

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



**“FACTORES ASOCIADOS AL
CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN
CARDIOPULMONAR BÁSICO DEL
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL
NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN.
CALLAO. 2020”**

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

AUTORES:

**PEÑA CHÁVEZ KATHERIN ISABEL
RODRÍGUEZ PONCE DE LEÓN KATHERINE LIZBETH
SEVERINO ZUÑIGA SAMY YUSARA**

**Callao, 2020
PERÚ**

**“FACTORES ASOCIADOS AL
CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN
CARDIOPULMONAR BÁSICO DEL
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL
NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN.
CALLAO. 2020”**

AUTORES:
PEÑA CHÁVEZ KATHERIN ISABEL
RODRÍGUEZ PONCE DE LEÓN KATHERINE LIZBETH
SEVERINO ZUÑIGA SAMY YUSARA

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- Dra. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO PRESIDENTA
- DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI SECRETARIA
- Mg. CÉSAR ANGEL DURAND GONZALES VOCAL

ASESORA: PILAR MORENO OBREGÓN

Nº de Libro: 04 - 2020

Nº de Acta: 25 - 2020

Fecha de Aprobación de la tesis: Bellavista, 05 de Junio de 2020

RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DE FACULTAD Nº 243-2020-CF/CFS.-
Callao, 03 de Junio del 2020

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a nuestras familias por haber sido nuestro apoyo a lo largo de nuestra formación. A todas las personas que nos acompañaron en esta etapa, aportando a nuestra formación tanto profesional y como personal.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser el inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A nuestros amados padres, por su amor, trabajo y sacrificio, gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que somos.

A mis estimados docentes, que nos han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que nos abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao.

ÍNDICE

| | Pág. |
|---|-------------|
| ÍNDICE DE TABLAS | 3 |
| ÍNDICE DE GRAFICOS | 4 |
| RESUMEN | 5 |
| ABSTRACT | 6 |
| INTRODUCCIÓN | 7 |
| | |
| I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | |
| 1.1 Descripción de la realidad problemática..... | 9 |
| 1.2 Formulación del problema (Problema General y Especifico) | 13 |
| 1.3 Objetivos (General y Específicos) | 13 |
| 1.4 Limitantes de la Investigación (teórico, temporal y especifico).. | 14 |
| | |
| II MARCO TEÓRICO | |
| 2.1 Antecedentes (Internacional y Nacional) | 16 |
| 2.2 Bases teóricas..... | 20 |
| 2.3 Bases Conceptuales..... | 23 |
| 2.4 Definición de términos básicos | 33 |
| | |
| III HIPÓTESIS Y VARIABLES | |
| 3.1 Hipótesis | 34 |
| 3.2 Definición conceptual de variables..... | 34 |
| 3.2.1 Operacionalización de las variables | 35 |
| | |
| IV DISEÑO METODOLÓGICO | |
| 4.1 Tipo y diseño de investigación | 37 |
| 4.1.1 Tipo de la investigación..... | 37 |
| 4.1.2 Diseño de la investigación | 37 |

| | | |
|-----------|---|----|
| 4.2 | Método de investigación | 38 |
| 4.3 | Población y muestra..... | 38 |
| 4.3.1 | Población | 38 |
| 4.3.2 | Muestra | 38 |
| 4.4 | Lugar del estudio y periodo de desarrollado..... | 38 |
| 4.5 | Técnicas e instrumentos para recolección de la información. | 39 |
| 4.6 | Análisis y procesamientos de datos..... | 39 |
| V | RESULTADOS | |
| 5.1 | Resultados descriptivos..... | 40 |
| 5.2 | Resultados inferenciales | 48 |
| VI | DISCUSIÓN DE RESULTADOS | |
| 6.1 | Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados. | 52 |
| 6.2 | Contrastación de los resultados con otros estudios similares..... | 55 |
| 6.3 | Responsabilidad ética de acuerdo con los reglamentos vigentes. | 55 |
| | CONCLUSIONES | 56 |
| | RECOMENDACIONES..... | 57 |
| | REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 58 |
| | ANEXOS..... | 61 |
| • | Anexo 1: Matriz de Consistencia | 62 |
| • | Anexo 2: Cuestionario..... | 64 |
| • | Anexo 3: Consentimiento Informado..... | 70 |

ÍNDICE DE TABLAS DE CONTENIDO

| | Págs.: |
|---|---------------|
| Tabla 5.1.1 Nivel de conocimiento | 40 |
| Tabla 5.1.2 Contingencia de conocimiento según género | 41 |
| Tabla 5.1.3 Contingencia de conocimiento según edad | 42 |
| Tabla 5.1.4 Contingencia de conocimiento según tiempo de experiencia | 43 |
| Tabla 5.1.5 Contingencia de conocimiento según especialidad | 44 |
| Tabla 5.1.6 Contingencia de conocimiento según capacitación de RCP en el último año | 45 |
| Tabla 5.1.7 Contingencia de conocimiento según situaciones reales de RCP | 46 |
| Tabla 5.2.1 Asociación entre género y el conocimiento | 48 |
| Tabla 5.2.2 Asociación entre edad y el conocimiento | 49 |
| Tabla 5.2.3 Asociación entre tiempo de experiencia y el conocimiento | 49 |
| Tabla 5.2.4 Asociación entre especialidad y el conocimiento | 50 |
| Tabla 5.2.5 Asociación entre capacitación de RCP en el último año y el conocimiento | 50 |
| Tabla 5.2.6 Asociación entre situaciones reales de RCP y el conocimiento | 51 |

ÍNDICE DE TABLA DE GRAFICOS

| | | Págs.: |
|---------------|---|---------------|
| Gráfico 5.1.1 | Nivel de conocimiento | 41 |
| Gráfico 5.1.2 | Contingencia de conocimiento según género | 42 |
| Gráfico 5.1.3 | Contingencia de conocimiento según edad | 43 |
| Gráfico 5.1.4 | Contingencia de conocimiento según tiempo de experiencia | 44 |
| Gráfico 5.1.5 | Contingencia de conocimiento según especialidad | 45 |
| Gráfico 5.1.6 | Contingencia de conocimiento según capacitación de RCP en el último año | 46 |
| Gráfico 5.1.7 | Contingencia de conocimiento según situaciones reales de RCP | 47 |

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se amplió con la finalidad de conocer ¿Cuáles son los factores asociados al conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico en el profesional de enfermería en el servicio de emergencia?, tiene como objetivo determinar los factores asociados al conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico en el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del hospital Daniel Alcides Carrión Callao 2020. Se usó el tipo de investigación cuantitativa, diseño no experimental y descriptivo-no correccional. La muestra estuvo conformada por 28 profesionales de enfermería del hospital Daniel Alcides Carrión, se seleccionó una muestra representativa de 28 profesionales de enfermería del servicio de emergencia de un total de 44. La técnica utilizada fue la encuesta con un cuestionario de 12 preguntas de datos socioeducativos y 15 preguntas de conocimiento sobre RCP básico; los datos obtenidos de los cuestionarios fueron procesados con el programa de SPSS. Los resultados indican que existe conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico por encima de la media en un 53.5%. Se llegó a concluir que los factores sociodemográficos y educativos no están asociados al conocimiento sobre RCP básico de los profesionales de enfermería del servicio de emergencia del hospital Daniel Alcides Carrión.

Palabras clave: Factores asociados, RCP básico, profesionales de enfermería, servicio de emergencia.

ABSTRACT

The present research work was developed with the purpose of knowing what are the factors associated with knowledge about basic cardiopulmonary resuscitation in the nursing professional in the emergency service? Its objective is to determine the factors associated with knowledge about basic cardiopulmonary resuscitation in the nursing professional in the emergency service of the Daniel Alcides Carrión Callao 2020 hospital. The type of quantitative research, non-experimental design and descriptive-non-correctional was used. The sample consisted of 28 nursing professionals from the Daniel Alcides Carrión hospital, a representative sample of 28 nursing professionals from the emergency service was selected from a total of 44. The technique used was the survey with a questionnaire of 12 questions of socio-educational data and 15 knowledge questions about basic CPR; the data obtained from the questionnaires were processed with the SPSS program. The results indicate that there is knowledge about basic cardiopulmonary resuscitation above the average in 53.5%. It was concluded that sociodemographic and educational factors are not associated with the knowledge on basic CPR of the nursing professionals of the emergency service of the Daniel Alcides Carrión hospital.

Key words: Associated factors, basic CPR, nursing professionals, emergency service.

INTRODUCCIÓN

El Paro Cardio Respiratorio (RCP) es una emergencia vital, que cada año provoca la muerte de muchas personas, por lo que es considerado un problema de salud pública ya que forma una de las principales causas de muerte en otros partes del mundo y en el ambiente intra y extra hospitalario.

Se ha probado la importancia del conocimiento para la inmediata reanimación cardiopulmonar (RCP), sobre todo si proviene de los profesionales de salud capacitados, la cual mejora la supervivencia ante un RCP intrahospitalario entre el 7 y el 24% de los casos reportados (1). La American Heart Association (AHA) exhorta que los profesionales de salud se deben capacitar sobre RCP cada 2 años (2), ya que existen grupos que tienen un bajo nivel de competencia en RCP debido al deterioro de las habilidades después del entrenamiento recibido, lo que forma una técnica con escasa calidad y las posibles consecuencias en la persona que ha sufrido el RCP (3).

Las víctimas 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 (órdenes de no reanimación y anestesia). En un estudio local se descubrió que el 80% de los médicos generales reconocieron no sentirse competentemente preparados para atender un RCP, tomando en cuenta solo a la formación médica recibida en pregrado (4). A pesar de que existen instituciones que dan capacitación sobre su correcta aplicación, aún existen carencias en el conocimiento y aplicación de las técnicas de RCP (5).

El actual estudio, tiene como finalidad determinar los factores asociados al conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico en el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del hospital Daniel Alcides Carrión Callao 2020, lo cual permitirá estudiar datos confiables y relevantes

para tomar acciones a nivel institucional y mejorar la calidad de atención al paciente y evitando la morbi - mortalidad por esta causa.

El presente estudio consta del Capítulo I: El Problema; dado por planteamiento del problema, la formulación de objetivos, justificación y limitaciones. Capítulo II: Bases Teóricas y metodológicas; está dado por el marco teórico y diseño metodológico. Capítulo III: Resultados y Discusión; incluye datos generales y datos específicos, descripción, análisis y discusión de los datos. Capítulo IV: Conclusiones y Recomendaciones. Finalmente, las referencias bibliográficas y los anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Según la Organización Mundial de la Salud (2018) Las importantes causas de mortalidad en el mundo son la cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular, que causaron 15,2 millones de defunciones en 2016 y han sido las principales causas de mortalidad durante los últimos 15 años. (6)

Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud (2017) La enfermedad cardiovascular (ECV) es la vital causa de muerte en la Región de las Américas, aunque la mortalidad por esta causa ha disminuido tenazmente en la mayoría de los países de las Américas, con un descenso general de 19% entre el 2000 y el 2010 (20% en mujeres y 18% en hombres) (7).

Asimismo, las principales enfermedades que originan mortalidad en la población peruana son una mezcla de enfermedades infecciosas y enfermedades crónicas, pero a superioridad de este último grupo.

