BÁSICO DE LOS ENFERMEROS QUE LABORAN EN  
UNIDADES CRÍTICAS DE LA RED DE SALUD DE SATIPO-  
PANGO, DIRESA JUNÍN 2016-2017”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD  
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA INTENSIVA**

**AUTORES:**

**JUAN CARLOS GONZALES POVES  
HELEN MARIANELA ZAVALA JAVES**

**Callao, 2018  
PERÚ**

## **HOJA DE REFERENCIA DE JURADO**

### **MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:**

LIC. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPEN	Presidenta
MG. INÉS LUISA ANZUALDO PADILLA	Secretario
MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO	Vocal

**ASESOR: DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA**

**N° DE LIBRO: 002**

**N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 027**

**Fecha de aprobación de la Tesis: 25/05/2018**

**Resolución de Decanato N°1273 - 2018-D/FCS de fecha 21 de Mayo del 2018 de designación de Jurado Examinador de Tesis para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.**

**LIC. GONZALES POVES JUAN CARLOS**

**LIC. ZAVALETA JAVES HELEN MARIANELLA**

## AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional del Callao, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería, por darnos la oportunidad de continuar con la especialización y ser cada día mejor.

A nuestros docente, quienes con paciencia y dedicación nos impartieron sus conocimientos que fortalecieron nuestra formación académica potencializando nuestra habilidad de investigador, para abrir paso al desarrollo de mi tesis.

A la dirección, y colegas enfermeros(as) de las Redes de Salud de Satipo y Pangoa, por ser parte medular para la ejecución de nuestro proyecto.

## ÍNDICE

Pág.

ÍNDICE DE CONTENIDO .....	1
ÍNDICE DE TABLAS .....	3
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	4
RESUMEN .....	5
ABSTRACT .....	6
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	7
1.1 Identificación del problema .....	7
1.2 Formulación de problemas .....	13
1.3 Objetivos de la investigación .....	14
1.4 Justificación .....	15
1.5 Importancia .....	17
II. MARCO TEÓRICO .....	18
2.1 Antecedentes del estudio .....	18
2.2 Base Epistémica .....	24
2.3 Base Cultural .....	26
2.4 Base Teórica .....	28
2.5 Base Científica .....	28
2.5.1 El Conocimiento .....	29
2.5.2 Soporte vital .....	30
2.5.3 Cadena de supervivencia .....	31
2.5.4 Paro cardíaco o ataque cardíaco .....	36
2.5.5 Soporte vital básico .....	38
2.4. Definición de términos .....	46
III. VARIABLES E HIPÓTESIS .....	47
3.1. Variable de investigación .....	47
3.2. Definición de las variables .....	47
3.3. Operacionalización de las variables .....	48



3.4. Hipótesis general e hipótesis específicas.....	49
<b>IV. METODOLOGÍA.....</b>	<b>50</b>
4.1. Tipo de investigación.....	50
4.2. Diseño de la investigación.....	50
4.3. Población y muestra.....	50
4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	52
4.5. Procedimiento de recolección de datos.....	52
4.6. Procesamiento estadístico y análisis de datos.....	53
<b>V. RESULTADOS.....</b>	<b>54</b>
<b>VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....</b>	<b>62</b>
6.1. Contrastación de resultados con otros estudios similares..	62
<b>VII. CONCLUSIONES.....</b>	<b>65</b>
<b>VIII. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>66</b>
<b>IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>67</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>71</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 5.1	Nivel de conocimiento sobre soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017.	60
Tabla N° 5.2	Nivel de conocimiento sobre compresión torácica como dimensión del soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017.	62
Tabla N° 5.3	Nivel de conocimiento sobre manejo de la vía aérea como dimensión del soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017.	64
Tabla N° 5.4	Nivel de conocimiento sobre respiración como dimensión del soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017.	66

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 5.1	Nivel de conocimiento sobre soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017.	61
Gráfico N° 5.2	Nivel de conocimiento sobre compresión torácica como dimensión del soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017.	62
Gráfico N° 5.3	Nivel de conocimiento sobre manejo de la vía aérea como dimensión del soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017.	65
Gráfico N° 5.4	Nivel de conocimiento sobre respiración como dimensión del soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017.	67

## RESUMEN

El presente estudio de investigación titulado NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SOPORTE VITAL BÁSICO DE LOS ENFERMEROS QUE LABORAN EN UNIDADES CRÍTICAS DE LA RED DE SALUD DE SATIPO-PANGO, DIRESA JUNÍN 2016-2017, tuvo como **OBJETIVO** general: Determinar el nivel de conocimiento sobre soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-Pango, Diresa Junín 2016-2017.

**MATERIAL Y MÉTODO.** La investigación fue de enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo, de diseño descriptivo simple, tuvo como población a 37 enfermeros que laboran en unidades críticas (emergencia, unidad de cuidados intensivos y centro quirúrgico) de la Red de Salud de Satipo-Pango, Diresa Junín 2016-2017; tuvo una muestra de 34 enfermeros, la técnica empleada fue la entrevista e instrumento fue el cuestionario. el análisis estadístico se dio mediante el programa SPSS V22.

**RESULTADOS.** El 50% tiene nivel medio de conocimientos, el 26.47% tiene nivel alto de conocimientos y el 23.53% tiene nivel bajo de conocimientos sobre soporte vital básico.

**CONCLUSIÓN FINAL.** Existe nivel medio de conocimientos sobre soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-Pango, Diresa Junín 2016-2017.

**PALABRAS CLAVES:** nivel de conocimientos, soporte vital básico, egresados.

## **ABSTRACT**

The present research study entitled **LEVEL OF KNOWLEDGE ON BASIC LIFE SUPPORT OF NURSES WHO WORK IN CRITICAL UNITS OF THE SATIPO-PANGOA HEALTH NETWORK, DIRESA JUNÍN 2016-2017**, had as a general **OBJECTIVE**: To determine the level of knowledge about life support of nurses who work in critical units of the Health Network of Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017.

**MATERIAL AND METHOD.** The research was quantitative, descriptive level, simple descriptive design, had 37 nurses working in critical units (emergency, intensive care unit and surgical center) of the Satipo-Pangoa Health Network, Diresa Junín. 2016-2017; had a sample of 34 nurses, the technique used was the interview and the instrument was the questionnaire. Statistical analysis was carried out through the SPSS V22 program.

**RESULTS.** 50% of nurses have a medium level of knowledge, 26.47% have a high level of knowledge and 23.53% of nurses have a low level of knowledge about basic life support.

**FINAL CONCLUSION.** There is a medium level of knowledge about basic life support of nurses working in critical units of the Satipo-Pangoa Health Network, Diresa Junín 2016-2017.

**KEYWORDS:** level of knowledge, basic life support, graduates

## **I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Identificación del problema**

El mundo globalizado en el que nos encontramos actualmente, ha traído consigo avances tecnológicos que nos facilitan el trabajo diario evitando mayor esfuerzo físico en cada una de las actividades diarias; sin embargo a la vez nos sumergen en un mayor sedentarismo creando hábitos y estilos de vida no saludables, con llevándonos a problemas metabólicos como la hipertensión y diabetes primeras causas de los accidentes cerebrovasculares (ACV), los cuales a la vez finalizan en una muerte súbita por Paro Cardio Respiratorio (PCR), siendo necesaria la intervención rápida y oportuna del personal de salud en la práctica del Soporte Básico Vital.

