

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



**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR  
ADULTO EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE  
EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO  
QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANCAYO, 2017**

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

**AUTORES:**

**NOHELIA RUBILA ANCO URRIBARRI.**

**FLOR NILDA DÍAZ OLARTE.**

**ENMA LUZ MAYTA SANTOS.**

**Callao, 2017**

**PERÚ**



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- DR. JUAN BAUTISTA NUNURA CHULLY PRESIDENTE
- MG. LUZ CHAVELA DE LA TORRE GUZMÁN SECRETARIA
- LIC. ESP. CARMEN OLGA MALPICA CHIHUA VOCAL

**ASESORA:** DRA. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO

Nº de Libro: 02

Nº de Acta: 201-2017

Fecha de Aprobación de tesis: 14/11/2017

Resolución de Decanato N° 3250-2017-D/FCS de fecha 27 de Octubre del 2017, donde se designa jurado examinador de tesis para la obtención del título de segunda especialidad profesional.

## **DEDICATORIA**

A mis padres Raúl y Rubila y hermanos quienes me apoyan y alientan, contribuyendo incansablemente al logro de mis metas y objetivos propuestos; por darme su ejemplo, perseverancia y fuerza que me impulsa a conseguirlas.

**ANCO URRIBARRI, NOHELIA RUBILA**

Dedico este trabajo a Dios, por darme la vida. A mis padres y a la presencia del Altísimo, quien permanentemente me apoyan, estimulándome constantemente para alcanzar mis metas y objetivos propuestos.

**DIAZ OLARTE, FLOR NILDA**

A Dios todo poderoso que me dio sabiduría, conocimiento y paciencia para culminar con éxito. A mis padres, esposo y profesores por su abnegado sacrificio y apoyo incondicional; quienes me orientaron para el trabajo de investigación.

**MAYTA SANTOS, ENMA LUZ**

## **AGRADECIMIENTO**

Expresamos nuestro profundo agradecimiento a la enfermera jefa del departamento de enfermería, las enfermeras del servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión-Huancayo, personal administrativa y directiva quienes colaboraron activamente durante la etapa de ejecución del trabajo de investigación.

Nuestra gratitud a la Dra. Angélica Díaz Tinoco, por su apoyo en el desarrollo del trabajo; de igual manera a todas las compañeras de estudio y aquellas personas quienes nos apoyaron de diferentes formas para mejorar el contenido y enriquecer así las etapas de la investigación.

Finalmente expresamos nuestro agradecimiento a nuestros padres, hermanos y colegas por su apoyo incondicional y comprensión ya que sin ellos no sería posible la realización del presente trabajo de investigación, a todos ellos muchas gracias.

**LAS AUTORAS**

## INDICE

	<b>Pág.</b>
<b>RESUMEN</b>	5
<b>ABSTRACT</b>	6
<b>CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>7</b>
1.1. Identificación del problema	7
1.2. Formulación del problema	12
1.3. Objetivos de la Investigación: General y específico	14
1.4. Justificación	15
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>19</b>
2.1. Antecedente del estudio	19
2.2. Bases Epistémicas	28
2.3. Bases Culturales	30
2.4. Bases Científicas	31
2.5. Generalidades	33
2.6. Definición de términos básicos	63
<b>CAPITULO III: VARIABLES E HIPÓTESIS</b>	<b>66</b>
3.1. Definición de las variables	66
3.2. Operacionalización de variables	67
3.3. Hipótesis general e Hipótesis Específicas	69
<b>CAPITULO IV: METODOLOGÍA</b>	<b>70</b>
4.1. Tipo de Investigación	70
4.2. Diseño de la investigación	70
4.3. Población y muestra	71
4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	72

4.5. Procedimientos de recolección de datos	72
4.6. Procesamiento estadístico y análisis de datos	73
<b>CAPITULO V: RESULTADOS</b>	<b>75</b>
<b>CAPITULO VI: DISCUSION DE RESULTADOS</b>	<b>89</b>
6.1. Contratación de hipótesis con los resultados	89
6.2. Contratación de resultados con otros estudios similares	92
<b>CAPITULO VII: CONCLUSIONES</b>	<b>96</b>
<b>CAPITULO VIII: RECOMENDACIONES</b>	<b>98</b>
<b>CAPITULO IX: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>99</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>104</b>
· <b>Matriz de Consistencia</b>	
· <b>Otros anexos necesarios para respaldo de la investigación.</b>	

## ÍNDICE DE TABLAS

	PÁG
<b>TABLA N° 5.1. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR ADULTO EN LA VALORACIÓN INICIAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO DANIEL ALCIDES CARRION - HUANCAYO, 2017.</b>	76
<b>TABLA N° 5.2. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR ADULTO EN COMPRESIONES TORACICAS EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO DANIEL ALCIDES CARRION - HUANCAYO, 2017.</b>	78
<b>TABLA N° 5.3. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR ADULTO EN LA APERTURA DE LAS VIAS AEREAS EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO DANIEL ALCIDES CARRION - HUANCAYO, 2017.</b>	80



<b>TABLA N° 5.4. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN</b>	<b>82</b>
<b>CARDIOPULMONAR ADULTO EN LA RESPIRACION EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO DANIEL ALCIDES CARRION - HUANCAYO, 2017.</b>	
<b>TABLA N° 5.5. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN</b>	<b>84</b>
<b>CARDIOPULMONAR ADULTO EN ADMINISTRACION DE FARMACOS EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO DANIEL ALCIDES CARRION - HUANCAYO, 2017.</b>	
<b>TABLA N° 5.6. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN</b>	<b>86</b>
<b>CARDIOPULMONAR ADULTO EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO DANIEL ALCIDES CARRION - HUANCAYO, 2017.</b>	

# CAPITULO I

## PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION

### 1.1. IDENTIFICACION DEL PROBLEMA:

En los últimos años en todo el mundo se registran cada año más de 135 millones de fallecimientos por causas cardiovasculares y la prevalencia va en aumento convirtiéndose en uno de los problemas. Las cifras de la OMS señalan que entre 2013 y 2014 han fallecido 36 millones de personas en el mundo por ataques al corazón y que el 98 % de casos de muerte súbita se produce fuera de los hospitales. La incidencia del paro cardíaco extrahospitalario está comprendida entre 20 y 140 por 100 000 personas y la supervivencia oscila entre el 2 % y el 11 %. Más de la mitad de los sobrevivientes tienen varios grados de daño cerebral y a veces muchas de las víctimas no llegan vivas a los hospitales. Por otro lado los paros cardiorespiratorios intrahospitalarios tienen ligeramente mejores resultados que aquellos extrahospitalarios, con restauración de la circulación en 44% de los pacientes y sobrevida del 17% (1).

“El paro cardiorrespiratorio (PCR) se define como la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la respiración y circulación espontánea, que se traduce en la persona en pérdida de conciencia, apnea y ausencia de pulsos centrales. La prevención, el reconocimiento y la acción en los primeros minutos son cruciales para la sobrevida de las personas” (2).

La magnitud del daño producido dependerá de la condición previa del paciente y del tiempo que tome el retornar a la circulación y respiración

normal. A mayor tiempo de isquemia cerebral, mayor daño por el paro cardiorespiratorio. Ante ello, la reanimación cardiopulmonar (RCP) se define como el conjunto de medidas que deben ponerse en marcha inmediatamente ocurrido el paro.

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

En Estados Unidos, más de 500 000 niños y adultos sufren un paro cardiorespiratorio, de los que sobrevive menos del 15 %. Estas cifras convierten al paro cardiorespiratorio en uno de los problemas de salud pública que más vidas se cobra en Estados Unidos, más que el cáncer colon-rectal, el cáncer de mama, el cáncer de próstata, la influenza, la neumonía, los accidentes de tráfico, el VIH, las armas de fuego y los incendios domésticos juntos (3)

En el Perú, al igual que en muchos países del mundo, son cada vez más frecuentes las muertes súbitas producto de las emergencias cardíacas, cerebrovasculares y el trauma, siendo la razón causal, el incremento de los factores de riesgos como la falta de ejercicio, el sedentarismo, la mala alimentación y la obesidad. En la actualidad, las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, representan problemas de salud pública mundial, y se espera que, para el año 2020, la enfermedad coronaria sea la principal causa de muerte y los accidentes cerebro vasculares (ACV) ocupen el cuarto lugar (4).

En base a distintas investigaciones a lo largo de varios años, está demostrado que este tipo de enfermedades se desarrollan desde la infancia, pudiendo en la edad adulta, presentarse repentinamente con un primer y único síntoma: el paro cardiorrespiratorio, reconociéndose a las maniobras de Reanimación Cardiopulmonar (RPC) y a la desfibrilación como las únicas capaces de revertir estas muertes súbitas.

La reanimación cardiopulmonar es una intervención que salva vidas y constituye la piedra angular del procedimiento de reanimación ante un paro cardiorrespiratorio. La supervivencia al paro cardíaco depende del reconocimiento temprano del episodio y de la activación inmediata del sistema de respuesta a emergencias, pero la calidad de la RCP administrada es un factor igualmente decisivo (3). Cada minuto sin RCP disminuye la supervivencia en un 7 a 10%, por lo que la actuación rápida y eficaz es de vital importancia para garantizar la supervivencia de la víctima (5). Por ello, los resultados de la reanimación dependen de la uniformidad, protocolización, conocimientos, capacidad técnica, científica y humana que aplique el personal de la salud.

“La enfermedad cardíaca es la principal causa de muerte en casi todos los países del mundo, en el Perú es la segunda causa de muerte general y la primera en la edad adulta. Esta enfermedad se inicia en la infancia, progresa durante la adolescencia llegando a la edad adulta (sin ningún síntoma), por lo que hasta un 50% de los casos tienen una obstrucción severa de las arterias coronarias, pudiendo debutar de manera súbita, con un: paro cardiorrespiratorio, siendo a veces el primer, el único y el último síntoma” (6).

En la actualidad, las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), representan problemas de salud pública mundial. Según la revista Española de Cardiología “La incidencia anual de paro cardíaco en el mundo es de 4 y 5 millones de casos, la incidencia anual de muerte súbita en Estados Unidos oscila entre 180.000 y 250.000 casos” (7)

“En nuestro país se desconoce la real incidencia de las muertes súbitas y las causas que la producen, sólo hay algunos reportes de casos publicados; sin embargo, esta situación es común a otros países de Latinoamérica, por lo que algunos países como Colombia y México han iniciado esfuerzos por tener un registro de la muerte súbita” (8)

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

La American Heart Association (AHA) es una organización sin fines de lucro, cuya misión es mejorar la salud de la población disminuyendo las enfermedades cardiovasculares y los accidentes cerebrovasculares.

En 1992 la American Heart Association (AHA), convocó a las asociaciones de resucitación a nivel mundial para integrar El International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), donde está incluidos los cinco continentes: American Heart Association (AHA), European Resuscitation Council (ECR), Australian Resuscitation Council (ARC), Resuscitation Council of Southern África (RCSA), Heart and Stroke Fundation of Canada (HSFC), y Comité Directivo del Consejo Latinoamericano de Resucitación (CLAR).

En 1999 CLAR, miembro del Comité mundial ILCOR, creó el CONSEJO PERUANO DE REANIMACION (CPR), con la finalidad de conservar la vida y la salud de las personas en riesgo de sufrir muertes súbitas, y representar al ILCOR en nuestro país.

El ILCOR tiene como misión "proporcionar un mecanismo por el que puedan identificarse la ciencia y el conocimiento internacionales relevantes para la atención médica urgente" (9), de forma que, mediante consenso, puedan desarrollarse "guías internacionales en medicina de urgencias, específicamente para el soporte vital básico, el soporte vital pediátrico y el soporte vital avanzado" (10). Este comité en octubre del 2015, dio a conocer las Nuevas Guías Internacionales de la RCP.

El papel protagónico del personal 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 (11).

El papel del personal de enfermería es decisivo en estas situaciones, y sus conocimientos sobre la RCP tienen que formar parte de su bagaje como personal de salud, manteniéndose en una continua actualización. 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 y esencial para salvaguardar la vida de las personas siendo un requisito esencial tanto en lo teórico como en lo práctico el tema de RCP en el personal de enfermería en el servicio de emergencia. En otra ocasión, mientras el médico inicia la intubación para la ventilación, la enfermera inicia el soporte vital avanzado en la administración de medicamentos.

## **1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA:**

### **1.2.1. PROBLEMA GENERAL:**

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar adulto en profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión - Huancayo, 2017?

## **1.2.2. PROBLEMAS ESPECIFICOS**

1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar adulto en la valoración inicial en profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión - Huancayo, 2017?

2. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar adulto en comprensiones torácicas en profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión - Huancayo, 2017?

3. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar adulto en la apertura de la vía aérea en profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión - Huancayo, 2017?

4. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar adulto en la respiración en profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión - Huancayo, 2017?

5.- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar adulto en administración de fármacos en profesionales de enfermería del servicio de emergencia del



Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión - Huancayo, 2017?

### **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION:**

#### **1.3.1. GENERAL:**

Determinar el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar adulto en profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo.

#### **1.3.2. ESPECÍFICOS:**

1.- Identificar el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar adulto en la valoración inicial en profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo.

2.- Identificar el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar adulto en compresiones torácicas en profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo.

3. Identificar el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar adulto en la apertura de la vía aérea en profesionales de enfermería del servicio de emergencia del

Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo.

4. Identificar el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar adulto en la respiración en profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo.

5.- Identificar el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar adulto en administración de fármacos en profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo.