En el año 2015 la primera causa de defunción fueron las infecciones respiratorias agudas bajas que provocaron 67,6 muertes por cada 100 mil habitantes, le siguen las enfermedades cerebrovasculares con una tasa de 31,8; en tercer lugar, estuvieron las enfermedades isquémicas del corazón. (11). Es así que, en los Departamentos cuyas tasas de mortalidad por enfermedad cerebrovascular han presentado una tendencia al aumento: En este grupo se encuentran Huánuco, Lambayeque, Moquegua, Lima (incluyendo Callao), entre otras. (8)

Por consiguiente, el paro cardiorrespiratorio tiene mayor notabilidad ante un aumento de las enfermedades cardiovasculares. Su manejo incluye la atención prehospitalaria precoz y para ello se requiere del adiestramiento de personal de salud en técnicas de reanimación cardiopulmonar básica. Sus causas y epidemiología no han sido aprendidas en el Perú y se requiere un fortalecimiento del sistema de emergencias. Se comenta el papel que ha venido desempeñando el Consejo Peruano de Reanimación en el desarrollo de esta área de la medicina de emergencias y desastres. (9)

De modo que, se ha justificado el valor del conocimiento para la inmediata reanimación cardiopulmonar (RCP), sobre todo si viene de los profesionales de salud capacitados, la cual mejora la supervivencia ante un PCR intrahospitalario entre el 7 y el 24% de los casos reportados.(10) La American Heart Association (AHA) recomienda que el profesional de salud debe capacitarse sobre RCP cada 2 años (11), ya que existen grupos que tienen un bajo nivel de competencia en RCP debido al deterioro de las habilidades después del entrenamiento recibido (10), lo que genera una técnica con insuficiente calidad (12) y las posibles consecuencias en la persona que ha sufrido el RCP. (13)

Por lo tanto, la RCP de alta calidad influye en la supervivencia como consecuencia del paro cardíaco, siempre que se brinden adecuadamente los 5 componentes fundamentales, como el de 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. (14)

La revista colombiana de anestesiología realizó una investigación científica sobre factores asociados al nivel de conocimiento en reanimación cardiopulmonar en hospitales e Perú, el 59,0% (634) tuvieron un mal conocimiento de RCP. Las enfermeras fueron las que tuvieron mejores notas (63%), seguidas de los médicos (51%), los internos de medicina (35%) y los médicos residentes (33%). Al realizar en análisis variado, se obtuvo que estuviera asociado a tener un buen conocimiento de RCP el pasar una mayor cantidad de horas en el servicio de emergencias. (15)

A pesar de que existen instituciones que dan capacitación sobre su correcta aplicación, aún existen deficiencias en el conocimiento y aplicación de las técnicas de RCP. Es por esto que es significativo estudiar la situación actual de los factores asociados al conocimiento sobre RCP avanzado en el profesional de enfermería, en el hospital Daniel Alcides Carrión del callao, para así encontrar los puntos débiles y buscar solución.

En el último año 2019, el hospital Daniel Alcides Carrión publica en su sala situacional virtual, de la oficina de estadística e informática las principales causas de morbilidad general del servicio de emergencia. En el onceavo lugar está el traumatismo intracraneal, no especificado. En el servicio de cirugía de emergencia en ese mismo año (2019), en primer lugar, esta los traumatismos superficiales múltiples, no especificados, en segundo lugar, traumatismo intracraneal, no especificado, en quinto lugar, la contusión del tórax, que indiscutiblemente este tipo de diagnósticos se dan cuando la vida del paciente es salvada por un tipo de maniobra o RCP precisamente. Por otro lado, no registra porcentajes sobre RCP que se realizan cada año. (16)

Por tal motivo, el papel protagónico del profesional de enfermería exige poseer una actitud y aptitud efectiva, seguridad y auto-control producto de conocimientos, destrezas, habilidades y principios éticos. Todos estos elementos contribuirán a una coordinación precisa, oportuna dirigida a las necesidades reales de las personas en paro cardiorrespiratorio. Las decisiones tomadas en estas circunstancias han de ser reflexivas, precisas y rápidas; por lo tanto, los conocimientos actualizados combinados con la práctica y materiales adecuados pueden evitar muchas muertes y así prolongar la vida de muchas personas.

En la práctica hospitalaria se pudo observar que en algunos casos de paro cardiorrespiratorio, es un procedimiento vital, de actuación rápida y esencial para salvaguardar la vida de las personas. En otra ocasión, mientras el médico inicia la intubación para la ventilación, la enfermera inicia el soporte vital avanzado en la administración de medicamentos, mientras otra enfermera activa la alarma o código de emergencia, para que todo el equipo de salud acuda y ayude, también se observó que existe deficiencia de insumos o materiales para que el RCP sea exitoso, eso muy a parte del nivel de conocimiento de cada profesional de enfermería.

A todo lo antes dicho, es por ello que vimos de suma importancia plantear el presente estudio FACTORES ASOCIADOS AL CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICO EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION CALLAO, 2020.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuáles son los factores asociados al conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico en el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión Callao, 2020?

1.2.2 Problemas específicos

- a) ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados al conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico en el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión Callao, 2020?
- b) ¿Cuáles son los factores educativos asociados al conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico en el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión Callao, 2020?
- c) ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico en el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión Callao, 2020?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General:

Determinar los factores asociados al conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico en el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del hospital Daniel Alcides Carrión Callao, 2020

1.3.2 Objetivos Específicos:

- a) Identificar los factores sociodemográficos asociados al conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico en el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión Callao, 2020.
- b) Identificar los factores educativos asociados al conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico en el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión Callao, 2020.
- c) Identificar el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico en el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión Callao, 2020.

1.4 Limitantes de la investigación

En el desarrollo de la investigación se presentaron las siguientes limitaciones:

1.4.1 Limitante teórico

La falta de estudios previos de investigación sobre el tema, tanto nacional como internacional, a pesar de la carencia de antecedentes sobre todo internacionales, referentes al tema principal de investigación fue necesario ayudarnos ampliamente con las bases de revisión bibliográfica de datos internacionales llegando a encontrar específicamente una investigación sobre nuestro tema.

1.4.2 Limitante temporal

Por otro lado, el tiempo en el que se desarrolla esta investigación es muy corto, es así que la duración estará dada por una programación de tiempo que no deberá excederse a lo establecido.

1.4.3 Limitante espacial

En cuanto a la población y escenario, la limitante será encontrar el tiempo adecuado en el que las licenciadas en enfermería del Hospital Daniel Alcides Carrión, desarrollen y logren concentrarse en las respectivas encuestas sobre reanimación cardiopulmonar básica, puesto que las licenciadas encuestadas que laboran en el servicio de emergencia no contarán con tiempo disponible salvo en el momento de refrigerio. De tal manera se acudirá a dicho Hospital tratando de encuestar a la totalidad del profesional de enfermería emergencista.

II. MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes Internacionales

López-González A, Delgado W, Barrios I, Samudio M, Torales J. (2017), Conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar básica y avanzada de adultos de médicos residentes de un hospital de tercer nivel en **Paraguay**. El objetivo de este trabajo consistió en determinar el nivel de conocimiento que tienen los médicos residentes del Hospital Nacional de Itauguá sobre reanimación cardiopulmonar básica y avanzada en adultos. Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, con muestreo no probabilístico de casos consecutivos que incluyó a médicos residentes del Hospital Nacional de Itauguá, de distintas especialidades. Los participantes completaron un cuestionario de 20 preguntas seleccionadas del banco de preguntas de las guías de Soporte Vital Básico para profesionales de la salud (BLS) y Soporte Vital Avanzado en Adultos (ACLS) de la American Heart Association, actualización del 2010. Participaron del estudio 135 médicos, de los cuales 76 (56,3%) fueron del sexo masculino y 59 (43,7%) del sexo femenino. La edad media de los participantes fue de $27,57 \pm 4$ años, estando 92 (68,1%) médicos con edades comprendidas entre los 26 y 31 años. En cuanto al conocimiento de los participantes sobre la reanimación cardiopulmonar de adultos, 113 (83,7%) presentaron un nivel no satisfactorio, al responder menos de 17 preguntas del cuestionario de manera correcta. La evidente deficiencia que mostraron los médicos residentes participantes de este estudio en sus conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar, nos hace plantear la necesidad de insistir que todas las Facultades de Medicina del país incorporen un mejor y mayor enfoque teórico y práctico de los contenidos sobre reanimación

cardiopulmonar dentro de sus planes de estudio e implementen estrategias de capacitación continua en esta área.

Muñoz J, Rodríguez-barbero M. et Al. (2011), Conocimientos sobre resucitación cardiopulmonar del profesional enfermero en unidades sin monitorización de pacientes. Objetivos: determinar el grado de conocimiento sobre resucitación cardiopulmonar (RCP) en los profesionales enfermeros de unidades sin monitorización de pacientes del Hospital General de **Ciudad Real (España)** así como la relación entre el grado de conocimiento y la edad y el tiempo de experiencia profesional. Material y métodos: estudio descriptivo transversal realizado en unidades médicas y quirúrgicas en el Hospital General de Ciudad Real sobre una población de 94 enfermeras. Se utilizó un cuestionario de elaboración propia que recorría las recomendaciones internacionales sobre RCP y que podía oscilar entre 0 y 10 (máximo nivel de conocimientos). Se calcularon índices de estadística descriptiva e inferencia estadística (test de X²) para contrastar la hipótesis de asociación entre edad y tiempo de experiencia profesional con el nivel de conocimientos. Resultados: se obtuvo una tasa de respuesta del 85,1%. Un 85% eran mujeres. La media de respuestas correctas fue de 3,4. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a conocimiento entre los distintos servicios estudiados ($p = 0,79$), ni con la edad ($p = 0,32$), ni con el tiempo de experiencia profesional ($p = 0,32$). Conclusiones: los profesionales enfermeros no conocen adecuadamente las últimas recomendaciones sobre RCP, que tienen su origen en el informe del Consejo Europeo de Resucitación del año 2005.

Rincón P, Solis H. et Al. (2017) Conocimiento del personal de enfermería sobre el manejo del paciente crítico con base en el SVB en áreas críticas del Hospital de Traumatología y Ortopedia de Puebla (**México**). Objetivo: evaluar el conocimiento del personal de enfermería sobre el manejo del paciente crítico con base en el SVB en áreas críticas del Hospital de

Traumatología y Ortopedia de Puebla. Metodología: estudio descriptivo, en una muestra de 50 enfermeras de los servicios críticos, de todas las categorías y turnos laborales. Se aplicó un instrumento de evaluación del conocimiento sobre SVB, validado por cuatro expertos y 10 enfermeros. Se consideró una calificación aprobatoria con 17 o más reactivos. Se empleó estadística descriptiva, frecuencias, Kuder-Richardson, kappa de Cohen y prueba exacta de Fisher. Resultados: la edad promedio fue de 36.68 años; fueron cuatro hombres (8.0%) y 46 mujeres (92%); 37 (74%) aprobaron el instrumento. El 36% (18) había tomado el curso SVB y el 14% (7) estaba certificado. La asociación entre la calificación obtenida en la encuesta y la categoría laboral, grado académico, turno, tipo de contratación, si ya tomó el curso y tener certificación fue $p \geq 0.05$ (con prueba exacta de Fisher). Conclusiones: haber realizado un curso de SVB no garantiza que el personal de enfermería tenga los conocimientos sobre el manejo del paciente en estado crítico.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Aranzábal G. et. Al. (2016), en su estudio “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 bivariada 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% desaprobaron el test de RCP. Estuvo asociado a tener un buen conocimiento de RCP el

pasar una mayor cantidad de horas en el servicio de emergencias, el ser médico o el ser enfermera, ajustado por el haber llevado previamente un curso de RCP y la sede de encuestado.

Reyes I. (2017), en su estudio “Nivel de conocimientos del profesional de salud sobre reanimación cardiopulmonar básico en el Servicio de Emergencia del Instituto Nacional Materno Perinatal **Lima - Perú** 2016, tiene como objetivo determinar el Nivel de Conocimientos del 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. Conclusión: 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.