Según la OMS; Las Enfermedades Cardio Vasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo, se calcula que, en 2012, murieron por esta causa 17.5 millones de personas, lo cual representa un 31% de las muertes registradas en el mundo. De estas muertes 7.4 millones se debieron a cardiopatía coronaria y los 6.4 millones a los Accidentes Cerebrovasculares (ACV). Más de tres cuartas partes de las ECV se producen en países de ingresos bajos y medios. El número de personas con sobrepeso y

obesidad a nivel mundial aumentó de 857 millones en 1980 a 2.100 millones en 2013, una cifra que supone un 30% de la población mundial (1)

Según los datos estadísticos formulados por el INEI en el 2014 nos indica que, "la prevalencia de obesidad en el Perú es del 17.5% de la población rural y urbana, 14.4% hombre y al 26% de mujeres. La mayor incidencia de casos se da en las poblaciones de Tacna 25.6%, Ica 24.6%, Moquegua 24.1% y Lima 23.6%"

En el Perú las enfermedades cardíacas son la segunda causa de mortalidad en las diferentes etapas de vida y la primera causa de muerte en la edad adulta. Esta enfermedad se inicia en la infancia, progresa durante la adolescencia llegando a la edad adulta (sin ningún síntoma), por lo que hasta un 50% de los casos tienen una obstrucción severa de las arterias coronarias, pudiendo debutar de manera súbita, con un: paro cardiorrespiratorio, siendo a veces el primer, el único y el último síntoma".

"En nuestro país se desconoce la real incidencia de las muertes súbitas y las causas que la producen, sólo hay algunos reportes de casos publicados; sin embargo, esta situación es común a otros países de Latinoamérica, por lo que algunos países como Colombia y México han iniciado esfuerzos por tener un registro de la muerte súbita".

“El paro cardiorrespiratorio (PCR) se define como la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la respiración y circulación espontánea, que se traduce en la persona en pérdida de conciencia, apnea y ausencia de pulsos centrales. La prevención, el reconocimiento y la acción en los primeros minutos son cruciales para la supervivencia de las personas”.

En el paro cardiorespiratorio (PCR) por cada minuto que pasa decrecen las oportunidades de supervivencia de la víctima en un 7% a 10%. Pasados los 4 o 6 primeros minutos las neuronas comienzan a deteriorarse, finalmente después de 10 minutos, pocos intentos de reanimación son exitosos.

Para el tratamiento del PCR es esencial conocer y aplicar oportunamente la Reanimación Cardio Pulmonar (RCP), que es un conjunto de acciones cuyo objetivo principal es proporcionar oxígeno al cerebro y al corazón para poder restaurar las funciones cardíacas y respiratorias normales evitando el daño en el sistema nervioso. La RCP, consta de dos componentes como son el soporte vital Básico (SVB) y el Soporte Vital Avanzado (SVA).

La American Heart Association (AHA) es una organización sin fines de lucro, cuya misión es mejorar la salud de la población disminuyendo las enfermedades cardiovasculares y los accidentes cerebrovasculares. Las «Guías de la American Heart Association de 2010 para reanimación cardiopulmonar y atención



cardiovascular de emergencia» lograron que aumentase el interés por los métodos que se emplean para asegurar la utilización de las técnicas de reanimación cardiopulmonar (RCP) de alta calidad en todos los intentos de reanimación. La RCP de alta calidad presenta cinco componentes fundamentales: minimizar las interrupciones de las compresiones torácicas, realizar compresiones con una frecuencia y una profundidad adecuadas, lograr una completa expansión del tórax entre compresiones y evitar una ventilación excesiva. Si bien no hay duda de que una RCP de alta calidad es el componente que más influye en la supervivencia al paro cardíaco, existen variaciones considerables en cuanto a la monitorización, la implementación y la mejora de la calidad. Por ello, la calidad de la RCP varía notablemente de un sistema a otro y de un lugar a otro.

Las víctimas a menudo no reciben una RCP de alta calidad debido a la ambigüedad del profesional a la hora de priorizar los esfuerzos de reanimación durante un paro. Esta ambigüedad también impide que se desarrollen sistemas óptimos de atención que permitan aumentar la supervivencia al paro cardíaco.

En 1999 CLAR, miembro del Comité mundial ILCOR, creó el **CONSEJO PERUANO DE REANIMACIÓN (CPR)**, con la finalidad de conservar la vida y la salud de las personas en riesgo de sufrir muertes súbitas, y representar al ILCOR en nuestro país. El ILCOR tiene como misión "proporcionar un mecanismo por el que puedan

identificarse la ciencia y el conocimiento internacionales relevantes para la atención médica urgente”, de forma que, mediante consenso, puedan desarrollarse “guías internacionales en medicina de urgencias, específicamente para el soporte vital básico, el soporte vital pediátrico y el soporte vital avanzado”. Este comité en octubre del 2010, dio a conocer las Nuevas Guías Internacionales de la RCP.

El conocimiento y el entrenamiento del RCP debe constituir un requisito básico y obligatorio para todos los Profesionales de la salud y miembros de primera respuesta: policía, bomberos, socorristas, etc., familiares y otros porque están expuestos a ésta situación en el quehacer diario. Es sumamente significativa la diferencia al comparar los resultados de una RCP brindado por personal entrenado, con medidas terapéuticas bien instituidas, que con tratamientos retardados e inapropiados instituidos por personas con poca o casi nula experiencia en RCP.

Según Asociación Peruana de Facultades y Escuelas de Enfermería: La educación superior en Ciencias de la Salud influyen doblemente sobre la calidad de los servicios, primero por la calidad técnica y humana de los egresados y segundo porque parte importante del proceso educativo se realiza en los propios servicios.

La atención que brinda el Profesional de Enfermería a los pacientes que están en riesgo de muerte al presentar un PCR implica actuar de inmediato, poniendo en práctica los conocimientos adquiridos desarrollando así una correcta técnica, con el objetivo de salvar la vida del paciente y asegurar su recuperación. Sin embargo, en el actuar diario se observa, en los servicios que brindan atención asistencial al paciente, que los profesionales de enfermería con segunda especialidad muestran desconocimiento sobre aplicación correcta del Soporte Básico Vital, ya que se observa que muchos de ellos no siguen la secuencia correcta que indica el marco teórico sobre este procedimiento.

También se observa que, en muchos talleres de capacitación, que el profesional de enfermería reincide en el manejo inadecuado de los pasos del Soporte Vital Básico pese a contar con estudios de segunda especialidad que supone lo prepara para un desempeño eficaz. Se sabe que el Profesional de Enfermería ya sea de escuela o facultad adquirió conocimientos, habilidades y competencias durante su periodo de formación para brindar cuidados integrales a la persona de manera oportuna, continua y segura. Según el AHA todo profesional de la salud debe tener conocimiento y entrenamiento en Soporte Vital Básico, lo cual indica que el Profesional de Enfermería debe estar capacitado y entrenado en Soporte Vital Básico.

## **1.2 Formulación de problemas**

### **1.2.1. Problema general:**

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017?

### **1.2.2. Problemas específicos:**

- a) ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre compresión torácica como dimensión del soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017?
- b) ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre manejo de la vía aérea como dimensión del soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017?
- c) ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre respiración como dimensión del soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017?

### **1.3 Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1. Objetivo general:**

Determinar el nivel de conocimiento sobre soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017.

#### **1.3.2. Objetivos específicos:**

- a) Identificar el nivel de conocimiento sobre compresión torácica como dimensión del soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017.
- b) Identificar el nivel de conocimiento sobre manejo de la vía aérea como dimensión del soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017.
- c) Identificar el nivel de conocimiento sobre respiración como dimensión del soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017.

## **1.4 Justificación**

### **1.4.1. Legal**

La American Heart Association (AHA) es una organización sin fines de lucro, cuya misión es mejorar la salud de la población disminuyendo las enfermedades cardiovasculares y los accidentes cerebrovasculares. Las «Guías de la American Heart Association de 2010 para reanimación cardiopulmonar y atención cardiovascular de emergencia» lograron que aumentase el interés por los métodos que se emplean para asegurar la utilización de las técnicas de reanimación cardiopulmonar (RCP) de alta calidad en todos los intentos de reanimación.