#### **1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION:**

En el Perú, al igual que en muchos países del mundo, son cada vez más frecuentes las muertes súbitas producto de las emergencias cardíacas, cerebro vascular y el trauma, la razón, el incremento de los factores de riesgos. En la actualidad, las Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares, según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), representan problemas de salud pública mundial, se espera que, para el año 2020, la enfermedad coronaria sea la principal causa de muerte y los accidentes cerebro vasculares (ACV) ocupen el cuarto lugar. Está demostrado que, este tipo de enfermedades se desarrollan desde la infancia, pudiendo en la edad adulta, presentarse repentinamente con un primer y único

síntoma: el paro cardiorrespiratorio, reconociéndose a las maniobras de la RCP y a la desfibrilación como las únicas capaces de revertir estas muertes súbitas. Una estrategia importante para revertir éstas muertes fue la creación, en 1992, del International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), agrupación de comités de RCP de todo el mundo, su misión, proveer guías y recomendaciones para aumentar la sobrevida del paro cardiorrespiratorio. Este comité en octubre del 2010, dio a conocer las "Nuevas Guías Internacionales de la RCP", con cambios muy importantes y principios basados en medicina de evidencias, siendo además más simples y en ella se han puesto mucho énfasis a la RCP de "alta calidad".

Es por ello que se decide realizar este estudio con la finalidad de adquirir información sobre los conocimientos que tiene el personal de enfermería de acuerdo a ello coordinar con la Institución para la capacitación actualizada en la maniobras de Reanimación Cardiopulmonar Básica - Avanzada, de tal manera que se asegure tener al personal de enfermería capacitado para una atención oportuna.

## LEGAL

Los resultados del estudio están orientados a proporcionar información actualizada y científica al profesional de enfermería, para que pueda brindar atención oportuna sin comprometer la vida de la persona, lo cual se consigue fortaleciendo e incrementando la capacitación en las maniobras de Reanimación Cardiopulmonar Básico – Avanzado, de tal manera que se asegure tener una enfermera (o) capacitado para una atención oportuna y no tener problemas legales ante demora de la atención de la persona.

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

Entre los factores dependientes del personal de salud se podría nombrar el temor a una demanda, o a problemas legales; el temor al fracaso terapéutico, el difícil discernimiento entre los límites de rendirse o continuar. Tal vez una ONR todavía es mal interpretada y puede ser entendida como «abandono del paciente». Podemos suponer, de igual manera, que en casos como este el progreso suele ser interpretado como «hacer más» y nunca como «menos».

## TEORICO

La presente investigación está orientada a generar nuevas investigaciones con el objetivo de promover una mejor guía. Fortaleciendo e incrementando la capacitación en la maniobras de Reanimación Cardiopulmonar ya que el RCP es un conjunto de medidas y/o maniobras aplicadas de forma secuencial, para restaurar el funcionamiento de los principales órganos vitales. Es importante porque ayuda a evitar la muerte por hipoperfusión del cerebro y del corazón y si se actúa antes de los primeros 5 minutos no deja daño neurológico.

## SOCIAL

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

## PRACTICA

En este trabajo utilizara la última guía de reanimación cardiopulmonar básico-avanzado 2015-2020, teniendo en cuenta las técnicas y procedimientos actuales que permitan un mejor desempeño donde la actuación del profesional de enfermería deber ser de forma inmediata y oportuna para salvar la vida de una persona evitando secuelas e implementando en el caso de ser necesario las medidas correctivas para un mejor desenvolvimiento del personal de enfermería ante estas situaciones. Y así el profesional de enfermería identifique rápidamente la secuencia de la reanimación cardiopulmonar con éxito.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO:**

Luego de realizar la revisión de los antecedentes se presentan algunos estudios relacionados en el ámbito internacional y nacional. Así tenemos:

#### **ANTECEDENTES INTERNACIONALES:**

DÍAZ AGUILAR, PAOLA realizaron un estudio de investigación titulado: **“Reanimación Cardiopulmonar Básica En Personal De Enfermería”**. Tesis de grado. Guatemala en el año 2014, cuyo objetivo fue determinar los conocimientos teóricos del personal de enfermería sobre Reanimación Cardiopulmonar Básica (RCP) en los servicios de adultos en Hospitales Nacionales de las regiones Nor-Oriente y Sur-Oriente de Guatemala, en los meses de febrero a agosto del año 2014. El tipo de estudio es de acción participativo, experimental. La población estuvo conformada por 853 enfermeras (os). La técnica de recolección fue la entrevista y el instrumento que se utilizó fue un cuestionario. Las conclusiones fueron:

“El nivel de conocimiento obtenido en la fase diagnóstica del proceso de investigación-acción, sobre conocimientos teóricos de Reanimación Cardiopulmonar Básico en adultos del personal de enfermería, es subóptimo, debido a que el 95% de los enfermeros (as) evaluados obtuvo un puntaje ≤

79 puntos. Luego de la fase de intervención realizada a través de una capacitación sobre RCP básico, el resultado que se obtuvo al evaluar nuevamente los conocimientos teóricos fue satisfactorio, con un 84% de enfermeros (as) que tuvieron un nivel óptimo  $\geq 80$  puntos. <sup>(10)</sup> Esta investigación contribuyó en el manejo metodológico

CUETO PÉREZ, MÓNICA realizó una investigación titulada: **“Conocimiento del personal de enfermería de un hospital materno-infantil sobre técnicas de reanimación cardiopulmonar”**. Tesis de grado. España en el año 2013, cuyo objetivo fue valorar el grado de conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar tanto en adultos como pacientes pediátricos en enfermeros de la unidad de un hospital materno-infantil. El estudio es de tipo cualitativo, método descriptivo transversal. La población estuvo conformada por los enfermeros de las distintas aéreas del Hospital Infantil del Hospital Universitario Central de Asturias - España. La muestra fue de 83 enfermeros; la técnica utilizada fue la entrevista y el instrumento fue el cuestionario. Las conclusiones fueron:

“Los conocimientos sobre la reanimación cardiopulmonar tanto en adultos como en pacientes pediátricos de los enfermeros de las unidades de un hospital Materno Infantil fueron insuficientes, la nota media fue de 4.20 sobre 10 y, el 71.4% de los encuestados obtuvo resultados insatisfactorios” (11). Esta investigación contribuyó en la elaboración del cuestionario

CEVALLOS ZAMBRANO, GISELA YANINE Y SALTOS LOOR, ANNABELLY NATALY, realizaron un estudio de investigación sobre: **“Evaluación de la intervención de enfermería en la reanimación cardiopulmonar a pacientes críticos en el proceso de emergencia del Hospital Miguel H. Alcívar de Leónidas Plaza, Cantón Sucre, periodo Enero – Agosto 2013”**. Tesis de grado. Ciudad de Bahía Manabí – Ecuador, en el año 2013. El objetivo fue Evaluar la intervención de enfermería en la reanimación cardiopulmonar a pacientes críticos en el proceso de emergencia del Hospital Miguel H. Alcívar de Leónidas Plaza, Cantón Sucre, periodo Enero – Agosto 2013. El método que se utilizó fue descriptivo de corte transversal y correlacional. La población estuvo conformada por seis profesionales de enfermería, cuatro internos de enfermería, seis médicos, cuatro internos de medicina. El instrumento que se utilizó fue un cuestionario. Las conclusiones entre otras fueron:

“Se concluye que este estudio se realizó con el fin de dar a conocer la falta de entrenamiento de parte del personal médico y del profesional de enfermería que la labora en el proceso de emergencia en temas de reanimación cardiopulmonar y técnicas aplicadas en la misma”  
Cevallos y Saltos.



BRAZÁLEZ TEJERINA, MÓNICA; GARCÍA NÚÑEZ, PILAR Y TURRIÓN CABEZAS, VEGA realizaron una investigación titulada: **“Autoconocimiento y habilidades en reanimación cardiopulmonar del personal enfermero de nefrología”**. Tesis de grado. Valladolid - España en el año 2012, cuyo objetivo fue evaluar los conocimientos que poseen los profesionales enfermeros que trabajan en las salas de hemodiálisis sobre la organización y protocolización de la RCP, así como la percepción de sus conocimientos, necesidades de formación y habilidades en RCP. El estudio es de tipo descriptivo, transversal y multicéntrico. Se aplicó una encuesta anónima a enfermeras que trabajaban en las unidades de hemodiálisis. Las conclusiones fueron:

“El nivel de formación y conocimiento del personal sanitario ha de considerarse, en general bajo. Esto no coincide con el nivel medio-alto que se obtiene en la autovaloración de sus conocimientos. Hay además una gran sensibilización sobre la enseñanza y organización de la RCP en las unidades de HD.”

CABALLERO BARRETO, LUIS; realizó un estudio de investigación sobre: **“Nivel de conocimiento de los profesionales de la enfermería sobre las guías de resucitación Cardio – pulmonar en pacientes adultos”**. Tesis de grado. Ciudad de San Juan – Puerto Rico, en el año 2011, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento que tienen los profesionales de enfermería sobre las guías de RCP de la Asociación Americana del Corazón. El estudio es de tipo descriptivo. La población estuvo conformada por 85 enfermeros, los cuales fueron 45 enfermeros con grado asociado y

40 con grado de bachillerato. La técnica de recolección fue la entrevista y el instrumento que se utilizó fue un cuestionario.

“De acuerdo con los datos, la mayoría de los participantes indican que su conocimiento es uno regular. A pesar de esto, los profesionales de enfermería se sienten capacitados para comenzar el manejo de un paciente en arresto cardio-respiratorio sin la presencia del médico. El conocimiento general de los profesionales de la enfermería que forman parte del estudio sobre la resucitación cardiopulmonar alcanzado por los mismos se consideró un nivel deficiente. Se concluye que existe una relación estadísticamente significativa fuerte entre el conocimiento de los profesionales de la enfermería sobre RCP y la tasa de sobrevivencia del paciente adulto hospitalizado. Esta relación indica que a menor conocimiento menor es la tasa de sobrevivencia” (12).

OLIVETTO DE ALMEIDA, ANGÉLICA Y MUGLIA ARAÚJO, IZILDA realizaron un estudio de investigación titulada: **“Conocimiento teórico de los enfermeros sobre la parada cardiorespiratoria y resucitación cardiopulmonar en unidades no hospitalarias de atención de urgencia y emergencia”**. Tesis de grado. Brasil en el año 2011, cuyo objetivo fue determinar el conocimiento teórico de los enfermeros de esas unidades sobre parada cardiorrespiratoria y resucitación cardiopulmonar. El estudio es de tipo descriptivo, el técnica de recolección fue la entrevista y el instrumento el cuestionario. Las muestra estuvo conformada por 73 enfermeros de 16 unidades, de siete municipios de la Región Metropolitana de Campinas. Las conclusiones entre otras fueron:

“Se observó que los entrevistados presentaron vacíos de conocimiento sobre como detectar: la parada cardiorrespiratoria, la secuencia del soporte básico de vida y la relación ventilación/compresión (>60%); desconocen las conductas que deben adoptadas inmediatamente después de la detección (>70%) y los estándares de ritmos presentes en la parada cardíaca (>80%); y identificaron parcialmente (100%) los fármacos utilizados en la resucitación cardiopulmonar. La nota promedio fue 5,2 ( $\pm$ 1,4), en una escala de cero a diez. Se concluye que los enfermeros presentaron conocimiento parcial de las directrices disponibles en la literatura.”

#### **ANTECEDENTES NACIONALES:**

OSORIO RIVADENEYRA, YASMÍN realizó una investigación titulada: **“Conocimientos sobre reanimación en las enfermeras del servicio de emergencia: Hospital Nacional Sergio Bernales, 2013”**. Tesis de grado. cuyo objetivo es: Determinar los conocimientos sobre Reanimación en las enfermeras del Servicio de Emergencia. El estudio es de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 30 Licenciados en enfermería de sexo femenino y masculino, que trabajan en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Sergio Bernales. La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento un cuestionario.

Las conclusiones fueron:

“Los conocimientos de las enfermeras del servicio de emergencia del Hospital Nacional Sergio Bernales sobre Reanimación cardiopulmonar, el mayor porcentaje conocen sobre definición, secuencia de RCP básico y avanzando, relación entre compresión torácica y ventilación, técnica de apertura de vía aérea en pacientes con trauma cervical, técnica del RCP, colocación de palas y energía de descarga; mientras que los aspectos que no conocen están dados por la cadena de supervivencia, muerte clínica y biológica, adrenalina y desfibrilación.” (13).

BENITO JULCA, KATHERINE realizó un estudio de investigación sobre: **“Conocimiento de las enfermeras sobre Reanimación Cardiopulmonar básica en el adulto en el Programa Nacional SAMU - 2013”**. Tesis de grado. Lima – Perú en el año 2013. El objetivo fue determinar los conocimientos sobre Reanimación Cardiopulmonar básica en el adulto que tienen las enfermeras del Programa Nacional SAMU. El método que se utilizó fue descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 20 enfermeras. El instrumento que se utilizó fue el cuestionario. Las conclusiones entre otras fueron:

“Los conocimientos sobre Reanimación Cardiopulmonar básica en el adulto que tienen las enfermeras del Programa Nacional SAMU el mayor porcentaje conocen en los diferentes aspectos de paro cardiorespiratorio y

RCP básico, referido a la definición de PCR, buscar respuesta en el paciente, sobre apertura de vía aérea”.