Gálvez Centeno César A. (2015) en su estudio Nivel de conocimiento Sobre Reanimación Cardiopulmonar Básico del Personal de Enfermería en un Establecimiento de Primer nivel de Atención Essalud de **Lima - Perú** 2015. El estudio de tipo cuantitativo, el nivel aplicativo, de diseño descriptivo y de corte transversal. La población con la que se trabajó estuvo conformada por 36 personas tanto enfermeros como técnicos de enfermería. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento fue el cuestionario. Resultados: el personal de enfermería tiene un nivel de conocimientos medio sobre reanimación cardiopulmonar con un porcentaje de 69.44%. En relación a los conocimientos sobre identificación y activación del sistema médico de emergencia, obtuvieron un nivel medio con un porcentaje de 69.44. Conclusión: La mayoría del personal de enfermería del establecimiento de primer nivel de atención tiene un nivel de conocimiento medio sobre reanimación cardiopulmonar básica.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Teoría de Joyce Travelbee

La teoría interpersonal de persona a persona propuesta por J. Travelbee enfatiza en lo interpersonal ya que considera que se trata de una relación entre personas, por un lado, el consultante o solicitante de ayuda (paciente) y por otro la persona que presta dicha ayuda (enfermera). Entre ambos establecerán una relación terapéutica que conllevará cambios en ambos participantes. (14)

Esta relación terapéutica, según travelbee, la enfermera debe tener conocimiento para utilizarlo en favor del paciente, debe ser paciente y tolerante para buscar soluciones y sobretodo reconocer al otro como persona; es por ello que la mayor premisa de la teoría de Travelbee es que la relación enfermera-paciente se establece en cinco fases que se enlazan, estos son: (14)(15)

a) Fase del encuentro original:

Cuando la enfermera tiene un primer encuentro con el paciente, los sentimientos emergen en la interacción como resultado de las percepciones desarrolladas. La observación es el paso más importante en el proceso de enfermería. Estas percepciones son importantes porque lo que se ve y se deduce sobre el otro, los pensamientos y sentimientos, tienden a determinar los comportamientos y reacciones hacia él. La observación, las percepciones, al ser valoradas o juzgadas, son la base del subsiguiente patrón de interacción.

b) Fase de identidades Emergentes:

Durante esta fase ambos, enfermera y paciente, empiezan a establecer un enlace y a ver al otro menos como una categoría y más como un ser humano único. El paciente empieza a percibir a la enfermera como diferente, y no como la personificación de todas las enfermeras

c) Fase de empatía:

Una vez ocurra la empatía, el patrón de interacción cambia. Otro de los requisitos para desarrollar empatía es el deseo de comprender o entender a la otra persona, que puede estar motivado por el deseo de ayudarlo y la curiosidad.

d) Fase de simpatía:

La habilidad de simpatizar emerge y resulta del proceso empático. Es un paso más allá de la empatía y surge del deseo base de aliviarle el estrés. Es la capacidad de entrar en o compartir los sentimientos o intereses de otro. La simpatía implica una genuina preocupación del otro, combinada con el deseo de ayuda. El objetivo de la simpatía es transmitir al otro que su preocupación es también la nuestra y que

deseamos poder ayudarle a solucionarla. Ambas, la empatía y la simpatía, requieren una apertura perceptual a la experiencia y a la libertad mental que me permitirán hacer uso de la experiencia personal para entender y apreciar la experiencia de los otros.

e) Fase de Término:

Es un proceso, una experiencia o serie de experiencias. Es una interrelación cercana de pensamientos y sentimientos, transmitidos o comunicados de un ser humano a otro. La experiencia del RAPPORT es experimentada por ambos, de manera diferente de acuerdo con sus antecedentes personales. Esta relación se caracteriza porque la enfermera y el paciente se perciben como seres humanos.

2.3 Bases conceptuales

2.3.1 Paro Cardiorespiratorio

A. Definición

Se define como una situación clínica que cursa con interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible, de la actividad mecánica del corazón y de la respiración espontánea. (16)

El paro cardíaco es el cese de la actividad mecánica del corazón que resulta en la ausencia de circulación sanguínea. El paro cardíaco interrumpe el flujo sanguíneo a los órganos vitales, privándolos de oxígeno, y, si no se trata, produce la muerte. (17)

B. Tipos

B.1 Fibrilación ventricular

Se ha denominado fibrilación ventricular a la que aparece como complicación del infarto agudo de miocardio, por lo general durante las primeras horas después de su inicio de shock y de insuficiencia cardíaca.

En estos pacientes la desfibrilación eléctrica tiene éxito en el 95% de los casos y el pronóstico es excelente. (18)

La fibrilación ventricular degenera en Asistolia, de forma que después de 5 minutos de evolución sin tratamiento solo en menos de un 50% de las víctimas se comprueba su presencia. Es de vital importancia el poder realizar una desfibrilación precoz, ya que se han comprobado supervivencias inmediatas, descendiendo ésta supervivencia en aproximadamente un 5% por cada minuto perdido antes de realizar la desfibrilación. (16)

B.2 Asistolia

Los pacientes en paro cardiaco que presenten asistolia en la pantalla del monitor del desfibrilador tienen una tasa de supervivencia muy baja por lo general sobreviven tan solo 1 o 2 de 100. (18)

Constituye el ritmo responsable de la aparición de una situación de PCR en el 25% de las acontecidas en el ambiente hospitalario y en el 5% de las extrahospitalarias. No obstante, se encuentra con más frecuencia al ser la evolución natural de las FV no tratadas. Su respuesta al tratamiento no es favorable cuando es causada por enfermedad cardiaca, presentando una supervivencia menor de un 5%.

Las tasas de supervivencias pueden ser mejores cuando se presenta asociada a hipotermia, ahogamiento, intoxicación medicamentosa, bloqueo A-V completo por afectación trifascicular, bradicardia extrema, o cuando se trata de un fenómeno transitorio tras la DF de una FV. (16)

B.3 Actividad eléctrica sin pulso

Se define como la presencia de actividad eléctrica cardiaca organizada, sin traducirse en actividad mecánica (ausencia de pulso arterial central) o TAS < 60 mmHg. (16)

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. (19)

Este tipo de paro cardiorespiratorio provoca una situación de muy mal pronóstico (supervivencia inferior al 5% cuando está causada por enfermedad coronaria), excepto en aquellos casos en que se trata de un fenómeno transitorio tras la DF o es secundaria a una causa rápidamente corregible.

C. Etiología

| | |
|----------------------|---|
| Cardiológicas | <ul style="list-style-type: none"> • Infarto Agudo Miocardio • Arritmias (FV/ TVSP, bradicardias, Bloqueos A-V II y III grado) • Tromboembolismo Pulmonar • Taponamiento Cardiaco |
| Respiratorias | <ul style="list-style-type: none"> • Obstrucción de la vía aérea • Depresión del Centro Respiratorio • Broncoaspiración • Ahogamiento o asfixia • Neumotórax a tensión • Insuficiencia respiratoria |
| Metabólicas | <ul style="list-style-type: none"> • Hipokalemia • Hiperkalemia |
| Traumáticas | <ul style="list-style-type: none"> • Craneoencefálico • Torácico • Lesión de grandes vasos • Hemorragia Interna o externa |
| Shock | |
| Hipotermia | |
| Iatrogénicas | <ul style="list-style-type: none"> • Sobredosificación de agentes anestésicos |

D. Fisiopatología

El paro cardíaco produce isquemia global con consecuencias a nivel celular que afectan la función de los órganos. Las principales consecuencias son un daño celular directo y la formación de edema. Este último es peligroso en el encéfalo, donde el espacio para la expansión es

mínimo, produciendo un aumento de la presión intracraneana con reducción de la perfusión cerebral luego de la reanimación. Un gran número de pacientes reanimados exitosamente sufren una disfunción cerebral a corto o largo plazo que se manifiesta con alteración de la conciencia (desde confusión leve a coma) o convulsiones. (17)

La disminución de la producción de ATP produce pérdida de la integridad de la membrana con salida de potasio y entrada de sodio y calcio. El exceso de sodio produce edema celular. El exceso de calcio daña las mitocondrias (lo que disminuye la producción de ATP), aumenta la producción de óxido nítrico (que lleva a la formación de radicales libres dañinos) y, en ciertas circunstancias, activa las proteasas, que producen mayor daño celular. (17)

E. Manifestaciones clínicas

En pacientes con enfermedad crítica o terminal, el paro cardíaco suele estar precedido por un período de deterioro clínico con respiración rápida y superficial, hipotensión arterial y disminución progresiva del estado de conciencia. En el paro cardíaco súbito, se produce un colapso sin síntomas previos, en ocasiones acompañado de una breve convulsión (< 5 seg). (17) (20)

F. Diagnóstico

El diagnóstico de paro cardiorrespiratorio no debe demorar más de 15 a 20 segundos como tiempo máximo para garantizar así las posibilidades de una reanimación eficaz. Cualquier paciente con pérdida de la conciencia, ausencia de las pulsaciones de las arterias femorales o carótidas y de los movimientos respiratorios deberá considerarse en Parada cardiorrespiratoria.

G. Pronóstico

- Los factores favorables incluyen:
- Reanimación cardiopulmonar temprana y efectiva
- Ayuda inmediata en el momento del paro cardíaco
- Desfibrilación temprana (de taquicardia ventricular o fibrilación ventricular luego de una compresión torácica inicial)
- Cuidado post reanimación, incluyendo soporte circulatorio, y el acceso a cateterismo cardíaco

Cuando hay muchos factores favorables, cerca del 40% de los pacientes sobreviven hasta el alta hospitalaria. La supervivencia global de un paro cardíaco intrahospitalario es de alrededor de 25%.

Si los factores son uniformemente desfavorables (p. ej., paciente en asistolia luego de un paro cardíaco extrahospitalario no presenciado), la supervivencia es poco probable.

H. Tratamiento

Un paro cardíaco requiere tratamiento de emergencia de inmediato para hacer que el corazón funcione de nuevo. (20)

- **Reanimación cardiopulmonar (RCP):** Este es a menudo el primer tipo de tratamiento para el paro cardíaco. Cualquiera que haya recibido entrenamiento en RCP puede administrarla. Puede ayudar a mantener el oxígeno fluyendo en el cuerpo hasta la llegada de la atención de emergencia.
- **Desfibrilación:** Este es el tratamiento más importante para el paro cardíaco. Es un procedimiento en el que se usa un dispositivo médico que le da una descarga eléctrica al corazón. Esta descarga puede hacer que el corazón lata normalmente de nuevo.

2.3.2 Reanimación Cardiopulmonar Básico en el Adulto

El paro cardiorrespiratorio (PCR) es, desde hace años, uno de los principales problemas de salud a los que se enfrentan los países que exhiben indicadores de salud compatibles con un gran desarrollo social. Este es responsable de más del 60 % de las muertes por enfermedades isquémicas del corazón (principal causa de muerte en el adulto) en especial el infarto agudo de miocardio (IAM), con el cual comparte su ritmo circadiano (un pico en horas de la mañana y en los meses de frío). Es la mayor emergencia médica y es reversible si el paciente es reanimado correctamente y en el menor tiempo posible.

A. Concepto

El paro cardiorrespiratorio es el cese global de la circulación (actividad mecánica cardíaca) en un individuo en el cual no se debía esperar en ese momento su muerte y se diagnostica por la ausencia de respuesta neurológica (no responde al llamado, no se mueve), no respira y no tiene pulso. En el adulto, es consecuencia casi siempre, de enfermedades previas del corazón que producen eléctricamente una fibrilación ventricular (FV) que es un ritmo caótico, sin actividad mecánica cardíaca y que en el monitor o electrocardiograma se observa como movimiento en forma de ondas pequeñas, rápidas y desorganizadas.

Es importante diferenciar algunos conceptos:

Paro respiratorio: Es la ausencia de movimientos respiratorios (apnea), pero el pulso está presente.

Muerte clínica: Apnea más parada cardíaca total.

Muerte cardíaca: Para establecer esta condición es necesario detectar una asistolia eléctrica intratable (línea plana) durante por lo menos 30 minutos a pesar de una reanimación avanzada y un tratamiento avanzado óptimos.

Muerte cerebral: Tiene criterios clínicos, electroencefalográficos, etc. precozmente, tras una PCR es imposible su determinación, la conclusión de los intentos de RCPC de urgencia en presencia de muerte cerebral aparente solo está justificados cuando existe muerte cardíaca asociada

RCP en adultos:

Los pasos a seguir se expresan en el algoritmo general básico ante un paciente adulto en PCR (algoritmo 4-1). En primer lugar, la escena debe estar segura tanto para el socorrista como para la víctima, no está permitido tocar una víctima si el cuerpo pudiera estar electrificado, haya peligro inminente de un incendio, explosión, etc. En PCR presenciado en el adulto, para el socorrista la prioridad es abrir vía aérea e iniciar ciclos de compresiones cardíacas de 100 x min por 1 a 2 min. Los siguientes pasos se describen a continuación.