### **1.4.2. Teórica**

Dado el incremento de muertes súbitas por PCR, es importante que todo personal de salud y en especial la enfermera participe en la reanimación cardiopulmonar básica, ya que es la persona que hace el primer contacto con el paciente, con el objetivo de realizar una atención oportuna y de calidad, para salvar la vida de la persona.

### **1.4.3. Práctica**

La labor principal del personal de Enfermería en relación con la PCR debe ir encaminada a su prevención, pues es la medida más eficaz. La formación teórica y

práctica de los profesionales de enfermería, en las diferentes técnicas de RCP son de suma importancia, pues éstos son los que se encuentran más próximos al paciente en la realización de las maniobras tanto de RCPB como de RCPA. Los resultados del estudio están orientados a proporcionar información actualizada y científica al profesional de enfermería, para que pueda brindar atención oportuna sin comprometer la vida de la persona, lo cual se consigue fortaleciendo e incrementando la capacitación en las maniobras de Reanimación Cardiopulmonar Básico, tanto en la teoría como en la práctica, de tal manera que se asegura tener un enfermero capacitado para una atención oportuna.

#### **1.4.4. Social**

El profesional de enfermería posee competencias cognitivas, procedimentales y actitudinales, las cuales se sustentan en la formación profesional de pre grado que contempla las diversas situaciones a las que está expuesto un enfermero, por ello es importante que conozca la situación en que se encuentra actualmente, ya que deben de mantener su conocimiento y competencia, buscando capacitarse y actualizarse; para así brindar un cuidado integral y sin comprometer la vida de la persona. Si el

profesional no está preparado y capacitado adecuadamente para una RCP de alta calidad, no podrá realizar una buena atención y por ende el paciente no logrará salir del estado en que se encuentre produciéndose así la muerte.

## **1.5 Importancia**

El soporte vital básico (RCP), hoy por hoy, continúa siendo una de las habilidades y competencias que todo profesional de la salud debería poseer desde muy temprano en su carrera, debido a que esta es la única maniobra para arresto cardíaco que se mantiene constante, a pesar de lo avanzado de la tecnología del centro donde se esté atendiendo al paciente. Es por esto que se constituye en una de las competencias núcleo de todo profesional de la salud.

A partir del instante en que una persona entra en PCR, su supervivencia desciende un 10 % por cada minuto que continua en este estado. La diferencia de actuar desde el primer minuto y hacerlo a partir del tercero desciende la supervivencia del 90% al 70%. Aunque los servicios de emergencias reducen año a año su tiempo de llegada, esos primeros minutos de atención son los que realmente pueden marcar la diferencia entre salvar una vida o no; y hay que destacar que cualquier persona se puede ver inmersa en una situación así.



## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes del estudio

- a) Balcázar-Rincón L., Mendoza-Solís L., Ramírez-Alcántara Y. Ejecutaron en México en el 2015 su trabajo titulado Reanimación cardiopulmonar: nivel de conocimientos entre el personal de un servicio de urgencias, con el objetivo de determinar los conocimientos en reanimación cardiopulmonar entre el personal de salud que labora en un servicio de urgencias. Uso como material y métodos: estudio descriptivo y transversal. 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  $\chi^2$ . Sus resultados fueron: 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 ( $p = 0.000$ ). Llegaron a la conclusión que los personales de salud del servicio de urgencias de nuestra unidad existen deficiencias

graves en los conocimientos de reanimación cardiopulmonar. Es necesario iniciar cursos y talleres de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada certificados por la American Heart Association.

- b) Díaz Aguilar, P.; Pérez Polanco, D.; Sosa Cerna, S.; Salguero, A; Oliva Villeda, A.; Sanchinel Navas, I; Arana Arévalo, Y en Guatemala en el año 2014 realizaron un estudio de investigación titulado: "Reanimación Cardiopulmonar Básica En Personal De Enfermería"; el trabajo se desarrolló a nivel multicéntrico un proceso de investigación acción sobre Reanimación Cardiopulmonar Básica en el personal de enfermería de Hospitales Nacionales de las regiones nor-Oriente y sur-Oriente de Guatemala. Para su realización se tomó una muestra aleatoria simple sistemática de 853 enfermeras (os), y se hizo una distribución por proporciones de las mismas que laboran en los servicios de adultos de los hospitales nacionales. Luego se desarrolló un proceso de investigación-acción en tres fases. En la primera fase se realizó una encuesta de dos secciones (datos generales y conocimientos). La segunda fase constaba de una capacitación sobre Reanimación Cardiopulmonar Básica de acuerdo con el programa Soporte Vital Básico (SVB) del American Heart Association para profesionales de la salud, con el uso de

maniqués y Desfibrilador Externo Automático. La tercera fase constaba de un cuestionario post capacitación sobre conocimientos de RCP básico. Ambos test se aprobaban con una nota de 80 puntos utilizando los criterios de la Unidad de cursos ACE de la Liga Guatemalteca del Corazón. Un 5% del personal encuestado aprobaron el test diagnóstico y 95 % lo reprobaron, mientras que el test post capacitación lo aprobaron 85% y lo reprobaron solamente 15% después de una participación activa en las capacitaciones de RCP. Se recomienda implementar un programa de capacitación continua y certificación en RCP Básica a nivel de cada hospital.

- c) Reyes I. en Lima-Perú en el 2016 ejecuto su tesis titulada Nivel de conocimientos del profesional de salud sobre reanimación cardiopulmonar básico en el Servicio de Emergencia del Instituto Nacional Materno Perinatal Lima - Perú 2016, con el objetivo determinar el Nivel de Conocimientos del personal profesional de salud sobre Reanimación Cardiopulmonar en el Servicio de Emergencia del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima. El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, diseño descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 86 personas entre Médicos, Enfermeras y Obstetras del servicio de emergencia del INMP. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento el

cuestionario. Resultados: el 69.8% (60) del personal de salud tiene conocimiento medio sobre reanimación pulmonar, 52.3% (45) sobre la identificación de signos de paro y condiciones para RCP, 46.5% (40) obtuvieron un nivel de conocimientos medio sobre maniobras de reanimación cardiopulmonar, sin embargo, cabe resaltar que el 31.4% (27) obtuvo un nivel de conocimientos bajo. En relación a las compresiones torácicas 62.8% (54) obtuvieron un nivel de conocimientos medio, sobre el manejo de la vía aérea, 64% (55) de igual manera. En relación a la ventilación, el 58.1% (50) obtuvieron un nivel de conocimientos bajo, de igual manera 46.5% (40) sobre desfibrilación temprana. Concluyó que: La mayoría del personal profesional de salud del servicio de emergencia del INMP presenta un nivel de conocimientos medio sobre reanimación cardiopulmonar básica, asimismo en las dimensiones identificación de PCR, compresión torácica y vía aérea; en las dimensiones ventilación y desfibrilación temprana la mayoría del personal presenta nivel de conocimientos bajo.

- d) Gálvez C. en Lima-Perú en el 2015 ejecuto su tesis titulada Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico del personal de enfermería en un establecimiento de primer nivel de atención Essalud de Lima - Perú 2015, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre

## 2.2 Base Epistémica

Es difícil identificar cuándo se iniciaron las primeras acciones para revertir el paro cardiorrespiratorio en personas sanas o enfermas. Esa historia puede ser tan antigua como la misma humanidad. Sin embargo, una de las primeras referencias escritas se encuentra en el Antiguo Testamento y, posteriormente, en la Edad Media. Desde 1850 hasta los años de la I Guerra Mundial, la anestesia se aplicaba por inhalación de éter y cloroformo, sin contar con sistemas de ventilación mecánica y protección de la vía aérea superior. En esa etapa, los anestesiólogos utilizaban la maniobra de empujar la mandíbula hacia el plano anterior (maniobra de Esmarch-Heiberg), para liberar la vía aérea. Pero la maniobra que levanta el mentón y extiende la cabeza nunca fue pensada como útil para lograr el mismo fin.