ALARCÓN PONCE, CELITA; realizaron un estudio titulado: **“Nivel de conocimientos de las enfermeras, sobre maniobras de resucitación cardiopulmonar, 2010”**, Tesis de grado. Cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento de las enfermeras sobre las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) en la Clínica Maison de Santé de Lima, Perú. El estudio fue descriptivo, transversal y se realizó en una población conformada por 39 enfermeras asistenciales de los servicios de hospitalización. El instrumento que se utilizó fue el cuestionario sobre reanimación cardiopulmonar. Las conclusiones fueron:

“la mayoría de enfermeras (59%) tiene un nivel de conocimiento regular sobre la RCP; y según las fases del RCP, su conocimiento también fue regular; sólo en la fase de circulación el nivel de conocimiento fue bueno (48,7%). El nivel de conocimiento fue independiente de los años de experiencia y capacitaciones recibidas. El RCP no es un evento frecuente, sin embargo, del reconocimiento y actuación oportuna por parte del personal de salud dependería la calidad de vida del paciente atendido” (14). Esta investigación permitió confrontar los datos obtenidos.

PALMA VÁSQUEZ NILTON, realizó un estudio de investigación sobre: **“Determinación del nivel de conocimiento habilidades y prácticas en reanimación cardiopulmonar básica en personal de enfermería, personal técnico e internos de medicina en el**

**hospital regional de Cajamarca – 2009**". Tesis de grado. Cajamarca cuyo objetivo es: Evaluar el nivel de conocimiento, habilidades y prácticas en reanimación cardiopulmonar básica que poseen enfermeras, personal técnico e internos de medicina en el Hospital Regional de Cajamarca en febrero del 2009. El estudio es de tipo observacional, descriptivo y prospectivo. La población estuvo conformada por 64 participantes, 29 técnicos, 25 enfermeras y 10 internos de Medicina que laboran en el Hospital Regional de Cajamarca. El instrumento que se utilizó fue un cuestionario.

Las conclusiones entre otras fueron:

“Existe un 23% del personal que conoce y tiene habilidades sobre reanimación cardiopulmonar, lo cual está por debajo de estándares internacionales considerados normales&Es pronunciada la diferencia de preparación entre personal técnico, enfermeras e internos, siendo la preparación en el área académica de los internos superior a enfermeras y técnicos” (15). Esta investigación permitió confrontar los datos obtenidos.

SIGUAS ASTORGA YOLANDA, realizó un estudio de investigación sobre: **“Nivel de conocimientos que tiene la enfermera sobre RCP básico y avanzado del adulto en el servicio de emergencia del Hospital San José - callao”**. Tesis de grado. Lima – Perú, en el año 2005. El objetivo fue Determinar el nivel de conocimiento de las enfermeras. El método que se utilizó fue descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 100 enfermeras. El instrumento que se utilizó fue el cuestionario. Las conclusiones entre otras fueron:

“Las enfermeras que laboran en el servicio de Emergencia del Hospital San José del Callao, en cuanto a reanimación cardiopulmonar básica en su mayoría tienen un nivel de conocimiento medio con tendencia a lo alto y en relación de la reanimación “cardiopulmonar avanzada un nivel de conocimiento bajo con tendencia a lo medio; por tanto es fundamental que el personal de enfermería conozca y esté preparado para realizar una reanimación cardiopulmonar tanto básico como avanzado en forma oportuna, eficiente y eficaz con la finalidad de aumentar la calidad de vida en el paciente y disminuya secuelas ” (16).

## **2.2. BASE EPISTEMICA:**

Para 1775 ya se describía procedimiento de hacer presión sobre el cartílago cricoides cuando se realiza insuflación artificial por la boca con el fin de evitar la entrada de aire al esófago (26).

A finales de los años cincuenta, Peter Safar y James Elan desarrollaron el concepto de la «respiración boca a boca».

En 1960, William B. Kouwenhoven (27), Guy Knickerbocker y Jim Jude describieron las ventajas de la compresión torácica para provocar la circulación artificial (28). Safar luego estableció el protocolo de la RCP, el cual continuó siendo asumido por la Asociación Estadounidense del Corazón (29).

Los procedimientos variaron en el curso del tiempo por el progreso de la medicina (evolución de los conocimientos, evolución del tratamiento médico). No se recomiendan necesariamente. Entre 1991 y 2000, un solo socorrista alternaba 15 compresiones torácicas y 2 respiraciones en un adulto o un niño de más de 8 años; las compresiones se hacían a un ritmo de 60 por minuto. Para un bebé, se realizaban cuatro respiraciones iniciales (dos durante el cálculo; luego otras dos después del paso de la alarma) y se alternaban cinco compresiones torácicas y una respiración. Un socorrista aislado y sin medios practicaba la RCP durante un minuto antes de pedir ayuda; si los socorristas eran dos, alternaban cinco compresiones y una respiración, tanto en un adulto como en un bebé.

En 2000 se abandonó el término «masaje cardíaco» por «compresiones torácicas». En la actualidad, los ritmos de las compresiones se unificaron: 100 por minuto, cualquiera sea la edad. Solo se realizan dos respiraciones iniciales en bebés. Un socorrista aislado y sin medio de llamada da la alerta inmediatamente, excepto en el caso de un niño de menos de ocho años, o en el caso de ahogamiento o de una intoxicación, donde la alarma se realiza después de un minuto de RCP. Con dos socorristas, se mantiene una alternancia de 30 a 2.

2015. RCP solo con las manos. En el caso de PCR fuera de los hospitales, se recomienda la realización de reanimación básica SOLO con compresiones continuas, en el centro del pecho del paciente 100-120 veces por minuto hasta que llegue una ambulancia. Respecto al RCP avanzado, la AHA está acercándose a los conceptos de Reanimación Cardio Cerebral, en los que los especialistas en reanimación tienen por objetivo la sobrevivencia neurológicamente.



La RCP moderna fue descrita, entre otros, por el anesthesiólogo Peter Saffar y sus colaboradores en la década de 1960 con el objetivo de tratar los PC presenciados en las salas de cirugía. Aunque ninguno de los pioneros de esta técnica propuso que fuera una práctica de aplicación universal (24), poco a poco se fue difundiendo, hasta caer en el error de asumir que cualquier persona, sin importar el lugar ni el paciente, podía iniciar una RCP. El uso de la técnica de RCP se expandió rápidamente no solo entre los médicos sino también entre la población general; la popularidad de dicho procedimiento creció y se fortaleció, tanto que hoy en día se percibe como «obligatorio» realizar maniobras de RCP a todos los pacientes que presenten paro cardiopulmonar. Esto ocurre hasta tal punto que, en la mayoría de los casos, morir en un hospital significa someterse a RCP (25). Aunque el porcentaje de éxito para la restauración inmediata de la circulación luego de PC intrahospitalario es cercana al 60%, únicamente entre el 6,5 y el 24% de los pacientes que presentan PC en el hospital salen vivos de este, sin tener en cuenta el estado neurológico ni la calidad de vida. Para el resto de los pacientes, es decir, entre el 76 y el 93,5% en cuyo caso la RCP no fue exitosa, podemos considerar esta maniobra como una extensión del proceso de muerte del paciente.

### **2.3. BASE CULTURAL:**

Basándose en el argumento de carácter moral que dice que el paciente tiene el derecho a tener la oportunidad de sobrevivir, se han justificado durante años los procedimientos que se realizan durante la RCP, que incluyen compresiones torácicas externas, intubación traqueal, cateterizaciones venosas, descargas eléctricas y la administración de medicamentos, generalmente sin el consentimiento del paciente ni de sus familiares (30).

Poco a poco, debido a múltiples factores, la RCP pasó de ser una intervención dirigida a pacientes con causas reversibles de PC a ser una intervención de aplicación indiscriminada, convirtiéndose casi por completo en un derecho social en ocasiones exigido por pacientes y familiares (31).

Las razones para que el personal de salud realice maniobras de RCP a todos los pacientes que presentan PC, al igual que el hecho de que la población general la exija, son probablemente una mezcla de factores que paulatinamente se fueron arraigando en la práctica clínica y en la sociedad, entre los cuales se pueden encontrar factores dependientes directamente del médico, de los pacientes, y la influencia de los medios de comunicación y la televisión, entre otros.

#### **2.4. BASE CIENTIFICA:**

Las Guías de la AHA para RCP y Atención Cardiovascular de Emergencia (ACE) del 2015 se basan en un procedimiento de evaluación de evidencia internacional en el que participaron 250 revisores de evidencia de 39 países.

Las maniobras de RCP básico tienen un protocolo internacional, liderado por la Asociación América del Corazón (AHA), y para que este protocolo sea válido en nuestro país, se creó el Consejo Peruano de Reanimación (CPR), para cumplir con el protocolo que va acorde a nuestra realidad. La presente NORMA NACIONAL DE RCP, recomiendan realizar el conjunto de las maniobras de RCP adecuadamente, de manera secuencial y correcta para así brindar una

“RCP de ALTA CALIDAD”.

En la actualidad, las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), representan problemas de salud pública mundial. Según la revista Española de Cardiología “La incidencia anual de paro cardíaco en el mundo es de 4 y 5 millones de casos, la incidencia anual de muerte súbita en Estados Unidos oscila entre 180.000 y 250.000 casos” (7). En nuestro país se desconoce la real incidencia de las muertes súbitas y las causas que la producen, sólo hay algunos reportes de casos publicados; sin embargo, esta situación es común a otros países de Latinoamérica, por lo que algunos países como Colombia y México han iniciado esfuerzos por tener un registro de la muerte súbita (8).

La American Heart Association (AHA) es una organización sin fines de lucro, cuya misión es mejorar la salud de la población disminuyendo las enfermedades cardiovasculares y los accidentes cerebrovasculares. En 1992 la American Heart Association (AHA), convocó a las asociaciones de resucitación a nivel mundial para integrar El International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), donde está incluidos los cinco continentes: American Heart Association (AHA), European Resuscitation Council (ECR), Australian Resuscitation Council (ARC), Resuscitation Council of Southern África (RCSA), Heart and Stroke Foundation of Canada (HSFC), y Comité Directivo del Consejo Latinoamericano de Resucitación (CLAR).

En 1999 CLAR, miembro del Comité mundial ILCOR, creó el CONSEJO PERUANO DE REANIMACION (CPR), con la finalidad de conservar la vida y la salud de las personas en riesgo de sufrir muertes súbitas, y representar al ILCOR en nuestro país.

## **2.5. GENERALIDADES:**

### ***A. PARO CARDIORESPIRATORIO (PCR)***

El paro cardiorrespiratorio es la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible, de la actividad mecánica del corazón y de la respiración espontánea.

El paro cardiorrespiratorio significa un colapso en la perfusión tisular cuyas consecuencias son determinadas por el daño producido a los órganos más temprana y severamente afectados. La magnitud del daño producido dependerá de la condición previa del paciente y del tiempo que tome el retornar a la circulación normal. Los órganos más tempranamente afectados por el colapso circulatorio son el cerebro y corazón. El daño producido a estos órganos, especialmente al cerebro, determinan el pronóstico del paciente que ha sufrido un PCR. Dicho de otro modo, a mayor tiempo de isquemia cerebral, mayor daño por el PCR.

Aunque las causas del paro respiratorio y cardíaco son diversas, desde el punto de vista asistencial se tiende a considerar como una entidad única denominada PCR. La interrupción de una de las

dos funciones vitales lleva rápida indefectiblemente a la detención de la otra, por lo que su manejo se aborda de forma conjunta. En el paro cardíaco la respiración se lentifica inicialmente, luego se hace boqueante y acaba deteniéndose del todo al cabo de 30 a 60 segundos.

## **B. FISIOLÓGÍA DEL PARO CARDIORESPIRATORIO**

Tres conceptos principales definen la fisiopatología del PCR y la fisiología de la reanimación: 1) Detención de la circulación; 2) Umbral de isquemia; 3) Tiempo de retorno a circulación espontánea.

### **1. DETECCIÓN DE LA CIRCULACIÓN Y VENTILACIÓN:**

La detención de la circulación significa un abrupto corte en el aporte de O<sub>2</sub> y glucosa a las células de los diferentes tejidos. El aporte de O<sub>2</sub> depende de la mantención de un adecuado flujo tisular, cuya suma total conocemos como gasto cardíaco, y de un nivel de Hb que actúe como transportador del O<sub>2</sub>. En el caso del PCR el problema surge mayoritariamente de la inexistencia de gasto cardíaco más que de un déficit en la saturación con O<sub>2</sub> de la Hb. Pese a que la consecuencia final es la misma, ya que una detención de la circulación lleva a una detención de la ventilación y viceversa, el hecho de que el fenómeno circulatorio sea mucho más frecuente nos lleva a priorizar este aspecto en las medidas de reanimación (18).

## **2. DURACIÓN DE LA ISQUEMIA:**

Es el determinante en el daño y muerte celular, especialmente a nivel encefálico. La isquemia cerebral es el resultado de la disminución, por debajo de un nivel crítico, del flujo sanguíneo cerebral global cuya consecuencia primaria es la falta de oxígeno y glucosa necesarios para el metabolismo cerebral. Dado que la relación entre el metabolismo cerebral y flujo sanguíneo a través de la barrera hemato encefálica es un proceso dinámico altamente integrado, la interrupción del flujo sanguíneo al cerebro resulta en una alteración rápida del metabolismo y las diversas funciones cerebrales.