Determine respuesta neurológica Se puede llamar en voz alta, sacudir y pellizcar (si existe trauma, no sacudir). Si el paciente responde déjelo en la posición encontrada a menos que pueda hacerse daño, averigüe lo que ha pasado y trate de ayudarlo. No deje de evaluarlo cada cierto tiempo. Si el individuo no responde, pida ayuda, para activar el sistema emergencia o solicitar un desfibrilador. Colóquelo en decúbito supino (boca arriba), (Fig. 4-2) apoye la cabeza y la nuca sobre una superficie firme, la elevación de la cabeza sobre los pies podría comprometer el flujo sanguíneo cerebral, es necesario tener en cuenta la posibilidad de trauma con lo cual la maniobra debe ser cuidadosa, el paciente debe ser movido como una sola unidad.

MANEJE LA VÍA AÉREA: (10 SEGUNDOS).

- **ABRA LA VÍA AÉREA** (extensión de la cabeza y elevación del mentón), la presencia de trauma obliga a utilizar tracción mandibular y al control de la columna cervical (collarín o manualmente).
- **VERIFIQUE LA RESPIRACIÓN** por 10 seg. Mediante la maniobra de MES, con la cabeza del rescatador a 5 cm de la boca de la víctima y mirando hacia el tórax:
 - ✓ Mire el pecho para ver movimientos.
 - ✓ Escuche los sonidos respiratorios.
 - ✓ Sienta la respiración en su mejilla.

Si el paciente respira normalmente, colóquelo en posición de rescate si no hay trauma, chequeéelo frecuentemente y espere la llegada del SIUM. Si el individuo no respira, podemos estar en dos variantes: Existe un paro respiratorio solo o asociado al PCR o existe una obstrucción de la vía aérea y en este caso es necesario desobstruirla antes de realizar otra maniobra (los pasos se describen en el capítulo 2). Para establecer la diferencia, se evalúa su permeabilidad. De encontrarse solo y existir la posibilidad de comunicación, puede dejar a la víctima para activar el sistema de emergencia.

Compruebe la permeabilidad de las vías aéreas Dé de 2 a 5 respiraciones de rescate, de 1 segundo de duración, con 500-600 mL de aire y observe el pecho subir en cada respiración. Cierre la nariz para evitar la salida de aire. Permita la exhalación del aire entre respiraciones. De no existir paso del aire reposicione la cabeza y reintente nuevamente, la falla en un segundo intento supondría una obstrucción de vías aéreas y como tal es necesario resolverla antes de pasar a los siguientes pasos.

Las normas más recientes permiten tomar la decisión de iniciar la RCP con compresiones cardiacas si la víctima no responde y no respira normalmente; no obstante, desde el punto de vista metodológico consideramos que como el PCR está definido por el cese de la circulación, los socorristas más entrenados deben tratar de tomar el pulso central antes de iniciar el resto de las maniobras.

Compruebe circulación Determine presencia de pulso para precisar si el corazón está latiendo (10 segundos) en región carotidea.

Ello brinda dos variantes: Hay pulso pero no hay respiración, en este caso estamos en presencia de un paro respiratorio, dé una respiración cada 5 segundos (12 por min.) y reevalúe cada dos minutos. Pero si no hay respiración ni pulso, el paciente está en PCR y se debe iniciar inmediatamente la RCPC (ventilaciones de rescate y compresiones cardiacas externas) por períodos de 2 minutos al cabo del cual se reevalúan pulso y respiración por 5 seg.

Para los rescatadores no profesionales, este paso puede no realizarse y la RCPC se inicia si la víctima está inconsciente no se mueve y no respira.

Apoyo circulatorio

- Lo definen las compresiones cardiacas.
- Primero el paciente debe colocarse sobre una superficie firme.
- El área de compresiones se localiza sobre el esternón, el punto medio del esternón entre las dos bases de las tetillas en el centro del tórax. Se coloca la palma de la mano dominante sobre el centro del pecho y la palma de la otra sobre esta, los dedos se entrelazan y se procura no presionar sobre las costillas ni sobre el abdomen. Un procedimiento clásico consiste en deslizar los dedos índices y medio por el reborde costal hasta llegar al

apéndice xifoides, luego coloque el talón de una mano 2 dedos por encima de la punta del apéndice xifoides.

- Presione con ambas manos 1/3 del diámetro antero-posterior del tórax (4-5 cm.) con una frecuencia de 100 por minuto contando en alta voz.
- El tiempo de compresión debe ser igual al de la descompresión (ciclo de relación compresión descompresión de 50 %-50 %).
- Siempre debe permitirse el completo retroceso del tórax.
- Cada vez que se levanten las manos, deben reposicionarse antes de reiniciar las compresiones.

Los brazos deben quedar en línea recta y perpendiculares sobre el área de compresiones y luego de cada compresión se debe liberar el tórax para que se expanda, pero sin perder contacto con las manos. Debe existir el mismo tiempo para la compresión y para la relajación.

El apoyo circulatorio se combina con la ventilación de rescate a una relación de 30 compresiones por 2 respiraciones por dos minutos (5 ciclos). Chequear periódicamente la calidad de las compresiones con la palpación del pulso carotideo durante las mismas. Recuerde que aún con compresiones cardíacas óptimas la presión diastólica no sobrepasa los 40 mm Hg. “Hágalo bien”. Las maniobras de RCPC solo se detendrán si la víctima muestra signos de recuperación, llega ayuda profesional del SIUM o el socorrista está exhausto. Disponer de un desfibrilador, cambia un poco la secuencia de maniobras, pues está indicado desfibrilar cuanto antes; los pasos para ello se describen más adelante.

RCPC en el adulto con dos rescatadores. La presencia de 2 rescatadores facilita el trabajo al hacerlo menos fatigoso. La entrada de un segundo rescatador cuando ya se está realizando la maniobra no debe demorar la misma, por lo cual se debe incorporar al terminarse un ciclo completo de

ventilación-compresión y se encargará preferentemente del apoyo a la circulación. En el caso de una persona no entrenada, el rescatador debe explicar y mostrar la realización de las maniobras antes de iniciarla, de la misma forma, chequeará la efectividad de las compresiones en el cuello. Ejecute todos los pasos de forma similar, pero uno de los rescatadores podrá activar el sistema de emergencia mientras el segundo hace la valoración inicial, luego, uno se encarga del apoyo ventilatorio y el otro del circulatorio.

1er rescatador: Se ubicará a un lado de la cabeza de la víctima el muslo externo en línea con la cabeza, abrirá las vías aéreas y comprobará permeabilidad, chequeará la respiración, circulación y definirá el inicio de la RCPC, durante ésta, dará las ventilaciones de rescate y chequeará la efectividad de las compresiones mediante la palpación del pulso carotídeo mientras se comprime el tórax. **2do rescatador:** Ubicará las manos correctamente sobre el esternón para realizar las compresiones cardíacas, hará el conteo de las ventilaciones-compresiones y los ciclos. La técnica y los ciclos son similares, 5 ciclos de 30 compresiones por 2 respiraciones (2 minutos) al cabo de lo cual se verifica pulso y respiración por 5 seg. Ante el cansancio de uno se invierten las funciones, el rescatador fatigado debe avisar con tiempo y el cambio se realizará al final del minuto, durante la comprobación del pulso, lo cual debe ser realizado por el que se ocupará de las vías aéreas. Ante una falla de la respiración con presencia de pulso, dé igualmente una respiración cada 5-6 segundos (10 x minuto).

Según los aspectos destacados de las actualizaciones detalladas del 2019 de las Guías de la AHA para RCP y ACE. Esta actualización, al igual que las anteriores guías de resucitación cardiopulmonar (RCP) y primeros auxilios de la American Heart Association (AHA), se basa en la evaluación más completa de la literatura sobre resucitación a través del International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR). ILCOR ha adoptado un

proceso de evaluación continua de la evidencia (ECE) para producir actualizaciones de reanimación de manera más oportuna.

Para los **adultos**, esta actualización proporciona un énfasis continuo en la instrucción del operador telefónico en RCP para adultos con paro cardíaco. Esta actualización se centra en el tratamiento y las estrategias de manejo de la vía aérea avanzada durante la RCP. Esta actualización aborda el uso de vasopresores durante un paro cardíaco. Existe una recomendación actualizada para los centros de parada cardíaca para adultos. Además, hay una actualización de la recomendación sobre el uso de la RCPE para la parada cardíaca.

2.4 Definición de términos básicos

Factores asociados:

Son aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos.

Conocimiento:

Es aquella información que posee el personal profesional de enfermería que laboran en el área de emergencia del hospital Daniel Alcides Carrión acerca de la reanimación cardiopulmonar básica.

Profesional de enfermería:

Son los profesionales de sexo masculino o femenino que laboran en el servicio de emergencias del hospital Daniel Alcides Carrión.

RCP básico:

Son las maniobras básicas para restaurar las funciones cardíacas y respiratorias en la víctima adulta que sufre un paro cardiorrespiratorio

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

3.1.1 Hipótesis General

Los factores sociodemográficos y educativos están asociados al conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico en el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión Callao, 2020.

3.1.2 Hipótesis Nula

Los factores sociodemográficos y educativos no están asociados al conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico en el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión Callao, 2020.

3.2 Definición conceptual de variables

Factores asociados: Se conoce como factor cada una de las cantidades o expresiones que pueden multiplicarse para formar un producto. Es decir, la multiplicación de estos factores da como resultado el número u objeto original.

Conocimiento sobre RCP básico: Conjunto de información recopilada sobre reanimación cardiopulmonar básica que permitirán restablecer las funciones vitales frente al paro cardiorrespiratorio.

3.2.1 Operacionalización de variables

| VARIABLES | DEFINICION CONCEPTUAL | DEFINICION OPERACIONAL | DIMENSIONES | INDICADORES | ESCALA DE MEDICION | VALOR FINAL |
|--------------------------------------|---|--|---|--|-----------------------------|--------------------------------|
| Factores asociados | Se conoce como factor cada una de las cantidades o expresiones que pueden multiplicarse para formar un producto. Es decir, la multiplicación de estos factores da como resultado el número u objeto original. | Son aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos. | Sociodemográficos y Educativas | <ul style="list-style-type: none"> - Edad - Sexo - Estudios especializados - Capacitaciones sobre RCP - Tiempo de experiencia laboral - Participación real en RCP. | Nominal Numérica | Porcentual |
| Conocimiento sobre RCP básico | Conjunto de información recopilada sobre reanimación cardiopulmonar básica que permitirán restablecer las funciones vitales frente al paro cardiorrespiratorio | Es aquella información que posee el personal profesional de enfermería que laboran en el área de emergencia del hospital Daniel Alcides Carrión acerca de la reanimación | Identificación de Paro cardiorrespiratorio y condiciones para RCP | <ul style="list-style-type: none"> - Definición de paro cardíaco - Signos de paro cardíaco - Tipos de paro cardíaco - Definición de RCP - Cadena de supervivencia - Secuencia de RCP | Nominal | Alto Medio bajo |

| | | | | | |
|--|--|------------------------|---|--|--|
| | | cardiopulmonar básica. | <p>Aplicación de compresiones torácicas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lugar de aplicación - Frecuencia - Profundidad - Relación compresión ventilación - Calidad de la compresión <p>Manejo de la vía aérea</p> <ul style="list-style-type: none"> - Causa de la obstrucción de la vía aérea - Técnicas para permeabilizar la vía aérea según la existencia o no de trauma cervical. <p>Ventilación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia - Tiempo - Técnica <p>Desfibrilación temprana</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis - Técnica - Aplicación | | |
|--|--|------------------------|---|--|--|

IV. DISEÑO METODOLOGICO

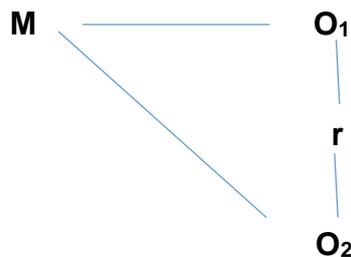
4.1 Tipo y diseño de investigación

4.1.1 Tipo

El estudio es de nivel aplicativo porque da un aporte significativo al personal de enfermería, permitiendo determinar los factores asociados al conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico en el profesional de enfermería; enfoque cuantitativo, porque permitirá conocer matemáticamente y numéricamente los resultados del estudio, relacional no causal porque no se puede afirmar con seguridad que una variable dependa de la otra, más si existe o no alguna relación entre ellas y de corte transversal, porque se dio en un tiempo y espacio determinado.