Fue en la ciudad de Moscú, durante la década de 1930, cuando Negovsky creó el primer laboratorio dedicado a la investigación de la reanimación. Negovsky desarrolló modelos eficientes para estudiar los procesos de exanguinación y paro cardíaco en perros, y los conocimientos obtenidos los aplicó con éxito a algunos soldados nazis clínicamente muertos durante el sitio de Moscú durante los años 1941 y 1942.

Los individuos no relacionados a la medicina, no tenían opciones reales para aplicar medidas de reanimación

cardiopulmonar y cerebral básica. Por el desarrollo de estudios de investigación clínica con voluntarios sometidos a intubación endotraqueal, en los inicios de la década de 1950 se decidió cambiar del método de Holger-Nielsen. Con la aparición de varios trabajos de investigación casi en forma simultánea a finales de la década de 1950, nació la reanimación cardiopulmonar y cerebral básica.

Al observar que las compresiones torácicas externas durante la asistolia no producían ventilación pulmonar, investigaciones subsecuentes en perros llevaron a alternar compresiones/ventilación con un rescatador de 15:2, y con dos rescatadores de 5:1.<sup>28-31</sup> Desde entonces se supo que, en presencia de fibrilación ventricular con compresiones torácicas externas, el gasto cardiaco obtenido era sólo del 30% del normal, con flujos más altos al administrar epinefrina endovenosa. Así se consolidó la integración de los pasos A, B y C como medida para mantener la oxigenación tisular en límites bajos, hasta que se pudo lograr el restablecimiento de la circulación espontánea con el uso de la epinefrina y desfibrilación. Hasta hoy, no se ha podido implementar un método capaz de aumentar el flujo tisular con un gasto mayor al 30%.

En 1960 se transfirieron los pasos D, E y F usados durante la compresión cardiaca con tórax abierto a las compresiones torácicas

externas, con tórax cerrado, para lograr la restitución de la circulación espontánea. Gurvitch, quien trabajaba en el laboratorio de Negovsky, documentó en la década de 1940, la utilidad de aplicar corriente eléctrica procedente de un capacitor de descarga para desfibrilar animales de experimentación. Zoll y colaboradores, en la ciudad de Boston, realizaron la primera desfibrilación externa exitosa después de iniciada la fibrilación ventricular, sin la necesidad de aplicar los pasos A, B y C. Zoll incorporó al proceso un osciloscopio y marcapasos externo e interno. Para 1960, primero en Praga, Moscú y Estados Unidos se introdujo en los desfibriladores un capacitor de descarga y una batería que permitió la movilización de estos equipos a escenarios pre-hospitalarios.

En la década de 1990 se pueden encontrar cada vez más estudios de investigación relacionados a la reanimación cerebral. Muchos de los pacientes en quienes se logra restaurar la circulación sanguínea espontánea mueren por daño cerebral grave o quedan con daño cerebral permanente. El promedio de respuesta de las ambulancias de apoyo vital avanzado es de 10 minutos en países desarrollados, tiempo que no ha podido ser reducido.

### **2.3 Base Cultural**

La muerte cardíaca súbita (MCS) es la aparición repentina e inesperada de una parada cardíaca en una persona que

### **2.5.1 El Conocimiento**

El conocimiento es el producto o resultado de ser instruido, el conjunto de cosas sobre las que se sabe o que están contenidas en la ciencia (10).

#### **Clasificación del conocimiento**

Existe en conocimiento vulgar y el científico.

**El conocimiento Científico** es que se obtiene mediante procedimientos con pretensión de validez, utilizando la reflexión, los razonamientos lógicos y respondiendo una búsqueda intencional por la cual se delimita a los objetos y se previenen los métodos de indagación (10).

#### **Características del conocimiento**

El conocimiento es personal, en el sentido de que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia y lo incorporan a su acervo personal estando "convencidas" de su significado e implicaciones; articulándolo como un todo organizado que da estructura y significado a sus distintas piezas. Su utilización, que puede repetirse sin que el conocimiento "se consuma" como ocurre con otros bienes físicos, o sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer



en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias (10).

También las personas construyen su propio conocimiento y entendimiento sobre el mundo, a través de su experimentación y reflexión sobre las mismas, ello es llamado constructivismo, además crear asces de relaciones sustantivas entre los contenidos enseñados y lo que conocemos y sabemos de antes. Es decir, construir significados pertinentes y apropiados con lo que se nos enseña, hacer surgir una nueva significación del contenido, que dependa de cada individualidad personal, viene a ser aprendizaje significativo. El constructivismo con el aprendizaje significativo guarda relación ya que mencionan que el ser humano no es un ser que no tiene conocimiento previo, si no que inserta y articula a su conocimiento todo lo que va a preñdiendo y por ello consolidando, en algunos aspectos, el aprendizaje. Influyendo de tal modo en las decisiones y actitudes ante circunstancias de la vida (10).

### **2.5.2 Soporte vital**

El soporte vital básico puede ser, de dos formas:

**Soporte vital básico (SVB):** Se realiza sin ningún material excepto dispositivos de barrera. En caso de PCR debe iniciarse antes de 4 minutos.

**Soporte vital avanzado (SVA):** Requiere personal entrenado y equipado con el material necesario. En caso de PCR debe iniciarse antes de 8 minutos.

### **2.5.3 Cadena de supervivencia**

Sucesión de circunstancias favorables que hacen más probable que una persona sobreviva a una situación de emergencia.

La American Heart Association (AHA) ha adoptado, respaldado y ayudado a desarrollar el concepto de sistemas de atención cardiovascular de emergencia (ACE) durante muchos años. El término cadena de supervivencia refleja los elementos del concepto de sistema asistencial de ACE.

Las dos cadenas de supervivencia diferenciadas (Figura '1), que reflejan la situación y la disponibilidad de reanimadores y recursos, son:

- El paro cardíaco intrahospitalario (PCIH)
- El paro cardíaco extrahospitalario (PCEH)

Los eslabones de la cadena de supervivencia para un adulto que sufre un paro cardíaco en el hospital son:

- Vigilancia, prevención y tratamiento de los cuadros clínicos anteriores al paro cardíaco
- Reconocimiento inmediato del paro cardíaco y activación del

sistema de respuesta a emergencias.

- RCP precoz con énfasis en las compresiones torácicas
  - Si la víctima se encuentra en paro cardíaco, inicie la RCP de alta calidad sin demora.
  - Iniciar la RCP de alta calidad de inmediato después de un paro cardíaco puede mejorar enormemente las probabilidades de supervivencia de una víctima.
  - Los testigos presenciales que no estén entrenados en el procedimiento de RCP pueden al menos realizar compresiones torácicas. Las compresiones torácicas las pueden hacer personas sin entrenamiento guiadas por un operador telefónico de emergencias.

- Desfibrilación rápida

Una desfibrilación rápida, combinada con una RCP de alta calidad, puede duplicar o triplicar las probabilidades de supervivencia. Lleve a cabo la desfibrilación con un desfibrilador manual o un desfibrilador externo automático (DEA) en cuanto tenga a mano este dispositivo.

- El DEA es un dispositivo ligero y portátil que puede identificar ritmos cardíacos capaces de ocasionar la muerte del paciente y que administra una descarga para interrumpir el ritmo anómalo y hacer que el corazón recupere su ritmo

normal.