No hay aspecto del metabolismo neuronal que esté libre del efecto de la isquemia, si bien los factores neuroquímicos determinantes del daño neuronal irreversible no se conocen totalmente. El fallo en la producción energética, la acidosis láctica, el aumento del calcio citosólico, el exceso de radicales libres y el acúmulo extracelular de neurotransmisores, con la consecuente activación de receptores y estimulación neuronal en circunstancias de fallo de aporte de oxígeno y glucosa, parecen ser pasos importantes en los procesos que conducen a la muerte neuronal. Estos mecanismos conducirían a un daño secundario de la microcirculación cerebral, por edema y lesión endotelial, formación de agregados celulares intravasculares y alteraciones de la permeabilidad y reactividad vascular, ocasionando el fenómeno de "no reflujo", cerrando el círculo y perpetuando el proceso. (18)

### **3. TIEMPO DE RETORNO A CIRCULACIÓN ESPONTÁNEA:**

La terapia del PCR está primariamente enfocada a conseguir flujos circulatorios adecuados para corazón y cerebro. En una primera instancia estos flujos pueden ser mínimos pero suficientes para permitir el restablecimiento de la circulación espontánea efectiva y una limitación de los daños con un mejor pronóstico para el paciente. La forma más efectiva de conseguir un flujo circulatorio efectivo es lograr un pronto restablecimiento de la circulación espontánea. (18)

#### ***C. ETIOPATOGENIA DEL PARO CARDIORESPIRATORIO***

- **Cardiovasculares:** IMA, disritmias (FV/ TVSP, bradicardias, bloqueos A-V II y II grado), embolismo pulmonar, taponamiento cardiaco.
- **Respiratorias:** Obstrucción de la vía aérea, depresión del centro respiratorio, broncoaspiración, ahogamiento o asfixia, neumotórax a tensión, insuficiencia respiratoria.
- **Metabólicas:** Hiperpotasemia, hipopotasemia.
- **Traumatismo:** Craneoencefálico, torácico, lesión de grandes vasos, hemorragia interna o externa.
- **Shock:** Shock cardiogénico (fallo cardíaco debido a la insuficiencia de la función de bombeo del corazón).

### **3. Actividad eléctrica sin pulso:**

Se define como la presencia de actividad eléctrica cardíaca organizada, sin traducirse en actividad mecánica (ausencia de pulso arterial central) o TAS < 60 mmHg. En ausencia de flujo en las coronarias las ondas coordinadas en el ECG solo pueden existir de forma transitoria. La presencia de disociación electromecánica (DEM) 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 desfibrilación o es secundaria a una causa rápidamente corregible (19).

## ***F. REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR***

La reanimación cardiopulmonar corresponde a un conjunto de medidas aplicadas a restaurar circulación para generar un flujo sanguíneo vital permitiendo el aporte de oxígeno y energía al corazón y el cerebro. Según el Consejo Nacional de reanimación de nuestro país, define a la reanimación cardiopulmonar como el conjunto de acciones cuyo objetivo principal es proporcionar oxígeno al cerebro y al corazón hasta que un tratamiento médico más avanzado y definitivo (soporte cardíaco avanzado) pueda restaurar las funciones cardíacas y respiratorias normales evitando el daño en el sistema nervioso central (20).



La Reanimación Cardiopulmonar tiene como objetivo revertir el estado del Paro Cardiorespiratorio, sustituyendo primero e intentando reinstaurar posteriormente la circulación y respiración espontánea.

Según una declaración de consenso de de la American Heart Association, establece que la reanimación cardiopulmonar es una intervención que salva vidas y constituye la piedra angular del procedimiento de reanimación ante un paro cardíaco. La supervivencia al paro cardíaco depende del reconocimiento temprano del episodio y de la activación inmediata del sistema de respuesta a emergencias, pero la calidad de la RCP administrada es un factor igualmente decisivo. En diversos estudios clínicos y realizados con animales se demuestra que la calidad de la RCP durante la reanimación influye de manera significativa en la supervivencia y contribuye a la gran variabilidad de la supervivencia que se observa entre los sistemas de asistencia y en el seno de los mismos. La RCP es, por sí misma, ineficiente; solo proporciona del 10 % al 30 % del flujo sanguíneo normal al corazón y entre el 30 % y el 40 % del flujo sanguíneo normal al cerebro, incluso cuando se realiza según las guías establecidas. Esta ineficiencia pone de manifiesto la necesidad de que los reanimadores entrenados administren una RCP de la máxima calidad posible (21).

## **1. SOPORTE VITAL BÁSICO (AHA 2015)**

EL Soporte vital básico (SVB) es la base para salvar vidas después de un paro cardíaco. El Soporte Vital Básico se define como toda intervención médica, técnica, procedimiento o medicación que se administra a un paciente para retrasar el momento de la muerte, esté o no dicho tratamiento dirigido hacia la enfermedad de base o el proceso biológico causal. El Soporte Vital Básico (SVB) se define como el conjunto de medidas encaminadas a mantener las funciones vitales en situación de riesgo inminente para la vida. Los aspectos fundamentales del SVB incluyen:

- Reconocimiento inmediato del Paro Cardíaco y activación del sistema de respuesta de emergencia
- RCP precoz con énfasis en las compresiones torácicas
- SVA efectivo
- Cuidados integrados post Paro Cardíaco.

Estos pasos se conocen como los cinco eslabones de la cadena de supervivencia en adultos. La cadena de supervivencia es el conjunto de procesos, que realizados de forma ordenada, consecutiva y en un periodo de tiempo lo más breve posible, ha demostrado ser lo más eficiente para tratar un Paro Cardíaco.

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

Por, ultimo, el paciente se traslada a una unidad de cuidados intensivos donde recibe una asistencia continuada. En cambio, los pacientes que sufren un paro cardíaco intrahospitalario (PCIH) dependen de un sistema de respuesta rápida o de alerta temprana para prevenir el paro cardíaco. Si sobreviene el paro cardíaco, los pacientes dependen de una interacción fluida y organizada entre las distintas unidades y servicios del centro de salud, y de un equipo multidisciplinario. Es por ello que se establece que la cadena de supervivencia ante un PCIH incluye: 1) la vigilancia y prevención del paro cardíaco, 2) el reconocimiento y activación del sistema de respuesta a emergencias, 3) RCP de calidad inmediata, 4) la

desfibrilación rápida y 5) el soporte vital avanzado y cuidados posparo cardiaco. En cambio ante un PCEH, la cadena DE supervivencia incluye: 1) el reconocimiento y activación del sistema de respuesta a emergencias, 2) RCP de calidad inmediata, 3) desfibrilación rápida, 4) el traslado y actuación por parte del servicio de emergencias medicas básico y avanzado y 5) el soporte vital avanzado y cuidados posparo cardiaco.

## **2. SOPORTE VITAL BÁSICO PARA ADULTOS Y CALIDAD DE LA RCP REALIZADA POR REANIMADORES LEGOS (AHA 2015)**

- La seguridad del lugar es primordial. Es necesario asegurar de que el entorno es seguro para el reanimador y para la víctima.
- Es de suma importancia las interacciones entre el operador telefónico del servicio de emergencias médicas, el testigo que realizara el RCP y el despliegue a tiempo de un desfibrilador externo automático (DEA). Una respuesta coordinada eficaz de la comunidad que agrupe estos elementos es clave para mejorar la supervivencia del paro cardiaco extrahospitalario. El operador telefónico también es pieza clave en el diagnostico precoz del paro cardiaco, en la guía de la aplicación del RCP por vía telefónica y la localización y disponibilidad de un DEA. El algoritmo de SVB/BLS en adultos se ha modificado para reflejar el hecho de que los reanimadores pueden activar el sistema de respuesta a emergencias sin alejarse de la víctima (mediante el uso de un teléfono móvil)

utiliza un DEA con rapidez. Por ello, el acceso inmediato a un desfibrilador es un elemento esencial del sistema de atención. Para el alto porcentaje de paros cardiacos extrahospitalarios que tienen lugar en espacios públicos, estos programas comunitarios suponen un vínculo importante entre el reconocimiento y la activación del sistema de emergencias dentro de la cadena de supervivencias.

- Reconocimiento inmediato de una persona que no responde, no respira o no lo hace con normalidad (por ejemplo jadea o boquea). Se debe presuponer que la víctima ha sufrido un paro cardiaco.
- Se reafirma la secuencia del RCP: el reanimador que actué solo ha de iniciar las compresiones torácicas antes de practicar las ventilaciones de rescate (C-A-B en lugar de A-B-C) para acortar el tiempo transcurrido hasta la primera compresión. El reanimador que actué solo debe iniciar el RCP con 30 compresiones torácicas seguidas de 2 ventilaciones (ciclos 30:2). Del caso en que no pueda aplicar las ventilaciones, continuar solo con las compresiones hasta la llegada de un DEA o de reanimadores mejor entrenados.
- Se resalta las características de RCP de alta calidad: compresiones torácicas con la frecuencia y profundidad adecuadas, permitiendo una descompresión torácica completa tras cada compresión, reduciendo al mínimo las

interrupciones en las compresiones y evitando ventilaciones excesivas. En la mayoría de estudios se demuestra que la administración de más compresiones conlleva una mayor supervivencia.

- La frecuencia recomendada de las compresiones torácicas cambiaron de ser al menos 100 compresiones por minuto (AHA 2010) a ser de 100 a 120 compresiones por minuto (AHA 2015)
- La profundidad de la compresión torácica para adultos debe ser al menos 5cm (2pulgadas), pero no superior a 6cm (2.4cm). Dado a que las investigaciones demuestran que las compresiones tienden más a ser demasiado superficiales que demasiado profundas, es importante “presionar con fuerza” ya que las compresiones generan un flujo sanguíneo principalmente incrementando la presión intratorácica y comprimiendo directamente el corazón, lo que a su vez da lugar a un flujo sanguíneo y una administración de oxígeno esenciales para el corazón y el cerebro.
- En el caso de pacientes que presenten una adicción conocida o sospechada a sustancias opiáceas y que no respondan, que no respiren con normalidad pero que tengan pulso, es razonable que un reanimador lego debidamente entrenado y los profesionales de SBV/BLS administren naloxona (Antagonista opiáceo puro derivado de oximorfona) por vía intramuscular o intranasal (2mg por

vía intranasal o 0.4mg por vía intramuscular. Se puede repetir al cabo de 4 minutos) además de los cuidados de SBV/BLS habituales.

Estos cambios se establecieron con el objetivo de simplificar el entrenamiento de un reanimador lego y para destacar la necesidad de aplicar pronto compresiones torácicas a la víctima de un paro cardíaco súbito

### **3. SOPORTE VITAL BÁSICO PARA ADULTOS Y CALIDAD DE LA RCP REALIZADA POR REANIMADORES PROFESIONALES DE LA SALUD (AHA 2015)**

- Los profesionales de salud deben solicitar ayuda ante una víctima que no responde, pero sería conveniente que un profesional de salud continuase evaluando la respiración y el pulso de forma simultánea antes de activar totalmente el sistema de respuesta de emergencia. Evaluar si no respira o solo jadea o boquea y si no se detecta pulso palpable en un plazo de 10 segundos (la comprobación del pulso y la respiración pueden realizarse simultáneamente en menos de 10 segundos).El propósito es reducir los retrasos en la medida de lo posible una evaluación simultanea y una respuesta rápida y eficiente, en lugar de un abordaje paso a paso lento y metódico.

Los equipos integrados de reanimadores con amplio

entrenamiento pueden usar un método coreográfico consistente en la realización de varios pasos y evaluaciones de manera simultánea y no de forma secuencial, como hacen los reanimadores que intervienen solos.

- Es importante que los profesionales de salud realicen las compresiones torácicas y ventilaciones a todos los pacientes adultos en paro cardíaco. Se espera que los profesionales de salud estén entrenados en la RCP y que puedan realizar tanto compresiones como ventilaciones de manera eficaz. Sin embargo, la prioridad para el profesional, sobre todo si interviene solo, debería seguir siendo la de activar el sistema de emergencias y realizar las compresiones torácicas.
- En el caso que se cuente con la disponibilidad inmediata de un DEA, es razonable que se utilice el desfibrilador lo antes posible. En los casos en que el DEA no sea accesible, es importante que la RCP se inicie mientras se intenta conseguir y aplicar el desfibrilador. La RCP debe practicarse mientras los parches del DEA están colocados y hasta que el DEA este preparado para analizar el ritmo.
- En víctimas adultas de paro cardíaco, los reanimadores deben aplicar compresiones con una frecuencia de 100 a 120 cpm, ya que una serie de registros indican que por encima de 120 cpm, la profundidad de las compresiones disminuye cuanto más aumenta la frecuencia.



- Durante la RCP manual, los reanimadores deben realizar compresiones torácicas con una profundidad de al menos 5cm (2pulgadas) en un adulto de complexión normal evitando una profundidad excesiva (más de 6cm). Una profundidad de compresiones de unos 5 cm se asocia a una mayor probabilidad de obtener una evolución clínica favorable en comparación a compresiones superficiales. Se sugiere evitar las compresiones demasiado profundas mayor a 6cm por la posibilidad de producir lesiones.
- Los reanimadores deben de evitar apoyarse sobre el tórax de la víctima entre las compresiones para permitir la descompresión de la pared torácica completa en adultos que han sufrido un paro cardiaco. La descompresión de la pared torácica completa se produce cuando el esternón regresa a su posición natural o neutra durante la fase de descompresión de la RCP. La expansión de la pared torácica crea una presión intratorácica negativa relativa que favorece el retorno venoso y el flujo sanguíneo cardiopulmonar. Apoyarse sobre la pared torácica entre las compresiones impide la

descompresión de la pared torácica y por lo tanto eleva la presión intratorácica, reduce el retorno venoso, la presión de perfusión coronaria y el flujo de sangre del miocardio y además puede influir en el resultado de la reanimación.