4.1.2 Diseño

El diseño es no experimental, de nivel relacional y se representa en el siguiente esquema:



Donde:

M = muestra

O₁ = Variable 1

O₂ = Variable 2

r = Relación de las variables de estudio

4.2 Método de investigación

Usualmente, el método científico para un enfoque cuantitativo es el hipotético deductivo, como orientador del proceso investigativo. Sin embargo, será imprescindible el uso de un método lógico como el analítico, el que aparece dentro del trabajo como forma de razonamiento o forma de sistematización de los conocimientos.

4.3 Población y muestra

Población: La población estuvo conformada por 44 profesionales de enfermería de la emergencia del hospital Daniel Alcides Carrión.

Muestra: De acuerdo a la población de profesionales de enfermería del servicio de emergencia del hospital Daniel Alcides Carrión, se efectuó un cálculo mediante la fórmula conocida de muestra de población conocida, considerando una confiabilidad del 95% y error de precisión del 5%. Resultando un tamaño de muestra de 28 usuarios.

La fórmula para calcular el tamaño de muestra es la siguiente:

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

En donde,

N = tamaño de la población

Z = nivel de confianza,

P = probabilidad de éxito, o proporción esperada

Q = probabilidad de fracaso

D = precisión (Error máximo admisible en términos de proporción).

4.4 Lugar de estudio

El estudio fue realizado en el área de emergencias del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, que queda ubicado en el distrito de Bellavista – Callao.

4.5 Técnicas e instrumentos

La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la encuesta, el instrumento un cuestionario que permitió determinar los factores asociados al conocimiento sobre RCP básico dirigido al personal de enfermería que labora en el área de emergencia del hospital Daniel Alcides Carrión.

Dicho instrumento cuenta con las siguientes partes: presentación, instrucciones, 12 preguntas de datos socioeducativos y 15 preguntas de conocimiento sobre RCP básico. El cuestionario se aplicó en un tiempo estimado de 20 minutos, previo consentimiento informado.

Validez y confiabilidad

El instrumento que se utilizó es un cuestionario adaptado y validado del estudio realizado por Reyes Moran I. (UNMSM 2017), donde las preguntas están diseñadas para generar los datos necesarios para alcanzar los objetivos propuestos y dar respuestas a las hipótesis del proyecto de investigación

4.6 Análisis y procesamiento de datos

Consistió en procesar los datos (dispersos, desordenados, individuales) obtenido de la población objeto de estudio durante el trabajo de campo, y tiene como finalidad agrupar los datos y ordenarlos, a partir del cual se realizó un análisis según los objetos e hipótesis de la investigación. El procesamiento de datos se realizó mediante el uso de herramientas estadísticas como: Chi cuadrado, ya que, es una prueba estadística que permite probar si más de dos proporciones de población pueden considerarse iguales, o, en otras palabras, nos permite probar si dichas proporciones no presentan diferencias significativas como el análisis de factores, análisis de regresión y correlación, entre otros.

V. RESULTADOS

En este capítulo que se expone a continuación se presentan los resultados obtenidos de los cuestionarios aplicados virtualmente a las enfermeras del servicio de emergencia del HNDAC.

Para llevar a cabo un análisis más claro se creó una base de datos en SPS en donde se realizó el vaciado de todos los datos obtenidos para posteriormente ser analizados por medio de tablas y gráficos.

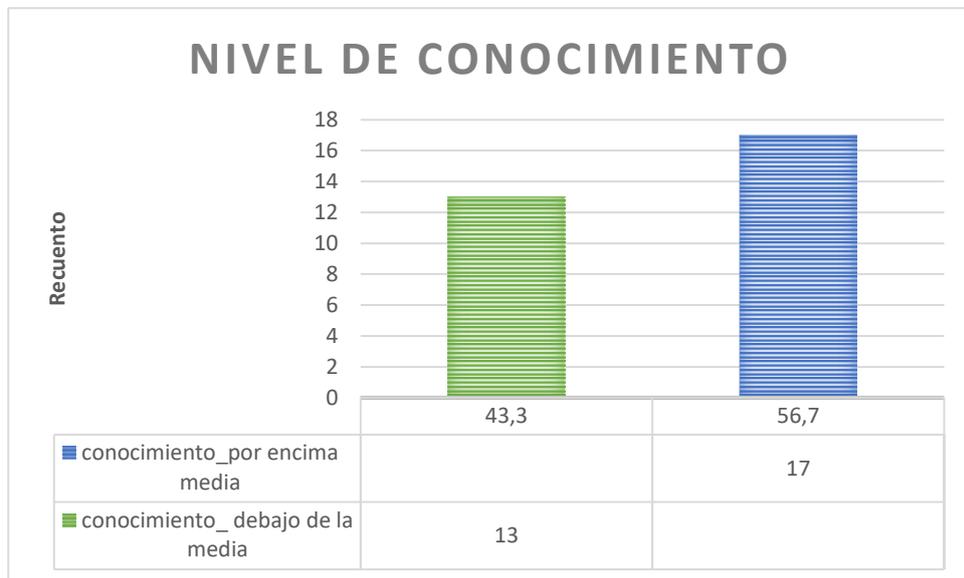
5.1 Resultados Descriptivos

TABLA 5.1.1
NIVEL DE CONOCIMIENTO

| Conocimiento de RCP Básico | | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válido | Conocimiento debajo de la media | 13 | 46,4 | 46,4 | 46,4 |
| | Conocimiento por encima media | 15 | 53,5 | 53,5 | 100,0 |
| | Total | 28 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Base de datos.

**GRÁFICO 5.1.1
NIVEL DE CONOCIMIENTO**



En la tabla 5.1.1 y gráfico 5.1.1 se observa que el 54% (15) del profesional de enfermería del servicio de emergencia del hospital Daniel Alcides Carrión cuenta con un conocimiento por encima de la media.

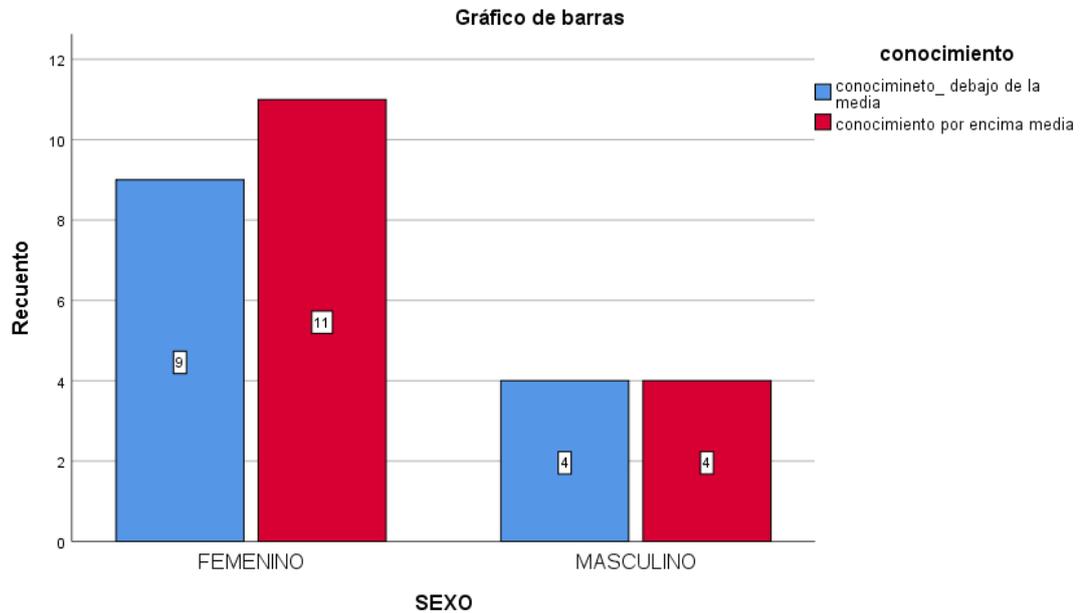
**TABLA 5.1.2.
CONTINGENCIA DE CONOCIMIENTO SEGÚN GÉNERO**

Tabla cruzada SEXO*conocimiento

| | | Conocimiento | | Total |
|-------|-----------|---------------------------------|-------------------------------------|-------|
| | | Conocimiento debajo de la media | Conocimiento por encima de la media | |
| SEX | FEMENINO | 9 | 11 | 20 |
| O | MASCULINO | 4 | 4 | 8 |
| Total | | 13 | 15 | 28 |

Fuente: Base de datos de la investigación.

GRÁFICO 5.1.2 CONTINGENCIA DE CONOCIMIENTO SEGÚN GÉNERO



En la tabla 5.1.2 y gráfico 5.1.2 se observa que predomina el nivel de conocimiento por encima de la media cuando el profesional de enfermería es de sexo femenino, pero esto no es un dato preciso, ya que el número de encuestados en su mayoría fueron mujeres.

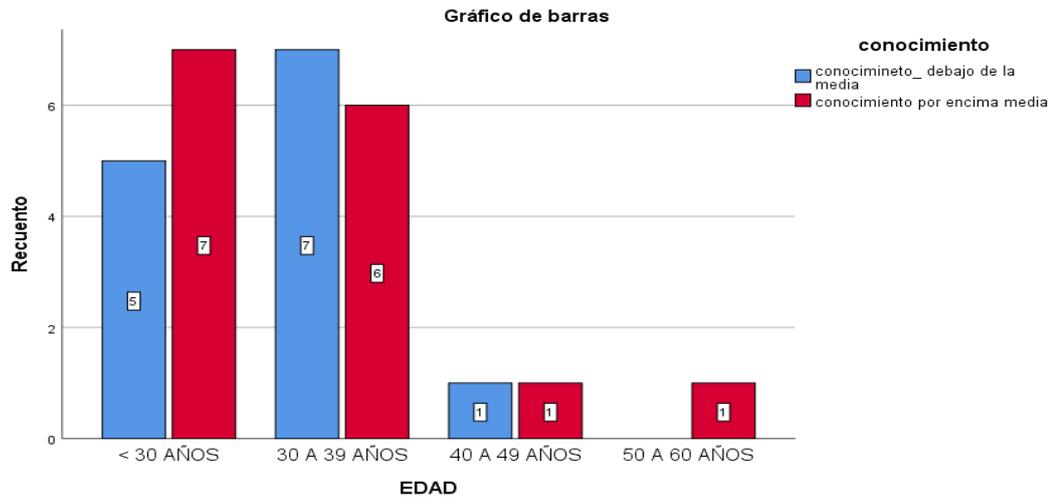
TABLA 5.1.3 CONTINGENCIA DE CONOCIMIENTO SEGÚN EDAD

Tabla cruzada EDAD*conocimiento

| EDAD | | Conocimiento | | Total |
|--------------|--|----------------------------------|-------------------------------|-------|
| | | conocimiento_ debajo de la media | conocimiento por encima media | |
| < 30 AÑOS | | 5 | 7 | 12 |
| 30 A 39 AÑOS | | 7 | 6 | 13 |
| 40 A 49 AÑOS | | 1 | 1 | 2 |
| 50 A 60 AÑOS | | 0 | 1 | 1 |
| Total | | 13 | 15 | 28 |

Fuente: Base de datos de la investigación.

**GRÁFICO 5.1.3.
CONTINGENCIA DE CONOCIMIENTO SEGÚN EDAD**



En la tabla 5.1.3 y gráfico 5.1.3 se observa que predomina el nivel de conocimiento por encima de la media cuando el profesional de enfermería es menor de 30 años.