- Los DEA son fáciles de usar y permiten tanto a reanimadores legos como a profesionales de la salud realizar la desfibrilación con seguridad.

- Cuidados posparo cardíaco multidisciplinarios
  - Cuando se ha logrado el RCE, el siguiente eslabón de la cadena consiste en administrar
  - al paciente los cuidados posparo cardíaco.
  - Este nivel de cuidados avanzado lo dispensa un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud. Su labor se centra en evitar que se repita el paro cardíaco y en aplicar tratamientos específicos personalizados para mejorar la supervivencia a largo plazo.
  - Los cuidados posparo cardíaco se pueden realizar en la sala de cateterismo cardíaco y/o en la UCI.

Los eslabones de la cadena de supervivencia para un adulto que sufre un paro cardíaco intrahospitalarios son:

- Reconocimiento inmediato del paro cardíaco y activación del sistema de respuesta a emergencias.
- En primer lugar, se debe reconocer que la víctima está en paro cardíaco, comprobando que no responde, no respira (o no lo hace con normalidad, o bien si solo jadea/boquea) y no tiene pulso.

- Tras confirmar que la víctima sufre un paro cardíaco, active el sistema de respuesta a emergencias o pida a otra persona que lo haga.
- Cuanto antes active el sistema de respuesta a emergencias, antes llegará el siguiente nivel de asistencia.
- RCP precoz con énfasis en las compresiones torácicas
  - Si la víctima se encuentra en paro cardíaco, inicie la RCP de alta calidad sin demora.
  - Iniciar la RCP de alta calidad de inmediato después de un paro cardíaco puede mejorar enormemente las probabilidades de supervivencia de una víctima.
  - Los testigos presenciales que no estén entrenados en el procedimiento de RCP pueden al menos realizar compresiones torácicas. Las compresiones torácicas las pueden hacer personas sin entrenamiento guiadas por un operador telefónico de emergencias.
- Desfibrilación rápida con un DEA
 

Una desfibrilación rápida, combinada con una RCP de alta calidad, puede duplicar o triplicar las probabilidades de supervivencia. Lleve a cabo la desfibrilación con un desfibrilador manual o un DEA en cuanto tenga a mano este dispositivo.

- El DEA es un dispositivo ligero y portátil que puede identificar ritmos cardíacos capaces

de ocasionar la muerte del paciente y que administra una descarga para interrumpir el ritmo anómalo y hacer que el corazón recupere su ritmo normal.

- Los DEA son fáciles de usar y permiten tanto a reanimadores legos como a profesionales de la salud realizar la desfibrilación con seguridad.

- Soporte vital avanzado eficaz (incluida la estabilización y el traslado rápidos a la unidad de cuidados posparo cardíaco)

El soporte vital avanzado (SVA/ALS) cubre la transición desde el SVB/BLS a unos cuidados más avanzados. El SVA/ALS se puede realizar en cualquier situación (tanto dentro como fuera del hospital). Los equipos de SVA/ALS eficaces pueden dispensar al paciente cuidados adicionales, como:

- Electrocardiogramas de 12 derivaciones o monitorización cardíaca avanzada

- Intervenciones electro terapéuticas (por ejemplo, cardioversión)

- Obtener acceso vascular

- Administrar los fármacos apropiados

- Colocar un dispositivo avanzado para la vía aérea

- Cuidados posparo cardíaco multidisciplinares
  - Cuando se ha logrado el RCE, el siguiente eslabón de la cadena consiste en administrar al paciente los cuidados posparo cardíaco.
  - Este nivel de cuidados avanzado lo dispensa un equipo multidisciplinar de profesionales de la salud. Su labor se centra en evitar que se repita el paro cardíaco y en aplicar tratamientos específicos personalizados para mejorar la supervivencia a largo plazo.
  - Los cuidados posparo cardíaco se pueden realizar en la sala de cateterismo cardíaco y/o en la UCI.

#### **2.5.4 Paro cardíaco o ataque cardíaco**

La gente emplea a menudo los términos paro cardíaco y ataque cardíaco como si fuesen sinónimos, pero no son lo mismo.

El paro cardíaco súbito se produce cuando el corazón desarrolla un ritmo anormal y no es capaz de bombear sangre.

Un ataque cardíaco se produce cuando el suministro sanguíneo que se dirige a parte del músculo cardíaco se detiene.

#### **Paro cardíaco súbito**

El paro cardíaco súbito se produce cuando el corazón desarrolla un

desfibrilador y material para emergencias. Si cuenta con otra persona que pueda ayudarlo, pídale que vaya a buscarlo.

2. La víctima no responde, pedir ayuda en voz muy alta a las personas que se encuentren cerca. Activar el sistema de respuesta a emergencias a través de un dispositivo móvil (si corresponde). Obtener un DEA y equipo para emergencias.
3. Evaluar el pulso y la respiración.

Seguidamente, evalúe a la víctima para comprobar si respira con normalidad y tiene pulso. De esta forma, podrá decidir las siguientes acciones apropiadas.

Para reducir al mínimo la demora del inicio de la RCP, puede evaluar la respiración al mismo tiempo que comprueba el pulso. La debería tardar más de 10 segundos.

Respiración:

Para comprobar la respiración, No se tome más de 10 segundos para ver si el tórax de la víctima se eleva y desciende. Si la víctima respira, vigílela hasta que llegue la ayuda. Si la víctima no respira o si solo jadea/boquea, no se considera una respiración normal y es un signo de paro cardíaco.

Comprobación del pulso:

Para comprobar el pulso en un adulto, palpe sobre la arteria carótida. Si no detecta ningún pulso al cabo de 10 segundos,



1. Coloque una mano sobre la frente de la víctima y empuje con la palma para inclinar la cabeza hacia atrás.
2. Coloque los dedos de la otra mano debajo de la parte ósea de la mandíbula cerca del mentón.
3. Levante la mandíbula para traer el mentón hacia delante.

### **Maniobra de tracción de la mandíbula**

La maniobra de tracción de la mandíbula se emplea cuando la maniobra de extensión de la cabeza y elevación del mentón no funciona o se sospecha que pudiera haber una lesión medular.

Los reanimadores pueden realizar la tracción mandibular para abrir la vía aérea de una víctima que presenta una lesión craneal o cervical si se sospecha una posible lesión medular. Si no se consigue abrir la vía aérea con la tracción mandibular, utilice la maniobra de extensión de la cabeza y elevación del mentón.

1. Coloque una mano a cada lado de la cabeza de la víctima. Puede apoyar los codos sobre la superficie en la que está tendida la víctima.
2. Ponga los dedos debajo de los ángulos de la mandíbula de la víctima y levántela con ambas manos, desplazando la mandíbula hacia delante.
3. Si los labios se cierran, empuje el labio inferior con el pulgar

para abrirlos.

## **Desfibrilación**

Un DEA analiza el ritmo cardíaco para identificar la presencia de un ritmo que responde al tratamiento con descarga (lo que se denomina ritmo desfibrilable). Si se percibe FV o TV sin pulso, el dispositivo avisa de la administración de una descarga eléctrica al corazón. La descarga "aturde" provisionalmente el músculo cardíaco. Este detiene la FV o la W sin pulso y "restablece" el sistema eléctrico del corazón para posibilitar el retorno de un ritmo cardíaco normal (regular). Si se recupera un ritmo regular y se mantiene la RCP de alta calidad, el músculo cardíaco puede comenzar a contraerse y a bombear sangre eficazmente. Si la circulación regresa, se detectará un pulso palpable; esto se denomina retorno de la circulación espontánea (RCE).