- Los reanimadores deberán tratar de minimizar la frecuencia y duración de las interrupciones de las compresiones con el fin de administrar el máximo número de compresiones por minuto. En el caso de que se realice la RCP sin un dispositivo avanzado para la vía aérea, podría resultar razonable realizar la RCP con la finalidad de conseguir la fracción de compresión torácica más alta posible, fijando un objetivo de al menos el 60%.
- Ante la disponibilidad de un dispositivo avanzado para la vía aérea, el profesional debe administrar 1 ventilación cada 6 segundos (10 ventilaciones por minuto) mientras se realiza las compresiones torácicas continuas.

## **G. PASOS Y TÉCNICAS DE LA REANIMACIÓN CARDIO PULMONAR BÁSICA.**

### **1. Garantizar la seguridad del reanimador y de la víctima y evaluación del estado de conciencia:**

El reanimador debe velar por su seguridad y el de la víctima, evitando situaciones de riesgo. Comprobar la capacidad de respuesta de la víctima, tomarlo de los hombros y con voz fuerte preguntar "¿Está usted bien?". Si la persona no responde, está inconsciente. Si la

víctima responde pero está lesionado o necesita ayuda médica, llamar al Servicio Médico de Emergencia Local y colocar a la víctima en posición de recuperación.

Si se sospecha de una lesión a nivel cervical, movilizar a la víctima sólo si es absolutamente necesario. Si un reanimador encuentra a un adulto inconsciente, deberá activar inmediatamente al SMEL, solicitar un DEA e iniciar la RCP. Los números de emergencia en nuestro país son: Número de los Bomberos 116, Central Policial 105, Sistema de Atención Médica Urgente 117. Si se está solo, evaluar la posibilidad de dejar a la víctima para conseguir pronta ayuda. (23)

La persona que llama al SMEL debe dar la siguiente información:

- Lugar de la emergencia (oficina o número de habitación, o intersección de calles o caminos, si es posible) con referencia.
- Número de teléfono desde el que se está efectuando la llamada.
- Qué sucedió: ataque cardíaco, accidente de tránsito, etc.
- Número de personas que necesitan ayuda.
- Estado de la(s) víctima(s).

- Qué ayuda se está prestando a la(s) víctima(s) (“se está practicando RCP” o “estamos utilizando un DAE”).
- Para asegurar que el personal del SMEL no tenga más preguntas, testigo reanimador debe ser el último en colgar el teléfono. (20)

## **2. Posición de la víctima:**

Debe estar acostada boca arriba sobre una superficie plana y dura, si se encuentra boca abajo, el reanimador debe girarla, de tal manera que la cabeza, los hombros y el tronco se muevan en bloque como una sola unidad. El paciente debe ser acostado con los brazos a los lados del cuerpo, posición para realizar RCP.

## **3. Verificar pulso e iniciar compresiones torácicas “C”:**

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

compresión directa del corazón. Las compresiones torácicas generan flujos sanguíneos al cerebro y al corazón, incrementando las posibilidades de que la desfibrilación temprana sea exitosa. <sup>(20)</sup> Los pasos son los siguientes:

1. El reanimador debe arrodillarse a la altura del tórax de la víctima
2. Colocar el talón de la mano dominante en el centro del tórax (en la línea media del tórax a nivel del hueso esternón entre los dos pezones)
3. Colocar el talón de la otra mano encima de la primera.
4. Entrecruzar los dedos y asegurar que no se comprima sobre las costillas, el abdomen o en la parte distal del esternón (apófisis xifoides).
5. Colocarse verticalmente sobre el tórax de la víctima, los brazos deben de estar bien extendidos y no flexionados.
6. Realizar las compresiones empujando hacia abajo, deprimiendo el tórax al menos 5cm y no más de 6 cm en una frecuencia de 100 a 120 cpm.
7. Dejar que el tórax regrese a su posición normal después de cada compresión reduciendo al mínimo las interrupciones en las compresiones y evitando ventilaciones excesivas.
8. Luego de 30 compresiones dar 2 respiraciones de apoyo de 1 segundo de duración cada uno por cinco

ciclos. Reevaluar el pulso, si sigue ausente, continuar con la reanimación. Si hay pulso, verificar la respiración, colocar a la víctima en posición de recuperación y reevaluar cada 2 minutos. Si no hay respiración pero si pulso, dar respiraciones de apoyo a una frecuencia de 1 respiración cada 5 segundos y controlar los signos de circulación cada 2 minutos.<sup>(20)</sup>

#### **4. Manejo de la vía aérea**

El principal problema en las personas que se encuentran inconscientes es que los músculos que sostienen la lengua se relajan y permiten que la lengua caiga y cause obstrucción de la vía aérea. Por ello, siempre se deben realizar las maniobras necesarias para abrirla o desobstruirla.

##### **4.1. Extensión de la cabeza y elevación del mentón (maniobra frente – mentón):**

Con la cabeza alineada, ponemos una mano sobre la frente y la otra en la parte ósea de la mandíbula, luego extendemos la cabeza y simultáneamente desplazamos la mandíbula hacia arriba con ligero movimiento hacia atrás. Esto levanta la lengua hacia delante separándola de la vía aérea y mantiene la boca ligeramente abierta, por otro lado, la extensión de la cabeza hace que se pongan en línea el eje del cuerpo con el de la laringe y la boca y también produce apertura de la misma (la maniobra no debe hacerse en presencia de trauma).<sup>(22)</sup>

#### **4.2. Elevación de la mandíbula o tracción**

**mandibular:** En los casos en que exista trauma facial, de la cabeza y/o cuello (alta sospecha de lesión de columna) debe mantenerse la columna cervical en una posición neutral alineada. Por lo que la siguiente maniobra es la indicada en estos casos. La maniobra de elevación de la mandíbula permite al reanimador abrir la vía aérea con ausencia o con mínimo movimiento de la cabeza y de la columna cervical. Por estar unida anatómicamente a la mandíbula, al levantar esta, la lengua también se desplaza hacia delante y desobstruye la vía aérea. (Colocarse por detrás y poner los dedos en la parte inferior de la mandíbula, los 5tos dedos en sus ángulos y levantar, puede auxiliarse si sitúa los primeros dedos sobre los pómulos), la mandíbula se empuja anteriormente y en dirección caudal. Es mejor que la maniobra sea realizada por 2 personas (uno estabiliza la columna y otro abre las vías aéreas). Técnica recomendada solo para los profesionales de la salud por ser difícil de realizar (22).

#### **5. Ventilación**

Si la víctima no tiene una ventilación espontánea o su respiración es deficiente, el reanimador debe suplirla, (ventilaciones de rescate) para ello, utilizara el aire exhalado tras una inspiración profunda. El reanimador ubicado a la altura de la cabeza aplicará las dos respiraciones o ventilaciones de rescate.

## **Técnica de la ventilación boca-boca**

Es la maniobra más universalmente empleada para suplir una respiración deficiente o ausente

- Colocar al paciente alineado y boca arriba.
- Comprobar que no hay respiración o que esta es muy deficiente.
- Asegurar que la cabeza esté extendida y el mentón elevado si no hay trauma, si existe trauma mantener la cabeza alineada, la columna cervical inmovilizada y la mandíbula elevada.
- Cerrar la nariz (pinzar sus partes blandas con el primer y segundo dedo de la mano que está colocada en la frente y que también mantiene la extensión de la cabeza).
- Abrir discretamente la boca sin perder la posición, tome una respiración profunda, colocar los labios alrededor de la boca de la víctima y asegurar que no haya fuga de aire.
- Introducir el aire en las vías aéreas de forma suave (un segundo de duración para los adultos) observando la elevación del pecho.
- Sin perder la posición de la víctima separar los labios de la boca y obsérvese el descenso del tórax con la salida de aire.



- La cantidad de aire a insuflar depende de la edad, consistencia del individuo, resistencia de las vías aéreas, enfermedades previas, etc. en el adulto se recomienda de 500-600 ml de aire (22).

## **H. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y CONTRAINDICACIONES DEL RCP**

### **1. Cuando no efectuar la RCP**

- Cuando el paro cardiorrespiratorio es el episodio final de una enfermedad cardíaca o respiratoria crónica, un proceso maligno intratable, una enfermedad degenerativa en su fase final, un fracaso multiorgánico, etc. En estos casos la indicación de no reanimar es de carácter técnico y, por tanto, habitualmente la decisión corresponde al equipo asistencial.
- Cuando el intervalo transcurrido desde el inicio del evento haga improbable el éxito de los intentos de RCP, en general, más de 10 minutos. (cuando no hay respuesta del paciente hasta los primeros 4 minutos, se dice que el paciente presenta muerte clínica, definiéndose como una detención del latido cardíaco y la respiración sin daños o lesiones en las células cerebrales; pasado ese tiempo hasta los 10 minutos, el paciente no responde, se llama muerte biológica cuando hay destrucción anóxica de todos los órganos, lo cual es irreversible).

- Encender el DEA y colocar en el pecho desnudo del paciente los parches electrodos. Si hay más de un reanimador continuar con la RCP, mientras se activa el DEA.
- Se debe aislar completamente de cualquier contacto a tierra, o elementos metálicos, para evitar producir quemaduras en el sitio de contacto. Retirar: cadenas, relojes, anillos, etc. antes de desfibrilar.
- Seguir las instrucciones visuales y auditivas emitidas por el DEA. Observar que nadie toque a la víctima mientras el DEA está analizando el ritmo.
- Cuando el desfibrilador detecta la FV o TVSP asegurar que nadie toque a la víctima y presionar el botón de descarga. Después de la descarga, continuar inmediatamente con la secuencia de RCP.
- Cuando el desfibrilador no detecta la FV o TVSP, solo continuar con la secuencia de RCP

## **2. Dosis de descarga**

- Utilizando un desfibrilador manual monofásico: 360 joules (dosis inicial y las siguientes).
- Utilizando un desfibrilador manual bifásico, la dosis inicial ideal es de 150 a 200 joules (onda bifásica exponencial truncada) o 120 joules para la onda bifásica rectilínea.

- Si se desconoce el tipo de onda bifásica del desfibrilador utilizar dosis estándar de 200 joules.

Es importante reconocer, que no solo basta conocer las técnicas adecuadas de Reanimación Cardiopulmonar, sino también tener cerca desfibriladores que salvaría la vida de las personas. Según datos del Consejo Nacional de Reanimación; por cada minuto de retraso en aplicar la desfibrilación eléctrica se produce una disminución de la supervivencia entre un 7 a 10%, si la desfibrilación se diera en los 2 primeros minutos la supervivencia alcanzaría el 80%, sin embargo disminuiría a un 25% si se llevara a cabo después de los 5 minutos, al 10% después de los 10 minutos y tan solo 5 % si se realiza pasado los 15 minutos.

En el Perú existe la Ley 2787/2013-CR que establece la obligatoriedad de la instalación de desfibriladores externos automatizados en los espacios públicos y privados dado a su importancia y contribución en la supervivencia frente al paro cardiorrespiratorio. Y es en esta ley que se establece que tantos terminales aéreos, marítimos o terrestres, centros comerciales, estadios, coliseos, gimnasios, salas de eventos y conferencias, aviones, trenes, embarcaciones, centros penitenciarios, centros educativos de nivel primario, secundario y superior y establecimientos de salud de cualquier nivel deben contar con desfibriladores externos automáticos y que su personal este entrenado y acreditado en el uso de los mismos.

## ***J. ROL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA RCP***

Para realizar una reanimación cardiopulmonar eficaz se necesita un trabajo en equipo, el cual lo forman médicos y personal de enfermería. Generalmente, las primeras personas en presenciar un paro cardiorrespiratorio es el personal de enfermería a nivel hospitalario; por ello es importante el conocimiento de esta parte fundamental del equipo de salud sobre dicho tema. Es necesario que, tanto enfermeros como técnicos de enfermería, tengan conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar básica, considerándose una regla de oro, porque atendiendo de inmediato y oportunamente existe mayor posibilidad de recuperación total de las víctimas de paro cardíaco. 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. El papel protagónico del personal de enfermería exige poseer una actitud y aptitud efectiva, seguridad y autocontrol 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.

El éxito de la reanimación depende de una serie de factores como:

- **Personal idóneo:** el personal de la salud que intervienen en las maniobras de reanimación deben estar preparados y los servicios de atención deben poseer capacidad técnica, científica y humana. Cabe destacar el papel protagónico del personal de enfermería, el cual debe poseer una serie de características, entre ellas: conocimientos, habilidades, destrezas, motivación, responsabilidad, autocontrol, seguridad, liderazgo y principios éticos que le permitan estar preparado, actuar en forma oportuna y precisa con el fin de disminuir la mortalidad y establecer la supervivencia.
- **Trabajo en equipo:** mejora la realización de las maniobras, minimiza el tiempo de atención directo a las personas y logra el éxito de los resultados.
- **Coordinación oportuna y precisa:** garantiza la optimización de recursos, organización de funciones, medio para la consecución de objetivos y armonización de las decisiones.
- **Tiempo:** determina la probabilidad de supervivencia. Se considera una regla de oro.
- **Persona:** durante la reanimación no se puede olvidar el paciente como persona integral digna de respeto y atención oportuna y adecuada; la reanimación reta a los profesionales de la salud a tomar decisiones rápidas, bajo presión y en escenarios dramáticos requiriendo seguridad absoluta y autocontrol (23).

## 2.6. DEFINICIONES DE TERMINOS BASICOS:

A continuación se expone algunos términos utilizados en la investigación.

**NIVEL DE CONOCIMIENTO:** Es toda aquella información que posee el profesional de Enfermería en relación a la RCP Básico, que es obtenida a través de un cuestionario, medido en alto, medio y bajo.