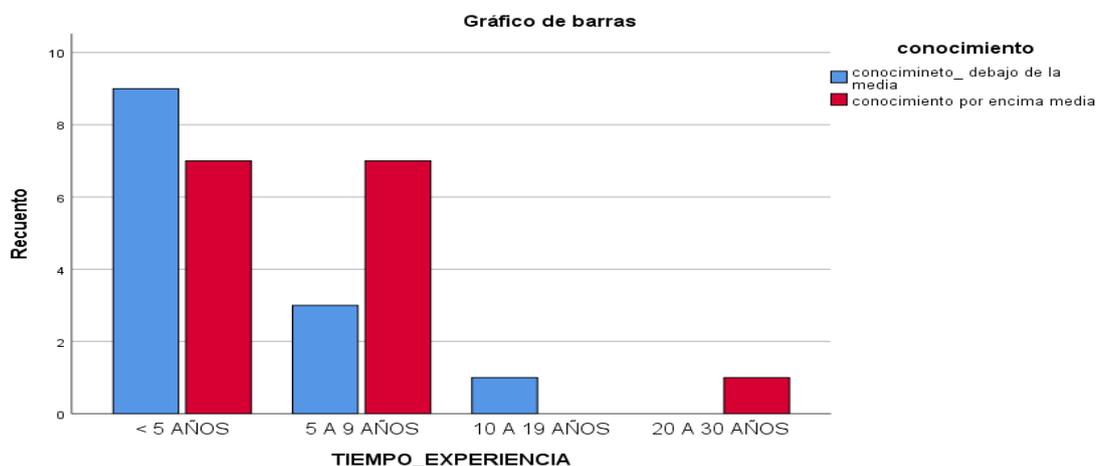
**TABLA 5.1.4.
CONTINGENCIA DE CONOCIMIENTO SEGÚN TIEMPO DE EXPERIENCIA**

Tabla cruzada TIEMPO_EXPERIENCIA*conocimiento

| | | conocimiento | | Total |
|--------------------|--------------|---------------------------------|-------------------------------|-------|
| | | Conocimiento debajo de la media | conocimiento por encima media | |
| TIEMPO_EXPERIENCIA | < 5 AÑOS | 9 | 7 | 16 |
| | 5 A 9 AÑOS | 3 | 7 | 10 |
| | 10 A 19 AÑOS | 1 | 0 | 1 |
| | 20 A 30 AÑOS | 0 | 1 | 1 |
| Total | | 13 | 15 | 28 |

Fuente: Base de datos de la investigación.

GRÁFICO 5.1.4.
CONTINGENCIA DE CONOCIMIENTO SEGÚN TIEMPO DE EXPERIENCIA



En la tabla 5.1.4. y gráfico 5.1.4, se observa que predomina el nivel de conocimiento por encima de la media cuando el tiempo de experiencia es menor de 5 años.

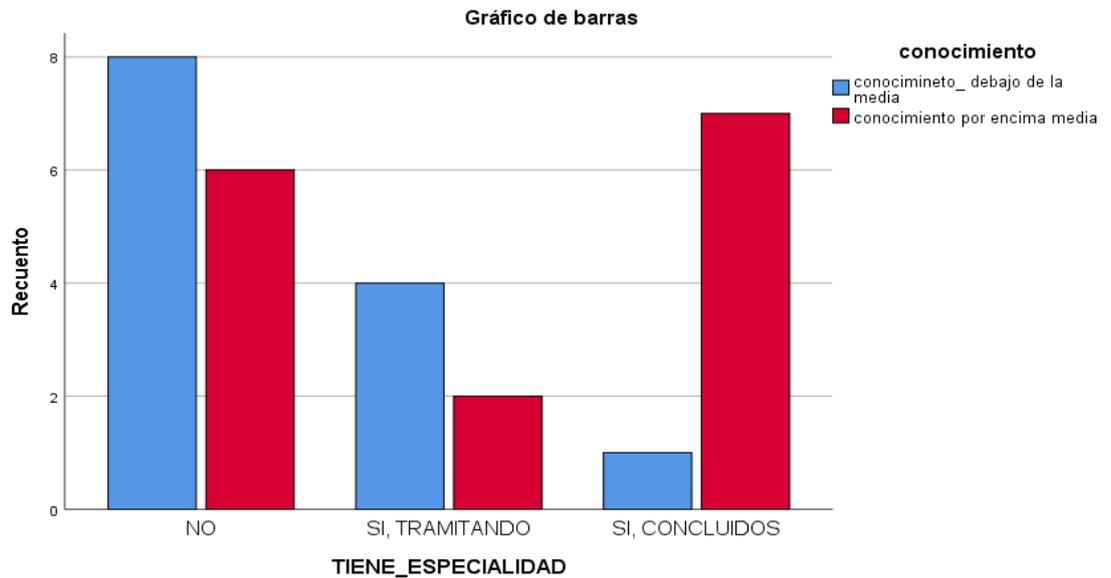
TABLA 5.1.5
CONTINGENCIA DE CONOCIMIENTO SEGÚN ESPECIALIDAD

Tabla cruzada TIENE_ESPECIALIDAD*conocimiento

| | | conocimiento | | Total |
|--------------------|----------------|---------------------------------|-------------------------------------|-------|
| | | Conocimiento debajo de la media | conocimiento por encima de la media | |
| TIENE ESPECIALIDAD | NO | 8 | 6 | 14 |
| | SI, TRAMITANDO | 4 | 2 | 6 |
| | SI, CONCLUIDOS | 1 | 7 | 8 |
| Total | | 13 | 15 | 28 |

Fuente: Base de datos de la investigación.

GRÁFICO 5.1.5
CONTINGENCIA DE CONOCIMIENTO SEGÚN ESPECIALIDAD



En la tabla 5.1.5. y el gráfico 5.1.5. se observa que predomina el nivel de conocimiento por encima de la media cuando tienen especialidad concluida y tramitadas.

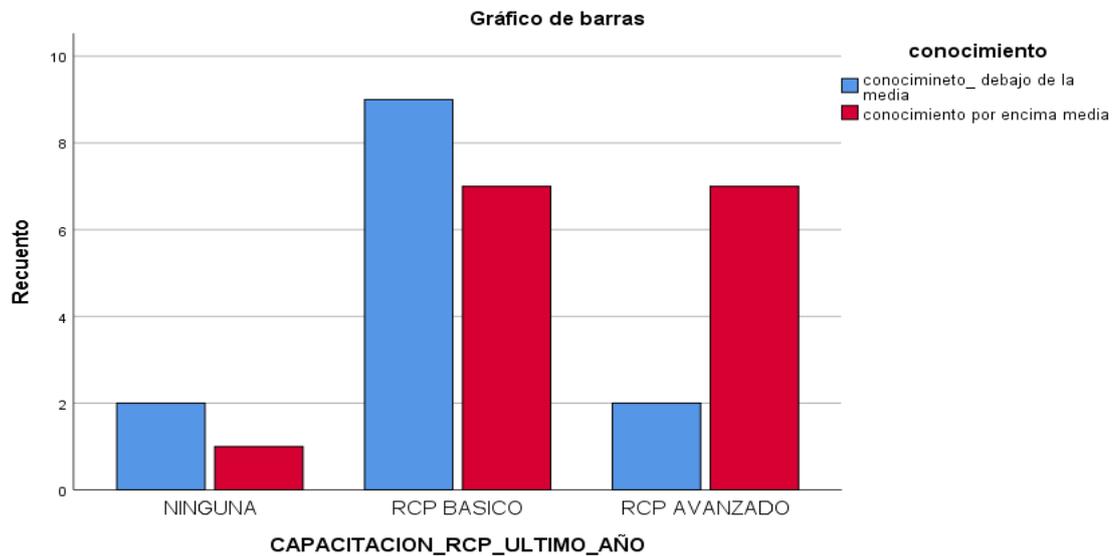
TABLA 5.1.6
CONTINGENCIA DE CONOCIMIENTO SEGÚN CAPACITACIÓN DE RCP EN EL ÚLTIMO AÑO

Tabla cruzada CAPACITACION RCP ULTIMO AÑO*conocimiento

| | | conocimiento | | Total |
|-----------------------------|--------------|---------------------------------|-------------------------------|-------|
| | | Conocimiento debajo de la media | conocimiento por encima media | |
| CAPACITACION RCP ULTIMO AÑO | NINGUNA | 2 | 1 | 3 |
| | RCP BASICO | 9 | 7 | 16 |
| | RCP AVANZADO | 2 | 7 | 9 |
| Total | | 13 | 15 | 28 |

Fuente: Base de datos de la investigación.

GRÁFICO 5.1.6
CONTINGENCIA DE CONOCIMIENTO SEGÚN CAPACITACIÓN DE RCP EN EL ÚLTIMO AÑO



En la tabla 5.1.6 y gráfico 5.1.6 se observa que predomina el nivel de conocimiento por encima de la media cuando han recibido capacitación de RCP en el último año (Ya sea RCP básico o avanzado).

TABLA 5.1.7.
CONTINGENCIA DE CONOCIMIENTO SEGÚN SITUACIONES REALES DE RCP

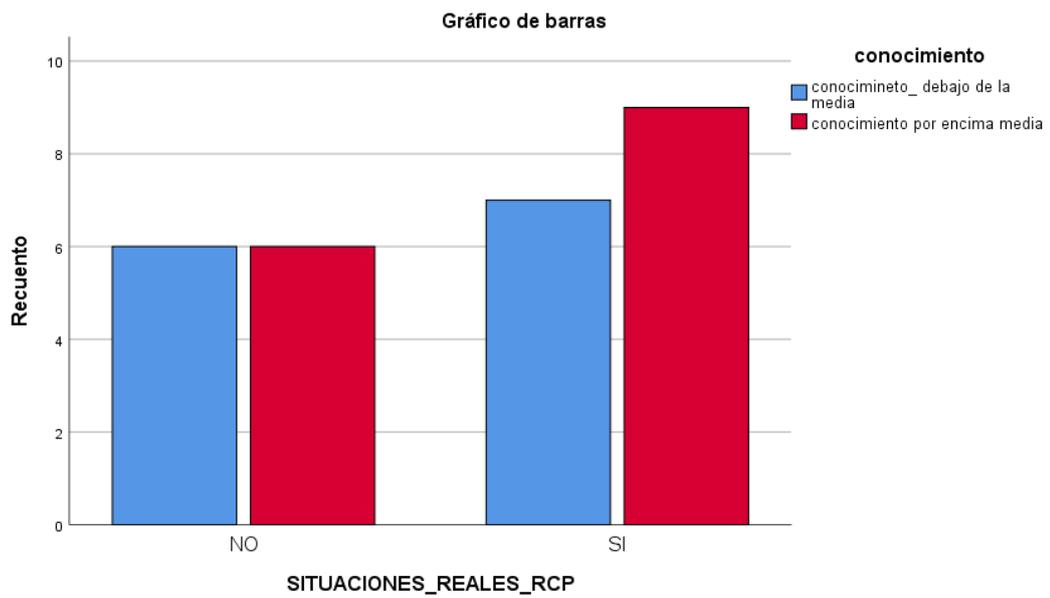
Tabla cruzada SITUACIONES_REALES_RCP*conocimiento

| | | conocimiento | | Total |
|-------------------------|----|-----------------------------------|-------------------------------|-------|
| | | Conocimiento _ debajo de la media | conocimiento por encima media | |
| SITUACIONES_REALES_R CP | NO | 6 | 6 | 12 |
| | SI | 7 | 9 | 16 |
| Total | | 13 | 15 | 28 |

Fuente: Base de datos de la investigación.

GRAFICO 5.1.7.

CONTINGENCIA DE CONOCIMIENTO SEGÚN SITUACIONES REALES DE RCP



En la tabla 5.1.7 y gráfico 5.1.7 se observa que predomina el nivel de conocimiento por encima de la media cuando han participado en situaciones reales de RCP.

5.2 Resultados Inferenciales

5.2.1 Análisis de asociación entre género y el conocimiento

TABLA 5.2.1.
ASOCIACION ENTRE GENERO Y EL CONOCIMIENTO

| | Valor | Df | Significació n asintótica (bilateral) | Significació n exacta (bilateral) | Significaci ón exacta (unilateral) |
|---------------------------------|-------|----|---|---|--|
| Chi-cuadrado de Pearson | ,057a | 1 | ,811 | | |
| Corrección de continuidadb | ,000 | 1 | 1,000 | | |
| Razón de verosimilitud | ,057 | 1 | ,811 | | |
| Prueba exacta de Fisher | | | | 1,000 | ,569 |
| Asociación lineal por lineal | ,055 | 1 | ,814 | | |
| N de casos válidos | 28 | | | | |

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,71.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: Base de datos de la investigación.