El DEA varía dependiendo del modelo y el fabricante. Hay pequeñas diferencias entre modelos, pero todos los DEA funcionan básicamente de la misma forma. En este libro, se incluyen los pasos universales para manejar un DEA durante un intento de reanimación. No obstante, debe estar familiarizado con el DEA que se utiliza en su entorno concreto. Por ejemplo, algunos DEA se tienen que enciende mientras que otros se encienden de forma automática al abrir la tapa.

### 3.3. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL DE LA VARIABLE
Nivel de conocimiento sobre soporte vital básico	Contenido teórico sobre maniobras de reanimación cardiopulmonar lo que va a permitir a quien lo posee aplicarlos en un paciente que presente paro cardiopulmonar.	Acumulo de información que refieren tener los enfermeros (as) sobre soporte vital básico el cual será obtenido a través de un cuestionario.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compresión torácica</li> <li>• Manejo de la vía aérea</li> <li>• Respiración</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lugar</li> <li>• Profundidad</li> <li>• Frecuencia</li> <li>• Complicaciones de RCP inadecuado</li> <li>• Permeabilización de vías aéreas.</li> <li>• Paciente sin lesión cervical.</li> <li>• Paciente con sospecha de lesión cervical</li> <li>• Tiempo</li> <li>• Técnica</li> </ul>	Alto Medio Bajo

### **3.4. Hipótesis general e hipótesis específicas**

#### **3.4.1 Hipótesis General**

Existe bajo nivel de conocimiento sobre soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017.

#### **3.4.2 Hipótesis Especifica**

- a) Existe bajo nivel de conocimiento sobre compresión torácica como dimensión del soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017.
- b) Existe bajo nivel de conocimiento sobre manejo de la vía aérea como dimensión del soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017.
- c) Existe bajo nivel de conocimiento sobre respiración como dimensión del soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017.

## **IV. METODOLOGÍA**

### **4.1. Tipo de investigación**

La investigación fue una investigación de enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo, porque busca identificar el nivel de conocimiento sobre soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017.

### **4.2. Diseño de la investigación**

El diseño de investigación fue No experimental, descriptivo simple.

M

O

Donde:

O = observación del nivel de conocimiento sobre soporte vital básico

m = muestra

### **4.3. Población y muestra**

#### **4.3.1. Población**

La población estuvo conformada por los enfermeros que laboran en unidades críticas (emergencia, unidad de cuidados intensivos y centro quirúrgico) de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017.

$$N = 37$$

#### 4.3.2. Muestra.

Para calcular el tamaño muestra se utilizó la fórmula de muestreo de proporciones para poblaciones finitas, con una confiabilidad muestral del 95% y con un error muestral del 5%.

$$n = \frac{Z^2 \times N \times p q}{e^2(N - 1) + Z^2 \times p q}$$

Donde:

n: Tamaño de muestra.

N: Número total de pacientes.

Z: Nivel de confianza. (95% = 1,96)

p: Proporción de casos de la población que tienen las características a estudiar.

q: 1 – p: Proporción de individuos de la población que no tienen las características a estudiar.

e<sup>2</sup>: Error muestral = 5%

Reemplazando tenemos:

$$n = \frac{(1.96)^2 (37) (0.25)}{(0.05)^2 (37 - 1) + (1.96)^2 (0.25)}$$

$$n = 34$$

La muestra queda conformada por 34 enfermeros que laboran en unidades críticas (emergencia, unidad de cuidados intensivos y centro quirúrgico) de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017.

#### **4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Para recolectar los datos se utilizó la técnica de la encuesta, y el instrumento fue el cuestionario.

El cual consta de dos partes, la primera de datos generales, y la segunda de datos específicos, donde están contemplados los reactivos para identificar el nivel de conocimientos. El instrumento fue validado y sometido a confiabilidad por Madeleine Pamela Falcón Alvino en el 2014 en Lima, utilizando la prueba binomial y el Kuder Richarson.

#### **4.5. Procedimiento de recolección de datos**

En primer lugar, para recoger los datos, se envió una solicitud a las direcciones de ambas redes de salud, Pangoa y Satipo; posteriormente se coordinó con los jefes de los servicios donde se recolectaría los datos.

Luego, a cada personal de salud se le entregó el cuestionario, para que lo rellenaran en forma individual, que tenía una duración de 15 minutos.

#### **4.6. Procesamiento estadístico y análisis de datos.**

Los datos fueron procesados utilizando el programa estadístico SPSS v. 22, para elaborar la base de datos, se utilizó la estadística descriptiva para presentar los datos en tablas de frecuencia y gráficos.



## V. RESULTADOS

**Tabla 5.1.**

**Nivel de conocimiento sobre soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017.**

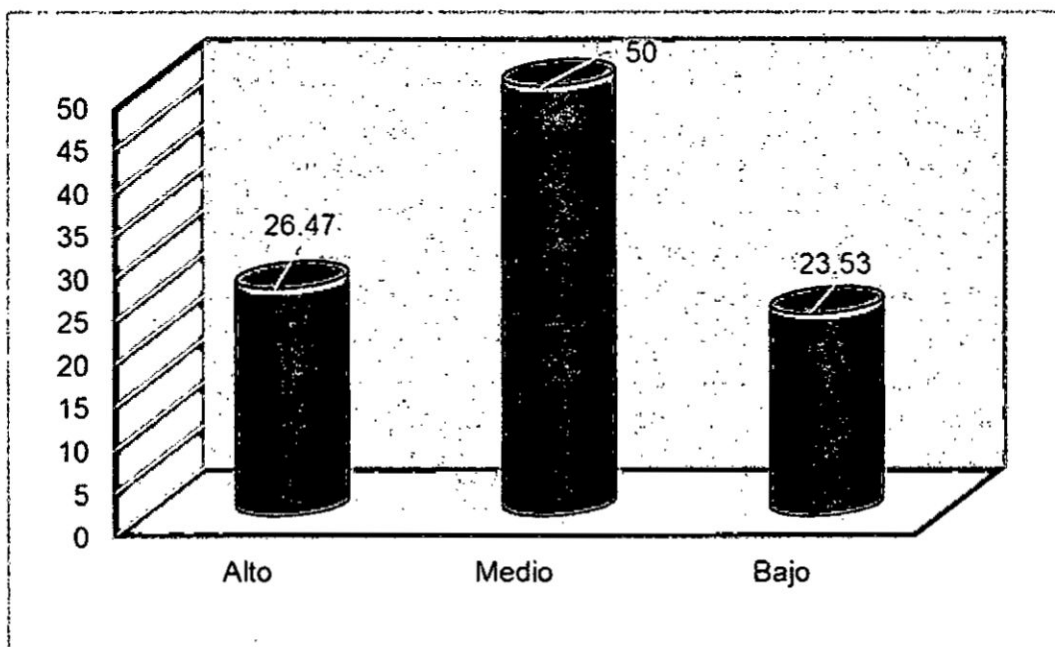
Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Alto	9	26.47
Medio	17	50
Bajo	8	23.53
Total	34	100

Fuente: Fuente: Cuestionario aplicado a los enfermeros.

La tabla 5.1. Referente al Nivel de conocimiento sobre soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas, muestra que el 50% tiene nivel medio de conocimientos, el 26.47% tiene nivel alto de conocimientos y el 23.53% tiene nivel bajo de conocimientos sobre soporte vital básico.

**Gráfico 5.1.**

**Nivel de conocimiento sobre soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017.**



Fuente: Fuente: Cuestionario aplicado a los enfermeros.

**Tabla 5.2.**

**Nivel de conocimiento sobre compresión torácica como dimensión del soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017.**

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Alto	5	14.71
Medio	22	64.71
Bajo	7	20.59
Total	34	100

Fuente: Fuente: Cuestionario aplicado a los enfermeros.