**ENFERMERO(A):** Profesional de sexo femenino o masculino, que posee competencias cognitiva, valorativo y procedimental, en la atención del paciente en situación de emergencia.

**PARO RESPIRATORIO (PR):** Ausencia de la respiración (apnea) con actividad cardíaca detectable y pulso palpable, se debe determinar si las respiraciones no son adecuadas para abrir rápidamente la vía aérea, a fin de prevenir el paro cardíaco y el daño por isquemia al cerebro y otros órganos.

**PARO CARDIACO (PC):** Cese de la actividad mecánica del corazón confirmada por la ausencia de pulso arterial central (pulso carotideo), inconsciencia. Se puede señalar a una víctima con PC observando la ausencia de signos de circulación (respiración, tos, movimientos).

**PARO CARDIORRESPIRATORIO (PCR):** Interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible, de la actividad mecánica del corazón y de la respiración espontánea.

Aunque las causas del paro respiratorio y cardíaco son diversas, desde el punto de vista asistencial se tiende a considerar como una entidad única denominada PCR. La interrupción de una de las dos funciones vitales lleva rápida indefectiblemente a la detención de la otra, por lo que su manejo se aborda de forma conjunta. En el paro cardíaco la respiración se lentifica inicialmente, luego se hace bloqueante y acaba deteniéndose del todo al cabo de 30 a 60 segundos.

**MUERTE SÚBITA CARDIACA:** Ocurre de modo inesperado, dentro de la primera hora del comienzo de los síntomas, en pacientes cuya situación previa no hacía previsible un desenlace fatal. Muerte súbita y paro cardiorrespiratorio (PCR) suelen usarse como sinónimos. El concepto de muerte súbita tiene un enfoque fundamentalmente epidemiológico, y el de PCR es de orientación clínica. El cambio a la definición «estilo Ulstein» se vincula con la organización de la atención al PCR y su objetivo es ofrecer una pauta al que atiende a la víctima para la puesta en marcha de una secuencia asistencial conocida como «Cadena de supervivencia».

**REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP):** Conjunto de medidas aplicadas a restaurar circulación para generar un flujo sanguíneo vital permitiendo el aporte de oxígeno y energía al corazón y el cerebro.

Se distinguen tres niveles:

#### **1. Reanimación cardiopulmonar básica (soporte vital básico):**

Conjunto de maniobras destinadas a mantener la función circulatoria y respiratoria, mediante el uso de compresiones torácicas externas y aire espirado desde los pulmones de un reanimador.

Se emplean métodos que no requieren tecnología especial:

Realizar masaje cardíaco externo y apertura de la vía aérea con las manos del reanimador y brindar apoyo ventilatorio con respiración Boca a Boca. Se realiza sin equipamiento, excepto accesorios como la Bolsa de resucitación (Mascara-válvula-bolsa) para evitar el contacto directo boca-boca o boca-nariz. El reconocimiento de la importancia de la desfibrilación precoz para el paciente adulto con paro cardíaco comprobado ha llevado al empleo del desfibrilador automático externo (DAE) por los proveedores tradicionales de RCP básica.

**2. Reanimación cardiopulmonar avanzada (soporte vital cardíaco avanzado):** Debe ser la continuación del soporte vital básico. En este caso se emplean el desfibrilador convencional, el acceso vascular, la intubación orotraqueal, la ventilación mecánica si lo requiere, asimismo se administra oxígeno y fármacos.

**3. Cuidados post-reanimación:** Conjunto de intervenciones que se realizan con la finalidad de mantener la ventilación y circulación sanguínea restablecidas mediante maniobras de RCP.



## **CAPITULO III**

### **VARIABLES E HIPOTESIS**

#### **3.1. DEFINICION DE VARIABLES**

- Nivel de conocimiento: Son los conocimientos teóricos necesarios para hacerle frente a una reanimación cardiopulmonar adulto con sustento científico

### 3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION DE LA VARIABLE
Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar adulto.	Contenido teórico sobre maniobras de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada, con el objetivo de restablecer el funcionamiento normal de los órganos.	El estudio abarca al conjunto de conocimientos para desarrollar una reanimación cardiopulmonar adulto básico - avanzado.	• Valoración Inicial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración del escenario.</li> <li>• Reconocimiento del Paro cardiaco.               <ul style="list-style-type: none"> <li>-Conciencia (Si hay conciencia o si no hay conciencia).</li> <li>-Respiración (si hay respiración o si no hay respiración).</li> </ul> </li> <li>• Causa de la obstrucción de la vía aérea.</li> <li>• Activación Sistema de Emergencia Médica.</li> </ul>	ESCALA DE EVALUACIÓN <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alto</li> <li>• Moderado</li> <li>• Bajo</li> </ul>

			Compresiones torácicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificación (pulso en la arteria carótida)</li> <li>• Técnica adecuada. <ul style="list-style-type: none"> <li>-Lugar de aplicación.</li> <li>-Profundidad.</li> <li>-Frecuencia.</li> <li>-Complicaciones de RCP inadecuado.</li> </ul> </li> </ul>	
			Apertura de la vía Aérea	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnica para permeabilizar la vías aéreas según: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Paciente sin Lesión cervical.</li> <li>-Paciente con sospecha de lesión cervical</li> </ul> </li> </ul>	
			Respiración	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia.</li> <li>• Tiempo.</li> <li>• Técnica.</li> </ul>	
			Administración de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de drogas.</li> </ul>	

### **3.3. HIPOTESIS:**

Existe un bajo nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar adulto en profesionales de Enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión - Huancayo, 2017

## **CAPITULO IV**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **4.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION:**

Cuantitativa, Descriptiva simple, Prospectiva de corte transversal.

El estudio fue de tipo Cuantitativo, ya que se le asignó un valor numérico a la variable de estudio. El Método fue descriptivo porque permitió presentar la información tal y como se obtuvo en un tiempo y espacio determinado señalando las características y propiedades del objetivo de estudio, agrupándolas y sistematizándolas. Fue de corte transversal porque se recolectaron los datos en un solo momento, haciendo un corte en el tiempo según Raúl Delgado (2010). El nivel fue aplicativo ya que se deriva de la realidad para modificarlo y busca contribuir a solucionar una problemática actual de salud (32).

#### **4.2. DISEÑO DE INVESTIGACION:**

El diseño de investigación fue Descriptivo Simple según Hernández Sampieri (2006) que responde al siguiente esquema:

$M - O$

Donde:

**M:** muestra representativo del estudio

**O:** descripción de la variable estudiada (nivel de conocimiento de Reanimación Cardio Pulmonar)

### **4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA:**

#### **4.3.1. POBLACION:**

El estudio de investigación fue una población muestral ya que su población fue pequeña y accesible. Y estuvo constituida solo por 27 enfermeras(os) del Servicio de Emergencia del hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión - Huancayo, 2017

#### **4.3.2. MUESTRA:**

Estuvo conformada por 26 Licenciados en Enfermería, que trabajan en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión-Huancayo, 2017.

#### **5.3.2.1. CRITERIOS DE SELECCIÓN:**

##### **5.3.2.1.1. LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Enfermeras que trabajan en el servicio de emergencia.
- Enfermeras que aceptan participar en el estudio.

##### **5.3.2.1.2. LOS CRITERIOS DE EXCLUSIÓN SON:**

- Enfermeras que estén de vacaciones, licencia por enfermedad o pasantías.

#### **4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

##### **4.4.1 TÉCNICA**

La técnica que se aplicó fue la encuesta que permitió obtener datos sobre el nivel de conocimientos sobre la reanimación cardiopulmonar adulto del personal de enfermería del servicio de emergencia.

##### **4.4.2 INSTRUMENTO**

El instrumento que se aplicó fue el Cuestionario, que consta de presentación, datos generales y datos específicos con 24 preguntas.

La validez del contenido del instrumento: cuestionario se realizó mediante Juicio de Expertos, conformado por 7 especialistas en emergencia, cuyas opiniones sirvieron para mejorar el instrumento.

Los puntajes serán sometidos a la prueba binomial para determinar el error de significancia mediante la tabla de concordancia de modo que luego de haberse realizado las modificaciones de acuerdo a las sugerencias se procederá a recoger los datos.

#### **4.5. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la ejecución del estudio se realizó los trámites administrativos necesarios al Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión - Huancayo, mediante un oficio para obtener la autorización.

Luego de haber sido aceptado se realizara las coordinaciones pertinentes a fin de iniciar la recolección de datos a partir de la primera semana hasta la cuarta semana de Setiembre del 2017 considerando su rol de turnos programados del personal de enfermería del servicio de emergencia y teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, los derechos de anonimato, la libre participación y confidencialidad.

Se realizó durante 4 semanas de manera simultánea en cada uno de los servicios y el tiempo promedio previsto fue de 15 minutos por cada profesional de enfermería encuestado.

Una vez finalizada la recolección de datos, se procedió al procesamiento de datos, para lo cual se diseñará previamente una hoja de codificación; luego se realizó la tabulación de forma manual, y se hizo uso de tablas y cuadros estadísticos que fueron procesados por el programa estadístico SPSSV23.

#### **4.6. PROCESAMIENTO ESTADISTICO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Luego de obtenido los datos, estos fueron procesados mediante paquetes estadísticos previa elaboración de la tabla de códigos asignando a la respuesta el valor de 0 (correcta) y de 1 (incorrecta); así como la tabla matriz a fin de que luego sean presentados en gráficos y/o en tablas estadísticos para el análisis e interpretación considerando los antecedentes y el marco teórico.

Se evaluó la confiabilidad de los instrumentos, mediante el coeficiente Alfa de Cronbach. La clasificación cuantificada de los conocimientos sobre Reanimación Cardiopulmonar Adulto del enfermero (a) es:



ALTO : 17 a 24.  
MODERADO : 09 a 16.  
BAJO : 0 A 08.

Tabulados los datos numéricos, porcentualmente se analizaran. A su vez se sumaron los subtotales de cada ítem parar determinar sus valores porcentuales y su posterior análisis.

Para el proceso de análisis e interpretación de datos se utilizara la estadística descriptiva y medidas de dispersión para determinar la frecuencia y proporción de las variables y se realizó el análisis e interpretación de datos, teniendo en cuenta la base teórica revisada, realizando así un contraste entre los datos obtenidos y nuestra realidad, en primer término en cuanto a los datos generales y luego a los datos específicos que se relacionan directamente con la variable del estudio.

## **CAPITULO V**

### **RESULTADOS**

A continuación se presenta los resultados de la investigación, para lo cual las tablas y figuras estadísticas nos plasmaron el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar adulto en profesionales de enfermería del servicio emergencia del hospital regional docente clínico quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo, los resultados de la variable se consideró la caracterización de la muestra de estudio así como los resultados descriptivos de las variables especificadas; finalmente se encuentra la prueba de hipótesis, la cual se encuentra desarrollada siguiendo los pasos que los autores nos recomiendan.

**TABLA N° 5.1**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN  
CARDIOPULMONAR ADULTO EN LA VALORACIÓN INICIAL EN  
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO EMERGENCIA  
DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO  
DANIEL ALCIDES CARRION - HUANCAYO, 2017**

<b>Valoración inicial</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>ALTO</b>	15	58%
<b>MODERADO</b>	8	31%
<b>BAJO</b>	1	11%
<b>TOTAL</b>	26	100%

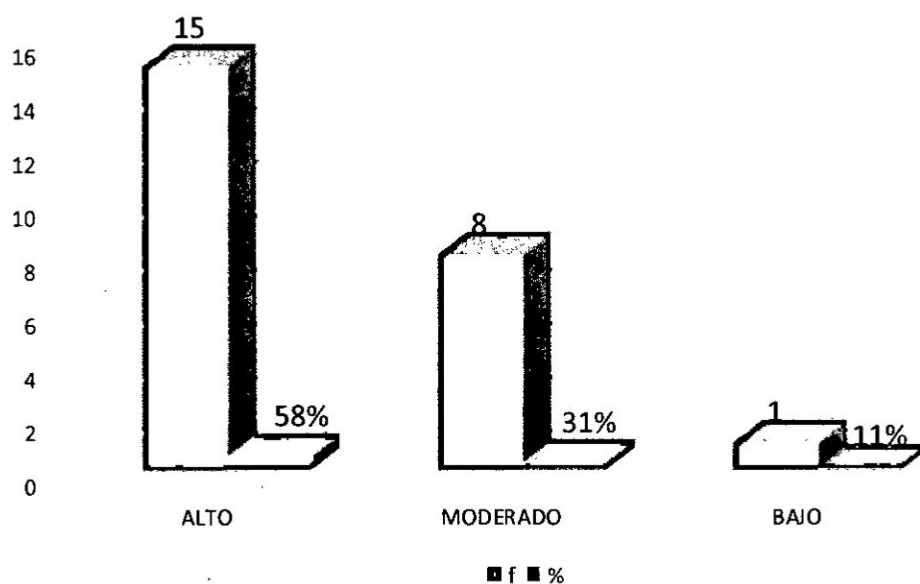
**Fuente:** Cuestionario sobre conocimiento de reanimación cardiopulmonar adulto aplicado a los profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión - Huancayo, 2017.

<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>Moda</b>	<b>Desviación estándar</b>	<b>Varianza</b>
<b>1,21</b>	1,00	1	0,463	0,215

Como podemos visualizar en la tabla N°1, nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar adulto en la valoración inicial en profesionales de enfermería del servicio de emergencia, del 100%(26) de enfermeros(as) en estudio, el 58%(15) de enfermeros(as) presenta conocimiento alto, el 31%(8) de enfermeros(as) presenta conocimiento moderado y el 11%(1) de enfermeros(as) presenta conocimiento bajo.