No existe asociación entre el género y el conocimiento, porque la significación asintótica es $p=0,811$ y es mayor a 0.05.

5.2.2 Análisis de asociación entre edad y el conocimiento

TABLA 5.2.2
ASOCIACION ENTRE EDAD Y EL CONOCIMIENTO

| | Valor | df | Significación asintótica (bilateral) |
|------------------------------|--------|----|--------------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 1,274a | 3 | ,735 |
| Razón de verosimilitud | 1,655 | 3 | ,647 |
| Asociación lineal por lineal | ,020 | 1 | ,887 |
| N de casos válidos | 28 | | |

a. 4 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,46.

Fuente: Base de datos de la investigación.

No existe asociación entre el edad y el conocimiento porque la significación asintótica es $p=0.735$ y es mayor a 0.05.

5.2.3 Análisis de asociación entre tiempo de experiencia y el conocimiento

TABLA 5.2.3
ASOCIACION ENTRE TIEMPO DE EXPERIENCIA Y EL CONOCIMIENTO

| | Valor | df | Significación asintótica (bilateral) |
|------------------------------|--------|----|--------------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 3,726a | 3 | ,293 |
| Razón de verosimilitud | 4,526 | 3 | ,210 |
| Asociación lineal por lineal | 1,000 | 1 | ,317 |
| N de casos válidos | 28 | | |

a. 5 casillas (62,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,46.

Fuente: Base de datos de la investigación.

No existe asociación entre el tiempo de experiencia y el conocimiento, porque la significación asintótica es $p=0,293$ y es mayor a 0.05

5.2.4 Análisis de asociación entre especialidad y el conocimiento

TABLA 5.2.4
ASOCIACION ENTRE ESPECIALIDAD Y EL CONOCIMIENTO

| | Valor | df | Significación asintótica (bilateral) |
|------------------------------|--------|----|---|
| Chi-cuadrado de Pearson | 5,337a | 2 | ,069 |
| Razón de verosimilitud | 5,885 | 2 | ,053 |
| Asociación lineal por lineal | 3,324 | 1 | ,068 |
| N de casos válidos | 28 | | |

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,79.

Fuente: Base de datos de la investigación

No existe asociación entre especialidad y el conocimiento, porque la significación asintótica es $p=0,069$ y es mayor a 0.05

5.2.5 Análisis de asociación entre capacitación de RCP en el último año y el conocimiento

TABLA 5.2.5.
ASOCIACION ENTRE CAPACITACION DE RCP EN EL ULTIMO AÑO Y EL CONOCIMIENTO

| | Valor | df | Significación asintótica (bilateral) |
|------------------------------|--------|----|---|
| Chi-cuadrado de Pearson | 3,235a | 2 | ,198 |
| Razón de verosimilitud | 3,389 | 2 | ,184 |
| Asociación lineal por lineal | 2,808 | 1 | ,094 |
| N de casos válidos | 28 | | |

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,39.

Fuente: Base de datos de la investigación.

No existe asociación entre capacitación de RCP en el último año y el conocimiento, porque la significación asintótica es $p=0,198$ y es mayor a 0.05

5.2.6 Análisis de asociación entre situaciones reales de RCP y el conocimiento

**TABLA 5.2.6.
ASOCIACION ENTRE SITUACIONES REALES DE RCP Y EL
CONOCIMIENTO**

| | Valor | df | Significación asintótica (bilateral) | Significació n exacta (bilateral) | Significación exacta (unilateral) |
|------------------------------|-------|----|--|---|---|
| Chi-cuadrado de Pearson | ,108a | 1 | ,743 | | |
| Corrección de continuidad | ,000 | 1 | 1,000 | | |
| Razón de verosimilitud | ,108 | 1 | ,743 | | |
| Prueba exacta de Fisher | | | | 1,000 | ,521 |
| Asociación lineal por lineal | ,104 | 1 | ,747 | | |
| N de casos válidos | 28 | | | | |

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,57.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: Base de datos de la investigación.

No existe asociación entre situaciones reales de RCP y el conocimiento, porque la significación asintótica es $p=,743$ y es mayor a 0.05,

VI. DISCUSION DE RESULTADOS

6.1 Contrastación de la hipótesis

Este apartado tiene el propósito de presentar el proceso que conduce a la demostración de la hipótesis en la investigación.

PRUEBA DE HIPÓTESIS

A continuación, se realiza la prueba de la hipótesis general planteada.

Pasos para la prueba de hipótesis Chi cuadrado (Hipótesis general)

Paso 1. Tablas de contingencia (datos)

Para contrastar ésta hipótesis se han elaborado las tablas de contingencia (capítulo V de resultados) con todos los factores sociodemográficos y educativos en asociación con el conocimiento de RCP básico en el profesional de enfermería en el servicio de emergencia en HNDAC.

Paso 2. Formulación de la hipótesis H_0 y H_1 .

H_0 : No existe asociación entre los factores y el conocimiento de RCP básico en el profesional de enfermería en el servicio de emergencia en HNDAC

H_1 : Existe asociación entre los factores y el conocimiento de RCP básico en el profesional de enfermería en el servicio de emergencia en HNDAC

Paso 3. Suposiciones: La muestra es una muestra aleatoria simple.

Paso 4. Estadística de prueba: La estadística de prueba es:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^l \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

Paso 5. Distribución de la estadística de prueba:

Cuando **H₀** es verdadera, χ^2 sigue una distribución aproximada de Chi cuadrado, la cual se ubica en la tabla χ^2 , para $\alpha = 0.05$ y su respectivo grado de libertad.

Paso 6. Regla de decisión: Rechazar hipótesis nula (**H₀**) si el valor de χ^2 calculado es mayor o igual a de χ^2 tabulado.

Paso 7. Decisión estadística: Para cada factor sociocultural se procede a comprobar la hipótesis nula (**H₀**).

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

- **Edad asociado al conocimiento de RCP básico**
La significación asintótica es $p=0.735$ y es mayor a 0.05, se procede a no rechazar la hipótesis nula (**H₀**).
- **Género asociado al conocimiento de RCP básico**
La significación asintótica es $p=0,811$ y es mayor a 0.05, se procede a no rechazar la hipótesis nula (**H₀**).

FACTORES LABORALES

- **Tiempo de experiencia asociado al conocimiento de RCP básico**
La significación asintótica es $p=0,293$ y es mayor a 0.05, se procede a no rechazar la hipótesis nula (**H₀**).

- **Especialidad al conocimiento de RCP básico**
La significación asintótica es $p=0,069$ y es mayor a 0.05, se procede a no rechazar la hipótesis nula (**Ho**).
- **Capacitación de RCP en el último año asociado al conocimiento de RCP básico**
La significación asintótica es $p=0,198$ y es mayor a 0.05, se procede a no rechazar la hipótesis nula (**Ho**).
- **Situaciones reales de RCP asociado al conocimiento de RCP básico**
La significación asintótica es $p=,743$ y es mayor a 0.05, se procede a no rechazar la hipótesis nula (**Ho**).

Paso 9. Conclusiones:

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

- No existe asociación entre la edad y el conocimiento de RCP básico
- No existe asociación entre el género y el conocimiento de RCP básico

FACTORES EDUCATIVOS

- No existe asociación entre el tiempo de experiencia y el conocimiento de RCP básico
- No existe asociación entre tener especialidad y el conocimiento de RCP básico
- No existe asociación entre tener capacitación de RCP en el último año y el conocimiento de RCP básico
- No existe asociación entre haber participado en situaciones reales de RCP y el conocimiento de RCP básico

6.2 Contrastación de los resultados con estudios similares

En la investigación de Aranzábal G. et. Al. (2016), en su estudio “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.

Obteniendo los siguientes 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% desaprobaron el test de RCP. Estuvo asociado a tener un buen conocimiento de RCP el pasar una mayor cantidad de horas en el servicio de emergencias, el ser médico o el ser enfermera, ajustado por el haber llevado previamente un curso de RCP y la sede de encuestado.

Contrastando con nuestros resultados obtenidos llegamos a la conclusión que no hay factor asociado al conocimiento en cuanto a la edad es relativo, el conocimiento no depende de la edad, sexo, etc., más si de las capacitaciones recibidas cada año y de la preparación educativa.

6.3 Responsabilidad ética

La responsabilidad revela el carácter ético de cada persona, es un acto enteramente voluntario que nos lleva, por un lado, a más respeto, más transparencia y más cordialidad hacia los demás. Es por eso que esta investigación en todo el proceso hasta llegar al final de los resultados siempre guardo la transparencia y confidencialidad.

CONCLUSIONES

- A. Los factores sociodemográficos y educativos no están asociados al conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico en el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del hospital Daniel Alcides Carrión.
- B. Los factores sociodemográficos como edad y sexo no están asociados al conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico en el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides.
- C. Los factores educativos como tiempo de experiencia, tener especialidad, capacitaciones de RCP en el último año y situaciones reales de RCP no están asociados al conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico en el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides.
- D. El nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico en el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión, tienen un conocimiento por encima de la media.

RECOMENDACIONES

En base a las conclusiones se ha creído conveniente señalar las siguientes recomendaciones:

1. De acuerdo a los resultados de la investigación, queda evidente la necesidad de realizar cursos de capacitación teórico - prácticos de actualización para el personal de salud sobre Reanimación Cardiopulmonar con práctica en maniqués, de manera que mejore sus conocimientos y prácticas, consecuentemente mejoren su desempeño con la finalidad de contribuir a la sobre-vida de los pacientes que presentan paro cardiorrespiratorio.
2. Lograr una capacitación adecuada del personal requiere contar con recursos humanos y materiales suficientes, por tal motivo se recomienda formar grupos de médicos y enfermeras capacitados y certificados por el curso acreditado por la American Heart Association y ellos a su vez apoyen como instructores institucionales siendo responsables de la evaluación y talleres de RCP básico y avanzado al personal.
3. La elaboración de protocolos de atención del paciente con paro respiratorio, que permitan al personal del servicio de emergencia actuar adecuadamente, siguiendo las pautas de la AHA.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gempeler R. Reanimación cardiopulmonar. Más allá de la técnica. *Rev Colomb Anesthesiol*. 2015;43:142–6
2. Field JM, Hazinski MF, Sayre MR, Chameides L, Schexnayder SM, Hemphill R, et al. Part 1: Executive Summary: [2010] American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2010
3. Avisar L, Shiyovich A, Aharonson-Daniel L, Neshet L. Cardiopulmonary resuscitation skills retention and self-confidence of preclinical medical students. *Isr Med Assoc J IMAJ*. 2013; 15:622–7.
4. Field JM, Hazinski MF, Sayre MR, Chameides L, Schexnayder SM, Hemphill R, et al. Part 1: Executive Summary: [2010] American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2010
5. Vigo-Ramos J. Muerte súbita y emergencias cardiovasculares: problemática actual. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2008; 25:233–6.
6. Organización mundial de la salud. Estimaciones de salud Global 2016: Muertes por causa, edad, sexo, por país y por región, 2000-2016. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
7. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos 2016 – situación de la salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2016.
Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31288>

8. Aranzábal G, Verastegui A, Quiñones D, Quintana L, Vílchez J, Espejo C, et al. Revista colombiana anestesiología. Investigación científica y tecnológica, Factores asociados al nivel de conocimiento en reanimación cardiopulmonar en hospitales del Perú, 2017.
9. Vigo-Ramos J. Muerte súbita y emergencias cardiovasculares: problemática actual. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2008; 25:233–6.
Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342008000200014
10. Field JM, Hazinski MF, Sayre MR, Chameides L, Schexnayder SM, Hemphill R, et al. Part 1: Executive Summary: [2010] American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2010
11. Avisar L, Shiyovich A, Aharonson-Daniel L, Neshet L. Cardiopulmonary resuscitation skills retention and self-confidence of preclinical medical students. Isr Med Assoc J IMAJ. 2013; 15:622–7.
12. De Asmundis C, Brugada P. Epidemiología de la muerte súbita cardíaca. Rev Esp Cardiol Supl. 2013; 13:2–6.
13. Meaney PA, Bentley JB, Mancini ME, Christenson J, de Caen AR, Bhanji F, et al. Calidad de la reanimación cardiopulmonar: mejora de los resultados de la reanimación cardíaca intra y extrahospitalaria. Circulation. 2013; 128:417–35.
14. Gelpi F. Aspectos destacados de la actualización de las Guías de AHA para RCP y ACE del 2015.
Disponible en:
<https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Spanish.pdf>