La tabla 5.2. Referente al Nivel de conocimiento sobre compresión torácica como dimensión del soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas, muestra que el 64.71% tiene nivel medio de conocimientos, el 20.59% tiene nivel bajo de conocimientos y el 14.71% tiene nivel alto de conocimientos sobre soporte vital básico.

**Tabla 5.4.**

**Nivel de conocimiento sobre respiración como dimensión del soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017.**

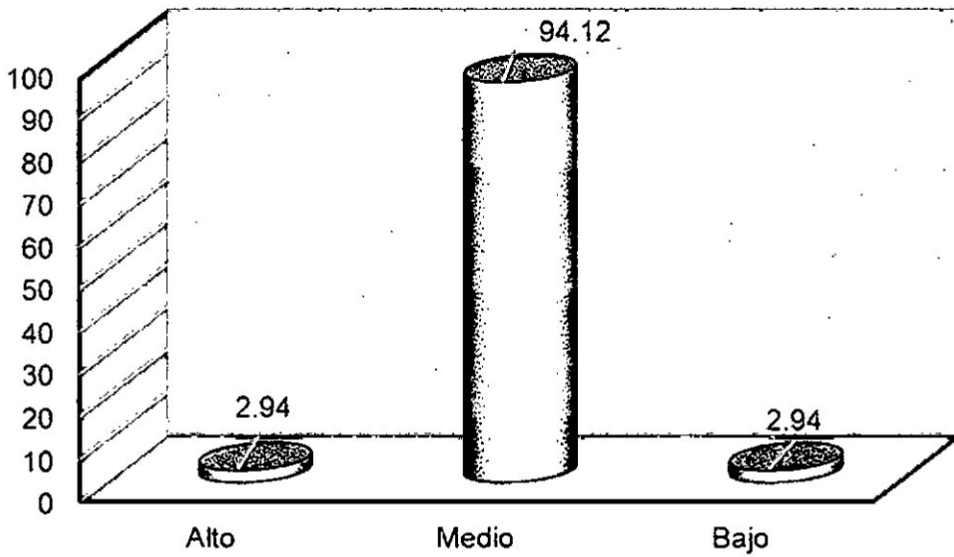
Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Alto	1	2.94
Medio	32	94.12
Bajo	1	2.94
Total	34	100

Fuente: Fuente: Cuestionario aplicado a los enfermeros.

La tabla 5.4. Referente al Nivel de conocimiento sobre respiración como dimensión del soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas, muestra que el 94.12% tiene nivel medio de conocimientos, el 2.94% tiene nivel alto de conocimientos, así mismo el 2.94% tiene nivel bajo de conocimientos sobre soporte vital básico.

**Gráfico 5.4.**

**Nivel de conocimiento sobre respiración como dimensión del soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017.**



Fuente: Fuente: Cuestionario aplicado a los enfermeros.

Pero son diferentes a los encontrados por Reyes I. en Lima-Perú en el 2016, quien La mayoría del personal profesional de salud del servicio de emergencia del INMP presenta un nivel de conocimientos medio sobre reanimación cardiopulmonar básica, asimismo en las dimensiones identificación de PCR, compresión torácica y vía aérea; en las dimensiones ventilación y desfibrilación temprana la mayoría del personal presenta nivel de conocimientos bajo.

## VII. CONCLUSIONES

- Existe nivel de conocimiento medio sobre soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017.
- Existe nivel de conocimiento medio sobre comprensión torácica como dimensión del soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017.
- Existe nivel de conocimiento medio sobre manejo de la vía aérea como dimensión del soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017.
- Existe nivel de conocimiento medio sobre respiración como dimensión del soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017.

## VIII. RECOMENDACIONES

- Al personal de salud, participar en capacitaciones sobre soporte vital básico, para incrementar sus conocimientos sobre esta esencial función en estas unidades.
- A los jefes de los servicios, garantizar y organizar al personal para su asistencia a eventos de capacitación sobre el tema.
- A las redes de salud, promover la capacitación del personal de salud de los servicios críticos a través de pasantías.
- A los estudiantes, investigar más sobre el tema, ya que la presente investigación abre el camino para la línea de soporte vital.



## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) CHRISTOPHER MURRAY, The Lancet. Índice de Obesidad y Sobrepeso. Inglaterra 2014. Pág. 23
- 2) MACEDA, W; MARTÍNEZ. Asociación Peruana de Estudio de la obesidad y Aterosclerosis (APOA). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en población urbana de Lima. Lima Perú. Pág. 5
- 3) VIGO RAMOS, JORGE. Normas Peruanas de la Reanimación Cardiopulmonar, del Soporte Básico de Vida y de la Desfibrilación Temprana – Consenso Mundial 2010 – Lima - Perú. pág. 10 – 52
- 4) Revista Española de Cardiología. Epidemiology of sudden Cardiac Death. Supl. 2013;13(A):2-6 - Vol. 13. España. Pág. 2
- 5) VIGO RAMOS, JORGE. Revista Peruana med. exp. Salud pública “Muerte súbita y emergencias cardiovasculares: problemática actual” v.25 n.2 Lima abr. /jun. 2008. pág. 11, 37
- 6) LEDDA C. ZELADA LOYOLA. Asociación Peruana de Facultades y Escuelas de Enfermería. Estándares Básicos de Calidad para los Programas de Pregrado de Enfermería. Lima – Perú 2002. Pág. 2 - 8
- 7) BENITO JULCA, KATHERINE, “Conocimiento sobre Reanimación Cardiopulmonar básica en el adulto que tienen las enfermeras del Programa Nacional SAMU - 2014”, en la ciudad de Lima – Perú en

- enfermería en la reanimación cardiopulmonar a pacientes críticos en el proceso de emergencia del Hospital Miguel H. Alcívar de Leónidas Plaza, Cantón Sucre, periodo Enero – agosto 2013”, en la ciudad de Bahía Manabí –Ecuador, en el año 2013.
- 13) DÍAZ AGUILAR, PAOLA KARINA “Reanimación Cardiopulmonar Básica en personal de Enfermería”, en la ciudad de Chiquimula, Guatemala, en el año 2014.
  - 14) OLIVETTO DE ALMEIDA, ANGÉLICA Y MUGLIA ARAÚJO, IZILDA “Conocimiento teórico de los enfermeros sobre la parada cardiorespiratoria y resucitación cardiopulmonar en unidades no hospitalarias de atención de urgencia y emergencia”, en la ciudad de Sao Pablo – Brasil en el año 2011.
  - 15) BUNGE, Mario “La ciencia, sus métodos y su filosofía”. Buenos Aires. Ed. Siglo XX, 1999. Pág. 46-48.
  - 16) BLANCA ELENA CARRUITERO GIOVE, Colegio de Enfermeros del Perú, estatuto y reglamento. 2006 – 2008, pág. 36 -37.
  - 17) BLANCA ELENA CARRUITERO GIOVE, Colegio de Enfermeros del Perú. Código de Ética y Deontología. 2006 – 2008. Pág. 172 - 174
  - 18) VICTOR RENEN NAVARRO MACHADO Revista. “Reanimación cardiopulmonar básica” v.45, 2009 pág. 41.
  - 19) HAMM WILLEMS, El Electrocardiograma: Su Interpretación Práctica. 3a ed Ed. Mc Graw-Hill/ Interamericana. México, 2004.

pág. 30 - 42

- 20) NIEVA LOZANO, Romero. "Atención de Enfermería en Urgencias y Emergencias". Madrid. Editorial Difusión Avances de Enfermería (DAE) 1 Ed. 2004. pp. 11 y 52