**GRÁFICO N° 5.1**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN  
CARDIOPULMONAR ADULTO EN LA VALORACIÓN INICIAL EN  
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO EMERGENCIA  
DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO  
DANIEL ALCIDES CARRION - HUANCAYO, 2017**



*Fuente: Interpretación de resultados SPSV23*

**TABLA N° 5.2**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN  
CARDIOPULMONAR ADULTO EN COMPRESIONES TORACICAS EN  
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO EMERGENCIA  
DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO  
DANIEL ALCIDES CARRION - HUANCAYO, 2017.**

<b>Estabilización</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>ALTO</b>	11	42%
<b>MODERADO</b>	12	46%
<b>BAJO</b>	3	12%
<b>TOTAL</b>	26	100%

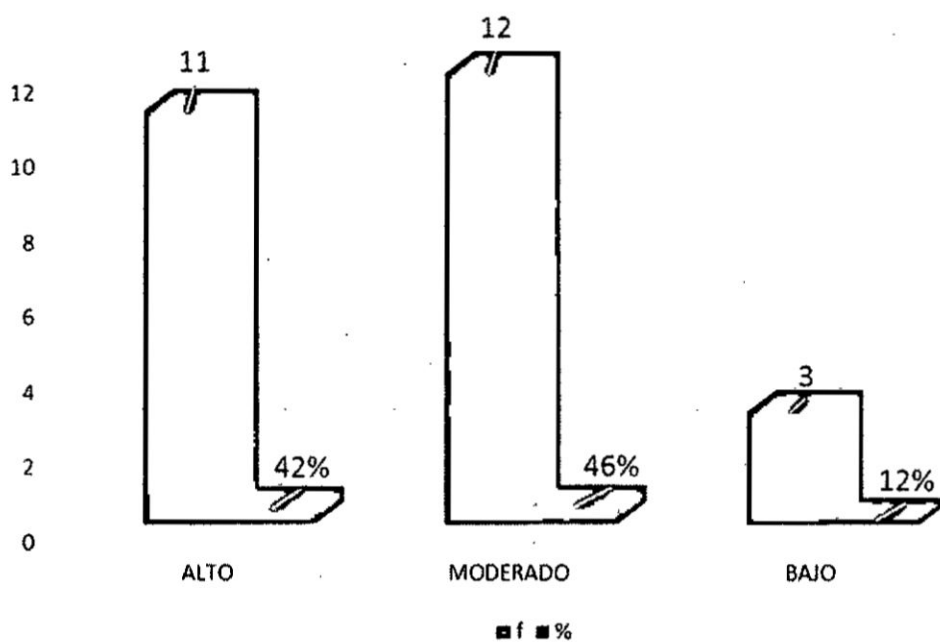
**Fuente:** Cuestionario sobre conocimiento de reanimación cardiopulmonar adulto aplicado a los profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión - Huancayo, 2017.

<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>Moda</b>	<b>Desviación estándar</b>	<b>Varianza</b>
1,15	1,00	1	0,463	0,216

Como podemos visualizar en la tabla N°2, nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar adulto en compresiones torácicas en profesionales de enfermería del servicio de emergencia, del 100%(26) de enfermeros(as) en estudio, el 42%(11) de enfermeros(as) presenta conocimiento alto, el 46%(12) de enfermeros(as) presenta conocimiento moderado y el 12%(3) de enfermeros(as) presenta conocimiento bajo.

GRÁFICO N° 5.2

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN  
CARDIOPULMONAR ADULTO EN COMPRESIONES TORACICAS EN  
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO EMERGENCIA  
DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO  
DANIEL ALCIDES CARRION - HUANCAYO, 2017



*Fuente: Interpretación de resultados SPSV23*

**TABLA N° 5.3**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN  
CARDIOPULMONAR ADULTO EN LA APERTURA DE LAS VIAS  
AEREAS EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO  
EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO  
QUIRURGICO DANIEL ALCIDES CARRION - HUANCAYO, 2017**

<b>Ventilación</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>ALTO</b>	12	46%
<b>MODERADO</b>	10	39%
<b>BAJO</b>	4	15%
<b>TOTAL</b>	26	100%

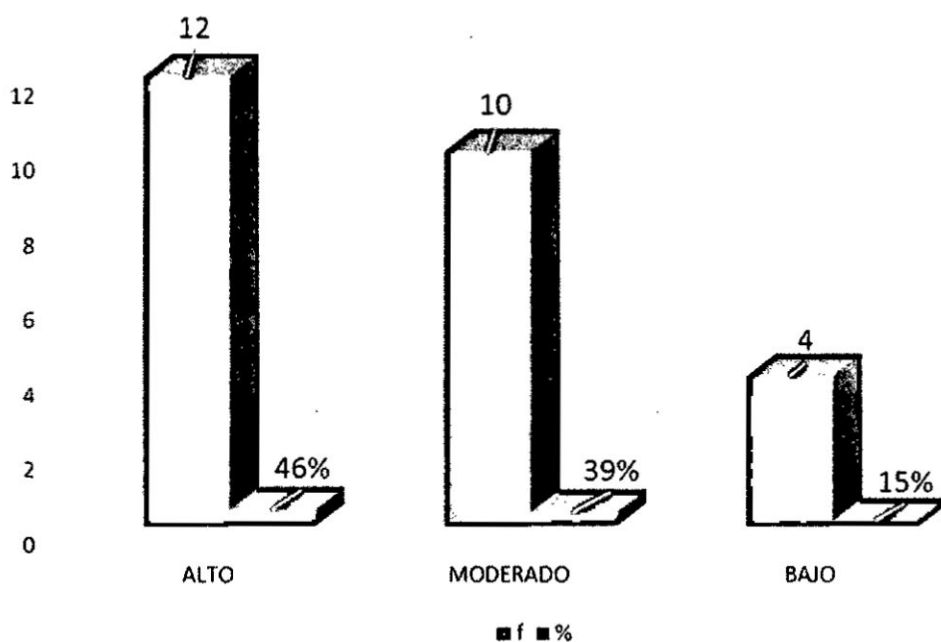
**Fuente:** Cuestionario sobre conocimiento de reanimación cardiopulmonar adulto aplicado a los profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión - Huancayo, 2017.

<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>Moda</b>	<b>Desviación estándar</b>	<b>Varianza</b>
<b>1,74</b>	2,00	1	0,871	0,759

Como podemos visualizar en la tabla N°3, nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar adulto en la apertura de las vías aéreas en profesionales de enfermería del servicio de emergencia, del 100%(26) de enfermeros(as) en estudio, el 46%(12) de enfermeros(as) presenta conocimiento alto, el 39%(10) de enfermeros(as) presenta conocimiento moderado, el 15%(4) de enfermeros(as) presenta conocimiento bajo.

GRÁFICO N° 5.3

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN  
CARDIOPULMONAR ADULTO EN LA APERTURA DE LAS VIAS  
AEREAS EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO  
EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO  
QUIRURGICO DANIEL ALCIDES CARRION - HUANCAYO, 2017



*Fuente: Interpretación de resultados SPSV23*



**TABLA N° 5.4**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN  
CARDIOPULMONAR ADULTO EN LA RESPIRACION EN  
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE  
EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO  
QUIRURGICO DANIEL ALCIDES CARRION - HUANCAYO, 2017.**

<b>Masaje Externo</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>ALTO</b>	11	42%
<b>MODERADO</b>	11	42%
<b>BAJO</b>	4	16%
<b>TOTAL</b>	26	100%

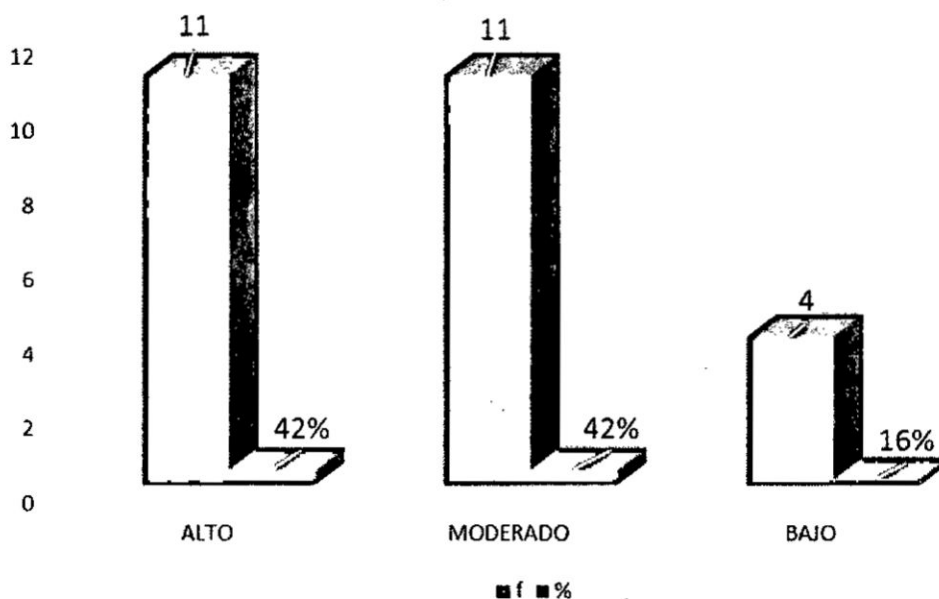
**Fuente:** Cuestionario sobre conocimiento de reanimación cardiopulmonar adulto aplicado a los profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión - Huancayo, 2017.

<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>Moda</b>	<b>Desviación estándar</b>	<b>Varianza</b>
1,47	1,00	1	0,830	0,689

Como podemos visualizar en la tabla N°4, nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar adulto en la respiración en profesionales de enfermería del servicio de emergencia, del 100%(26) de enfermeros(as) en estudio, el 42%(11) de enfermeros(as) presenta conocimiento alto, el 42%(11) de enfermeros(as) presenta conocimiento moderado, el 16%(4) de enfermeros(as) presenta conocimiento bajo.

**GRAFICO N° 5.4**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN  
CARDIOPULMONAR ADULTO EN LA RESPIRACION EN  
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE  
EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO  
QUIRURGICO DANIEL ALCIDES CARRION - HUANCAYO, 2017.**



*Fuente: Interpretación de resultados SPSV23*

**TABLA N° 5.5**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN  
CARDIOPULMONAR ADULTO EN ADMINISTRACION DE  
FARMACOS EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO  
DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO  
QUIRURGICO DANIEL ALCIDES CARRION - HUANCAYO, 2017.**

<b>Nivel de Conocimiento</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>ALTO</b>	11	42%
<b>MODERADO</b>	12	47%
<b>BAJO</b>	3	11%
<b>TOTAL</b>	26	100%

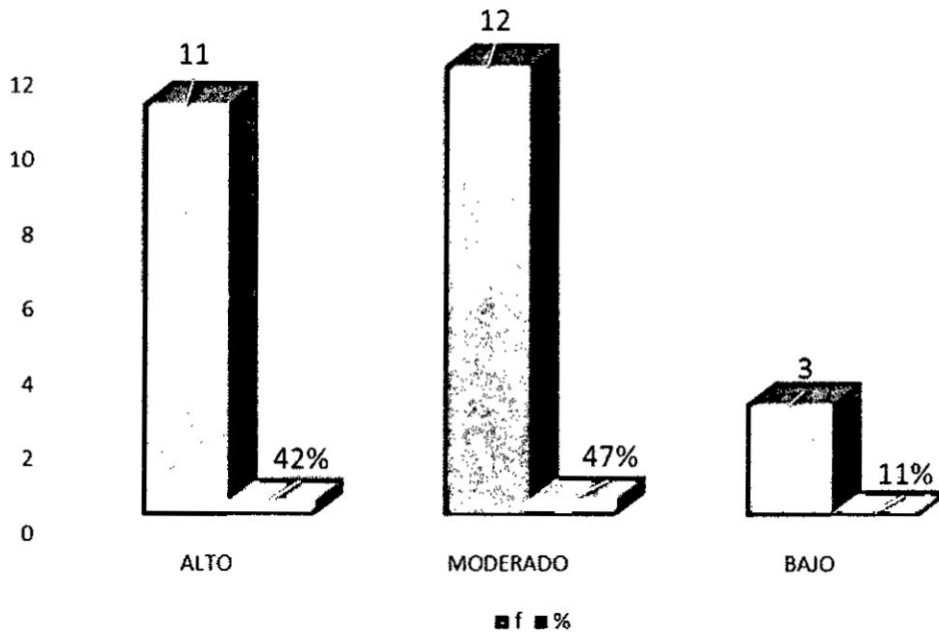
**Fuente:** Cuestionario sobre conocimiento de reanimación cardiopulmonar adulto aplicado a los profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión - Huancayo, 2017.

<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>Moda</b>	<b>Desviación estándar</b>	<b>Varianza</b>
<b>1,13</b>	1,00	1	0,337	0,114

Como podemos visualizar en la tabla N°5, nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar adulto en administración de fármacos en profesionales de enfermería del servicio de emergencia, del 100%(26) de enfermeros(as) en estudio, el 42%(11) de enfermeros(as) presenta conocimiento alto, el 47%(12) de enfermeros(as) presenta conocimiento moderado y 11%(3) de enfermeros(as) presenta conocimiento bajo.