15. Aranzábal G, Verastegui A, Quiñones D, Quintana L, Vílchez J, Espejo C, et al. Revista colombiana anestesiología. Investigación científica y tecnológica, Factores asociados al nivel de conocimiento en reanimación cardiopulmonar en hospitales del Perú, 2017.
16. Nodal P, López J. Paro cardiorrespiratorio. Cuba. 2006. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932006000300019
17. O'Connor R. Paro cardíaco. Estados Unidos. 2017. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/cuidados-cr%C3%ADticos/paro-card%C3%ADaco-y-rcp/paro-card%C3%ADaco>
18. Falcon M. Nivel de conocimiento sobre RCP del enfermero de la segunda especialidad en enfermería. 2015. Perú. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4133/Falcon_am.pdf?sequence=1
19. Ochoa P, Huamani C. Nivel de conocimientos y habilidades sobre reanimación cardiopulmonar de las enfermeras del sistema de atención móvil de urgencias SAMU. Perú. 2017. Disponible en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1383/Nivel_OchoaPalomino_Percy.pdf?sequence=1&isAllowed=y
20. Chen M. Paro cardíaco. Estados Unidos. 2018. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007640.htm>

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

“FACTORES ASOCIADOS AL CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICO EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION CALLAO, 2020”

| PROBLEMA GENERAL | OBJETIVO GENERAL | HIPOTESIS | VARIABLES | METODOLOGIA |
|---|---|---|---|---|
| ¿Cuáles son los factores asociados al conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico en el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del hospital Daniel Alcides Carrión Callao, 2020? | Determinar los factores asociados al conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico en el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del hospital Daniel Alcides Carrión Callao, 2020 | H0: Los factores no están asociados al conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico en el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del hospital Daniel Alcides Carrión, 2020. | <p>Variable 1. Factores asociados.</p> <p>Definición: Se conoce como factor cada una de las cantidades o expresiones que pueden multiplicarse para formar un producto. Es decir, la multiplicación de estos factores da como resultado el número u objeto original.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad - Sexo - Estudios especializados - Capacitaciones sobre RCP - Tiempo de experiencia laboral - Participación real en RCP. | <p style="text-align: center;">Tipo de Estudio Correlacional y de enfoque cuantitativa.</p> <p style="text-align: center;">Diseño: No experimental de corte transversal.</p> <p style="text-align: center;">Área de estudios: Hospital Daniel Alcides Carrión del callao</p> <p style="text-align: center;">Instrumento: Cuestionario Especificar validez y confiabilidad</p> |
| PROBLEMAS ESPECIFICOS | OBJETIVOS ESPECIFICOS | | | |
| ¿Cuáles son los factores asociados: socio-educativos sobre el RCP básico en el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del hospital Daniel Alcides Carrión Callao, 2020? | Identificar los factores asociados : socio-educativos sobre el RCP básico en el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del hospital Daniel Alcides Carrión Callao, 2020 | | | |
| ¿Cuál es el conocimiento sobre RCP básico en el profesional de enfermería en el servicio de | Identificar el conocimiento sobre RCP básico en el profesional de enfermería en el servicio de | | | |

| | | | | |
|---|--|--|---|--|
| <p>emergencia del hospital Daniel Alcides Carrión Callao, 2020?</p> | <p>emergencia del hospital Daniel Alcides Carrión Callao, 2020</p> | | <p>Variable 2. Conocimiento sobre RCP básico. Definición: Conjunto de información recopilada sobre reanimación cardiopulmonar básica que permitirán restablecer las funciones vitales frente al paro cardiorrespiratorio.</p> | |
| | | | <p>Dimensiones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificación de Paro cardiorrespiratorio y condiciones para RCP 2. Aplicación de compresiones torácicas 3. Manejo de la vía aérea 4. Ventilación 5. Desfibrilación temprana | |

ANEXO 2
CUESTIONARIO ADAPTADO Y VALIDADO DEL ESTUDIO
REALIZADO POR REYES MORAN I. (UNMSM, 2017)

I. PRESENTACION:

El presente estudio de investigación tiene por finalidad obtener información acerca de los conocimientos que tiene el personal de salud sobre Reanimación Cardiopulmonar básico en el adulto.

Agradezco anticipadamente su gentil colaboración para el logro de los fines del presente trabajo y solicito que sus respuestas sean lo más veraces y sinceras. La encuesta es de carácter individual, anónimo y confidencial; ya que sus respuestas solo se van a utilizar para el estudio de investigación.

II. INSTRUCCIONES:

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

III. DATOS GENERALES:

1. Sexo:
Femenino () Masculino ()
2. Edad: _____ (años)
3. Tiempo de experiencia laboral: _____ (años)
4. Tiempo de experiencia laboral en el servicio de emergencias del HNDAC: _____ (años)
5. ¿Cuánta con especialidad de emergencias y desastres?
Si, estudios concluidos () Si, tramitando () NO ()
6. Tiene capacitaciones sobre RCP en el último año:
RCP Básico () RCP Avanzado () Ninguna ()

7. Si su respuesta fue SI ¿En qué institución recibió su capacitación?
 Servicio de emerg. del HNDAC ()
 En otra dependencia del HNDAC ()
 En otra institución () No participe de ningún curso de RCP ()
8. Si su respuesta fue Si ¿Quién solvento los gastos para su capacitación?
 Financiado por HNDAC () Autofinanciado () No participe de ningún curso de RCP ()
9. Si su respuesta fue Si ¿De qué tipo fue la última capacitación sobre RCP?
 Curso teórico: Seminario – conferencia () Curso teórico – práctico: Taller No participe de ningún curso de RCP ()
10. Ha participado en maniobras de RCP en situaciones reales (En los últimos 3 meses:
 SI () NO ()
11. De haber participado en situaciones reales de RCP ¿Cómo considera que ha sido su desempeño?
 Excelente () Muy bueno () Bueno () Regular () Deficiente
 No he participado en maniobras de RCP en los últimos 3 meses ()
 ¿Ud. ¿Tiene motivación por perfeccionar y actualizar sus competencias en RCP? ()
 Alta motivación () Moderación motivación () Baja motivación ()
 Ninguna motivación ()

IV. DATOS ESPECIFICOS:

1. Se considera paro cardiorespiratorio cuando hay:
- Cese brusco de la función del corazón y de la respiración
 - Piel pálida, sudoración fría y dolor precordial
 - Pérdida del conocimiento y disminución de la respiración
 - Cianosis central y periférica

2. El Paro Cardiorespiratorio se reconoce por los siguientes signos y síntomas:
 - a. No respira o lo hace con dificultad (jadea o boquea)
 - b. No responde a ningún estímulo
 - c. No hay pulso tomado en 10 segundos o menos
 - d. Todas son correctas

3. ¿Cuál son los tipos de Paro Cardiorespiratorio?
 - a. Fibrilación ventricular, Asistolia y Actividad eléctrica sin pulso.
 - b. Isquemia o infarto del miocardio
 - c. Accidente cerebral vascular
 - d. Ninguno

4. La cadena de supervivencia extrahospitalario incluye:
 - a. Desfibrilar, activar el sistema de emergencia, dar compresiones, soporte avanzado y cuidados post paro.
 - b. Cuidados post paro, soporte avanzado, desfibrilar, RCP precoz y reconocer el paro.
 - c. Reconocer el paro cardiorespiratorio, brindar RCP precoz, desfibrilación, soporte avanzado, cuidados post paro.
 - d. Vigilancia y prevención, reconocimiento y activación del sistema de emergencia, RCP de calidad, desfibrilación, soporte avanzado y cuidados post paro.

5. La secuencia de RCP básico, según Las Guías de la AHA de 2015:
 - a. A-B-C (vía aérea, respiración, compresiones torácicas)
 - b. C-A-B-D (compresiones torácicas, vía aérea, respiración, desfibrilación)
 - c. C-B-A (compresiones torácicas, respiración, vía aérea)
 - d. A-C-B (vía aérea, compresiones torácicas, respiración)

6. La frecuencia de compresiones torácicas en el adulto recomendada por la AHA 2015 es:
 - a. Menos de 100 por minuto.
 - b. Al menos 100 por minuto.
 - c. Entre 100 a 120 por minuto.
 - d. De 80 a 100

7. La profundidad de las compresiones torácicas en un adulto debe ser:
 - a. Por lo menos 2 pulgadas (5 centímetros).
 - b. 1 ½ pulgada (4 centímetros).
 - c. Por lo menos 3 pulgadas (7 centímetros).
 - d. Por lo menos 4 pulgadas (10 centímetros).

8. La relación de compresiones torácicas/ventilaciones en adultos cuando hay un reanimador es:
 - a. 10/1
 - b. 30/1
 - c. 30/2
 - d. 15/2

9. Según la AHA, la RCP de alta calidad se caracteriza por:
 - a. Aplicar las compresiones lo más rápido posible y las ventilaciones en una relación de 30:2
 - b. Compresiones torácicas adecuadas, con ventilaciones en una relación de 15:2
 - c. Compresiones torácicas adecuadas, permitiendo la descompresión torácica, reduciendo al mínimo las interrupciones y evitando ventilaciones excesivas
 - d. Ventilaciones y compresiones adecuadas en frecuencia y profundidad

10. La permeabilización de la vía aérea en un paciente inconsciente sin lesión cervical, se realiza mediante:
- Maniobra de “tracción mandibular”
 - Colocación de tubo orofaríngeo
 - Lateralización de la cabeza
 - Maniobra “frente – mentón”
11. La técnica usada para la permeabilización de la vía aérea en una víctima que ha sufrido traumatismo cervical es:
- Maniobra frente – mentón
 - Maniobra de “tracción mandibular”
 - Barrido con el dedo de cuerpos extraños
 - Hiperextensión del cuello
12. En caso de realizar la ventilación durante la RCP con un dispositivo avanzado para la vía aérea (AMBU), el profesional debe administrar:
- 2 ventilaciones cada 6 segundos (20 ventilaciones por minuto)
 - 1 ventilación cada 6 segundos (10 ventilaciones por minuto)
 - 1 ventilación cada 2 segundos (30 ventilaciones por minuto)
 - 1 ventilación cada segundo (60 ventilaciones por minuto)
13. Los casos en que se debe desfibrilar:
- Taquicardia auricular y bloqueo AV
 - Taquicardia ventricular sin pulso y fibrilación ventricular
 - Actividad eléctrica sin pulso
 - Fibrilación auricular y asistolia
14. Si se cuenta con un desfibrilador externo automático y se desconoce el tipo de onda bifásica, la dosis de descarga a aplicar es de:
- 300 joules
 - 250 joules
 - 200 joules
 - 150 joules

15. Al momento de activar la descarga del desfibrilador, el reanimador debe:

- a. Evaluar el pulso y las respiraciones de la víctima
- b. Continuar con las compresiones torácicas mientras se da la descarga
- c. No tocar a la víctima
- d. Colocar a la víctima en posición lateral

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**TITULO: FACTORES ASOCIADOS AL CONOCIMIENTO SOBRE
REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICO EN EL PROFESIONAL DE
ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DANIEL
ALCIDES CARRION CALLAO, 2020**

AUTORAS:

Br. PEÑA, K

Br. RODRIGUEZ, K

Br. SEVERINO S.

PROPÓSITO:

Determinar los factores asociados al conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico en el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del hospital Daniel Alcides Carrión Callao, 2020

Yo,..... acepto participar voluntariamente en el presente estudio, señalo conocer el propósito de la investigación. Mi participación consiste en responder con veracidad y de forma oral a las preguntas planteadas.

La investigadora se compromete a guardar la confidencialidad y anonimato de los datos, los resultados se informarán de modo general, guardando en reserva la identidad de los adultos mayores entrevistados.

Por lo cual autorizo mi participación firmando el presente documento.

FIRMA