## **ANEXOS**

Matriz de consistencia

Instrumentos de recolección de datos

Consentimiento informado

Base de datos

**ANEXO N 01  
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	HIPÓTESIS	TIPO NIVEL Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	VARIABLES	MÉTODO
<p><b>PROBLEMA GENERAL:</b> ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017?</p> <p><b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre compresión torácica como dimensión del soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017?</li> <li>• ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre manejo de la vía aérea como dimensión del soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-</li> </ul>	<p><b>OBJETIVO GENERAL:</b> Determinar el nivel de conocimiento sobre soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar el nivel de conocimiento sobre compresión torácica como dimensión del soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017.</li> <li>• Identificar el nivel de conocimiento sobre manejo de la vía aérea como dimensión del soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades</li> </ul>	<p><b>HIPÓTESIS GENERAL</b> Existe bajo nivel de conocimiento sobre soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017.</p> <p><b>HIPÓTESIS GENERAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe bajo nivel de conocimiento sobre compresión torácica como dimensión del soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017.</li> <li>• Existe bajo nivel de conocimiento sobre manejo de la vía aérea como dimensión del soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-</li> </ul>	<p><b>TIPO DE INVESTIGACIÓN</b> La investigación fue una investigación de enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo.</p> <p><b>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</b> El diseño de investigación fue No experimental, descriptivo simple.</p>	<p><b>VARIABLE 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de conocimiento sobre soporte vital básico.</li> </ul> <p><b>DIMENSIONES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compresión torácica</li> <li>• Manejo de la vía aérea</li> <li>• Respiración</li> </ul>	<p><b>POBLACIÓN</b> La población estuvo conformada por los enfermeros que laboran en unidades críticas (emergencia, unidad de cuidados intensivos y centro quirúrgico) de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017.</p> <p>La muestra queda conformada por 34 enfermeros que laboran en unidades críticas.</p> <p align="center">N = 34</p> <p><b>TÉCNICA</b> La técnica que se usará es la encuesta.</p> <p><b>INSTRUMENTO</b> El instrumento será</p>

<p>Pangoa, Diresa Junín 2016-2017?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre respiración como dimensión del soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017?</li> </ul>	<p>críticas de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar el nivel de conocimiento sobre respiración como dimensión del soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017.</li> </ul>	<p>Pangoa, Diresa Junín 2016-2017.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe bajo nivel de conocimiento sobre respiración como dimensión del soporte vital básico de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017.</li> </ul>			<p>el cuestionario.</p>
--	---	--	--	--	-------------------------

## ANEXO N 02

### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



## UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

### ESCUELA DE POSGRADO

### FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

#### PRESENTACIÓN

Buenos días licenciada/o, somos Helen Marianela Zavaleta Javes y Juan Carlos Gonzales Poves, alumnos del postgrado de la Universidad Nacional del Callao sede Huancayo, en esta oportunidad nos dirigimos a Ud. para saludarlo y a su vez hacer de su conocimiento que estamos realizando un estudio sobre: **NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SOPORTE VITAL BÁSICO EN EL EGRESADO DE LA SEGUNDA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO SEDE HUANCAYO-2017.**

El mismo que es de carácter anónimo y sus respuestas serán de uso para la investigación por lo que solicito a bien responder todas las preguntas que a continuación se presentan.

Agradeciendo anticipadamente su colaboración.

#### INSTRUCCIONES

Llene los espacios en blanco y encierre en un círculo (O), la letra del ítem que considere el más adecuado.

#### I. DATOS GENERALES

1. Sexo M ( ) F ( )

2. Edad: \_\_\_\_\_

3. Capacitaciones de los últimos tres años de:

RCP básico

RCP Avanzado

Otros


Año      Institución que lo capacitó

_____	_____
_____	_____
_____	_____

4. Tiempo de experiencia profesional: \_\_\_\_\_
5. ¿Ha participado usted en maniobras de Reanimación cardiopulmonar en situaciones reales?
- a. Si      b. No
6. ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_

## II. DATOS ESPECÍFICOS

1. El Paro cardiorespiratorio se reconoce principalmente por:
- a. Ausencia de pulso y ausencia de respiratorio.
  - b. Piel pálida, fría y sudoración.
  - c. Cianosis central y periférica.
  - d. Pérdida de conocimiento.
2. Frente un paciente que usted encuentra inconsciente, cianótico y con apnea. El orden asertivo de las acciones es:
- a. BAC
  - b. ABC
  - c. CAC
  - d. CAB
3. El lugar adecuado para la realización de las compresiones torácicas en adultos es
- a. 2 dedos debajo del apéndice xifoide.
  - b. 3 dedos encima del apéndice xifoide.
  - c. 2 dedos encima del apéndice xifoide.
  - d. En el centro del tórax.
4. La frecuencia de compresión en el adulto puede ser al menos:
- a. 80/min
  - b. 100/min
  - c. 120/min
  - d. 150/min
5. La profundidad de las compresiones en el adulto es:
- a. >2 cm.
  - b. >3 cm.
  - c. >4 cm.
  - d. >5 cm.



6. Una de las complicaciones más frecuentes de las compresiones torácicas de un RCP inadecuado es:

- a. Neumotórax
- b. Fractura costal
- c. Laceración hepática
- d. Laceración esplénica

7. La Reanimación cardiopulmonar consiste en:

- a. Maniobras
- b. Actividades.
- c. Valoración
- d. Intervención

8. La causa más común que produce obstrucción de vía aérea en un paciente en paro cardiorespiratorio.

- a. Caída de la lengua.
- b. Alimento.
- c. Presencia de prótesis.
- d. secreciones.

9. La permeabilización de la vía aérea en un paciente inconsciente sin lesión cervical se realiza mediante

- a. Colocación de tubo orofaríngeo
- b. Maniobra "frente – mentón"
- c. Maniobra de "tracción o de empuje mandibular"
- d. Barrido con el dedo de cuerpos extraños

10. En pacientes con sospecha de lesión cervical la permeabilización de la vía aérea se realiza mediante:

- a. Hiperextensión del cuello.
- b. Barrido con el dedo de cuerpos extraños
- c. Maniobra de "tracción o de empuje mandibular"
- d. Colocación de tubo orofaríngeo

11. La arteria indicada para determinar la presencia de pulso en un paciente adulto en paro cardiorespiratorio es:

- a. La arteria femoral.
- b. La arteria poplítea.
- c. La arteria carótida.

- d. La arteria braquial.
12. El esquema de RCP en el adulto implica:
- a. 10 compresiones seguidas de 2 respiraciones.
  - b. 15 compresiones seguidas de 2 respiraciones.
  - c. 20 compresiones seguidas de 2 respiraciones.
  - d. 30 compresiones seguidas de 2 respiraciones.
13. Tiempo de ventilación que se da en cada respiración:
- a. Max. 1 segundo de duración.
  - b. Max. 2 segundo de duración.
  - c. Max. 3 segundo de duración.
  - d. Más de 3 segundos.
14. Para asumir que la ventilación boca-resucitador manual es óptima. Usted evaluara:
- a. El sellado herméticamente de la boca con el resucitador manual
  - b. La disminución de la cianosis distal.
  - c. El movimiento de expansión del tórax.
  - d. Retracción de la pupila.

**¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!**

**ANEXO N 05**  
**CARACTERÍSTICAS DE LOS ENFERMEROS**

**Tabla 10.1. Características de los enfermeros que laboran en unidades críticas de la Red de Salud de Satipo-Pangoa, Diresa Junín 2016-2017.**

<b>Característica</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Edad</b>		
28-37	22	64.71
38-47	7	20.59
48-57	4	11.76
58-67	1	2.94
<b>Sexo</b>		
Femenino	19	55.88
Masculino	15	44.12
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario aplicado a los enfermeros.