**GRAFICO N° 5.5**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN  
CARDIOPULMONAR ADULTO EN ADMINISTRACION DE  
FARMACOS EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO  
DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO  
QUIRURGICO DANIEL ALCIDES CARRION - HUANCAYO, 2017.**



*Fuente: Interpretación de resultados SPSV23*

**TABLA N° 5.6**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN  
CARDIOPULMONAR ADULTO EN PROFESIONALES DE  
ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL  
REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO DANIEL ALCIDES  
CARRION - HUANCAYO, 2017**

<b>Masaje Externo</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>ALTO</b>	11	42%
<b>MODERADO</b>	13	50%
<b>BAJO</b>	2	8%
<b>TOTAL</b>	26	100%

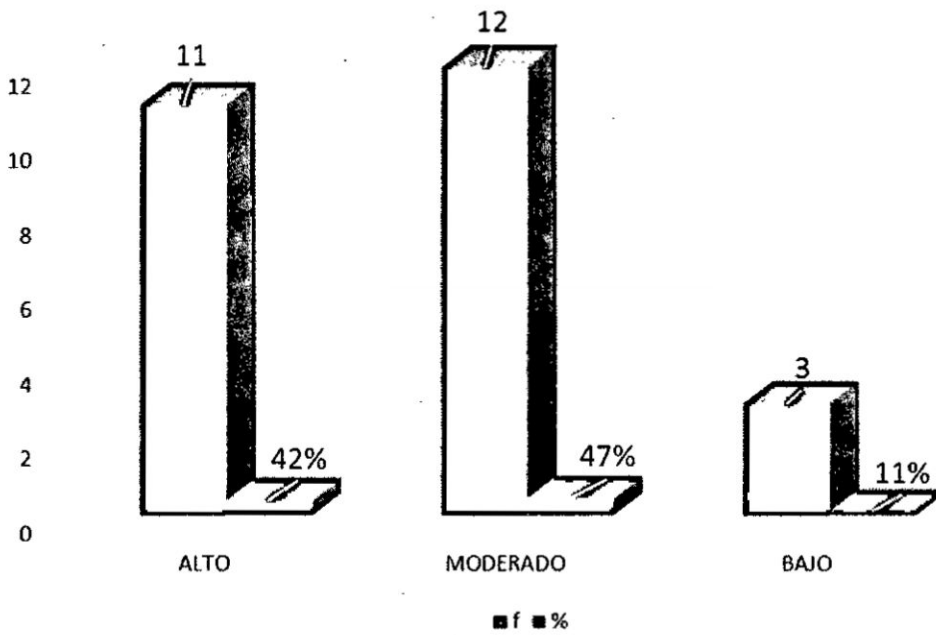
**Fuente:** Cuestionario sobre conocimiento de reanimación cardiopulmonar adulto aplicado a los profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión - Huancayo, 2017.

<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>Moda</b>	<b>Desviación estándar</b>	<b>Varianza</b>
1,47	1,00	1	0,830	0,689

Como podemos visualizar en la tabla N°6, nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar adulto en profesionales de enfermería del servicio de emergencia, del 100%(26) de enfermeros(as) en estudio, el 42%(11) de enfermeros(as) presenta conocimiento alto, el 50%(13) de enfermeros(as) presenta conocimiento moderado y el 8%(2) de enfermeros(as) presenta conocimiento bajo.

**GRAFICO N° 5.6**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN  
CARDIOPULMONAR ADULTO EN PROFESIONALES DE  
ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL  
REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO DANIEL ALCIDES  
CARRION - HUANCAYO, 2017**



*Fuente: Interpretación de resultados SPSV23*

## ALFA DE CROMBACH (CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO)

### Confiabilidad de los instrumentos de investigación

Para evaluar la confiabilidad de los instrumentos, mediante el coeficiente Alfa de Cronbach se utilizó la siguiente fórmula:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left( 1 - \frac{\sum s_i^2}{S^2} \right)$$

Escala de interpretación de la Confiabilidad

Intervalo	Descripción
0,53 a menos	<i>Confiabilidad nula</i>
0,54 a 0,59	<i>Confiabilidad baja</i>
0,60 a 0,65	<i>Confiable</i>
0,66 a 0,71	<i>Muy confiable</i>
0,72 a 0,99	<i>Excelente confiabilidad</i>
1,00	<i>Confiabilidad perfecta</i>

Fuente: Triola, M. (2009; 528)

Luego del procesamiento de fórmula y por connotación por el programa estadístico SPSSV23 el instrumento obtuvo como resultado:

ESTADÍSTICAS DE CONFIABILIDAD	
Alfa de Cronbach	N de elementos evaluados
0,855	26

Por lo tanto, el instrumento evaluado tiene excelente confiabilidad para su aplicación.

## **CAPITULO VI**

### **DISCUSION DE RESULTADOS**

#### **6.1. Contratación de hipótesis con los resultados:**

1. Como podemos visualizar en la tabla N°1, que el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar adulto en la valoración inicial en profesionales de enfermería del servicio de emergencia sabiendo que la valoración inicial, es una parte principal del procedimiento muy importante para poder reconocer si empezar o no el RCP, las enfermeras del servicio de emergencia supieron reconocer del 100%(26) de enfermeros(as) en estudio, solo el 58%(15) de enfermeros(as) reconocieron y el 11%(1) de enfermeros(as) no supieron reconocer los signos ante una valoración inicial.
2. Como podemos visualizar en la tabla N°2, nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar adulto en compresiones torácicas en profesionales de enfermería del servicio de emergencia, sabiendo q las compresiones torácicas son muy importantes ya que al verificar que si no hay pulso carotideo inmediatamente debemos realizar las compresiones torácicas en la mitad inferior del esternón o entre la línea media mamilar ya que si el reanimador no realiza una buena compresión torácica no va a fluir la sangre al cerebro y al corazón, del 100%(26) de



enfermeros(as) en estudio, el 42%(11) de enfermeros(as) reconocieron en que momento comenzar las compresiones torácicas y el 12%(3) de enfermeros(as) no supieron reconocer las maniobras de compresión torácica.

3. Como podemos visualizar en la tabla N°3, el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar adulto en la apertura de las vías aéreas en profesionales de enfermería del servicio de emergencia, del 100%(26) de enfermeros(as) en estudio, el 46%(12) de enfermeros(as) reconocieron las maniobras frente-mentón y el 15%(4) de enfermeros(as) no supieron reconocer la maniobra ni el procedimiento ya que en una víctima inconsciente la falta de tono muscular provoca el desplazamiento pasivo de la lengua y epiglotis hacia la pared posterior de la orofaringe, obstruyendo la entrada de aire. Para evitarlo se coloca a la víctima en posición supina (boca arriba) y se inclina la cabeza hacia atrás: Maniobra frente-mentón. Con estas maniobras se suele conseguir una vía aérea permeable. Pero si se sospecha de víctima con trauma, se deberá aperturar vía aérea con la tracción mandibular a fin de controlar la cervical y evitar complicaciones.

4. Como podemos visualizar en la tabla N°4, el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar adulto en la respiración en profesionales de enfermería del servicio de emergencia, del 100%(26) de enfermeros(as) en estudio, el 42%(11) de enfermeros(as) supieron brindar la respiración adecuada o dar un sistema de ventilación asistida, sabiendo que es un paso vital del procedimiento pudiendo así brindar 2 respiraciones de 1segundo cada uno, con la técnica boca a boca, para ello ocluya los orificios nasales, extendiendo la cabeza, elevando el mentón y la boca entreabierta. Colocan los labios alrededor de la boca de la víctima de manera que no se escape el aire y luego se insufla el aire durante un segundo y se comprueba que el pecho de la víctima se expanda y que el aire es expulsado al suspender la maniobra. Si se cuenta con un sistema para dar ventilación asistida (bolsa de reanimación autoinflable) debe emplearse en vez de la ventilación boca a boca. Y el 16%(4) de enfermeros(as) no lo reconoce pudiendo existir un riesgo de contraer infecciones por causa del RCP, se debe exigir al personal de salud que tome precauciones estándar cuando pueden estar expuestos al contacto con sangre u otros fluidos (ejemplo saliva). Tomar precauciones usando un dispositivo de barrera, como mascarilla facial o un sistema bolsa mascarilla para las respiraciones.

5. Como podemos visualizar en la tabla N°5, el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar adulto en administración de fármacos en profesionales de enfermería del servicio de emergencia, del 100%(26) de enfermeros(as) en estudio, el 42%(11) de enfermeros(as) reconoce que administrar y 11%(3) de enfermeros(as) duda en que momento administrar.

6. Como podemos visualizar en la tabla N°6, nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar adulto en profesionales de enfermería del servicio de emergencia, del 100%(26) de enfermeros(as) en estudio, el 42%(11) de enfermeros(as) presenta conocimiento alto, el 50%(13) de enfermeros(as) presenta conocimiento moderado, el 8%(2) de enfermeros(as) presenta conocimiento bajo. Siendo un servicio crítico y vital para los pacientes, los profesionales de enfermería deberían ser una de las áreas críticas más capacitadas para una atención integral óptima y de calidad.

## **6.2. Contrastación de resultados con otros estudios similares:**

1. Osorio Rivadeneyra, Yasmín realizó una investigación sobre conocimientos de las enfermeras del servicio de emergencia del Hospital Nacional Sergio Bernales sobre Reanimación

cardiopulmonar, el mayor porcentaje conocen sobre definición, secuencia de RCP básico y avanzando, relación entre compresión torácica y ventilación, técnica de apertura de vía aérea en pacientes con trauma cervical; teniendo un mejor resultado moderado en el del hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo.

2. Benito Julca, Katherine realizó un estudio sobre los conocimientos sobre Reanimación Cardiopulmonar básica en el adulto que tienen las enfermeras del Programa Nacional SAMU el mayor porcentaje conocen en los diferentes aspectos de paro cardiorespiratorio y RCP básico, referido a la definición de PCR, buscar respuesta en el paciente, sobre apertura de vía aérea en comparación de su nivel de conocimiento moderado sobre Reanimación Cardiopulmonar del hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo.

3. Alarcón Ponce, Celita; realizaron un estudio titulado: **Nivel de conocimientos de las enfermeras, sobre maniobras de resucitación cardiopulmonar, 2010**”, la mayoría de enfermeras (59%) tiene un nivel de conocimiento regular sobre la RCP; y según las fases del RCP, su conocimiento también fue regular; sólo en la fase de circulación el nivel de conocimiento fue bueno (48,7%). El

nivel de conocimiento fue independiente de los años de experiencia y capacitaciones recibidas a comparación del resultado moderado en el del hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo.

4. Palma Vásquez Nilton, realizó un estudio del cual refiere que existe un 23% del personal que conoce y tiene habilidades sobre reanimación cardiopulmonar, lo cual está por debajo de estándares internacionales considerados normales. Es pronunciada la diferencia de preparación entre personal técnico, enfermeras e internos, siendo la preparación en el área académica de los internos superiores a enfermeras y técnicos a comparación del resultado moderado en el del hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo.
  
5. Sigvas Astorga Yolanda, realizó un estudio de las enfermeras que laboran en el servicio de Emergencia del Hospital San José del Callao, en cuanto a reanimación cardiopulmonar básica en su mayoría tienen un nivel de conocimiento medio con tendencia a lo alto y en relación de la reanimación “cardiopulmonar avanzada un nivel de conocimiento bajo con tendencia a lo medio a comparación del resultado moderado en el del hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides

Carrión – Huancayo. Por lo tanto es fundamental que el personal de enfermería conozca y esté preparado para realizar una reanimación cardiopulmonar tanto básica como avanzada en forma oportuna, eficiente y eficaz con la finalidad de aumentar la calidad de vida en el paciente y disminuya secuelas.

## **CAPITULO VII**

### **CONCLUSIONES**

Los resultados obtenidos permiten plantear los siguientes conclusiones:

1. El nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar adulto en la valoración inicial en profesionales de enfermería del servicio de emergencia, del 100%(26) de enfermeros(as) en estudio, el 58%(15) de enfermeros(as) presenta conocimiento alto, el 31%(8) de enfermeros(as) presenta conocimiento moderado y el 11%(1) de enfermeros(as) presenta conocimiento bajo. Concluyendo que en la valoración su nivel de conocimiento fue alto.
  
2. El nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar adulto en compresiones torácicas en profesionales de enfermería del servicio de emergencia, del 100%(47) de enfermeros(as) en estudio, el 42%(11) de enfermeros(as) presenta conocimiento alto, el 46%(12) de enfermeros(as) presenta conocimiento moderado y el 12%(3) de enfermeros(as) presenta conocimiento bajo. Concluyendo que su nivel de conocimiento en compresiones torácicas fue moderado.
  
3. Su nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar adulto en la apertura de las vías aéreas en profesionales de enfermería del servicio de emergencia, del 100%(26) de enfermeros(as) en estudio, el 46%(12) de enfermeros(as) presenta conocimiento alto, el 39%(10) de enfermeros(as) presenta conocimiento moderado, el 15%(4) de enfermeros(as) presenta conocimiento bajo.

Concluyendo que su nivel de conocimiento en aperturas de vías aéreas fue alto.

4. El nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar adulto en la respiración en profesionales de enfermería del servicio de emergencia, del 100%(26) de enfermeros(as) en estudio, el 42%(11) de enfermeros(as) presenta conocimiento alto, el 42%(11) de enfermeros(as) presenta conocimiento moderado, el 16%(4) de enfermeros(as) presenta conocimiento bajo. Concluyendo que su nivel de conocimiento fue de alto a moderado.
  
5. El nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar adulto en administración de fármacos en profesionales de enfermería del servicio de emergencia, del 100%(26) de enfermeros(as) en estudio, el 42%(11) de enfermeros(as) presenta conocimiento alto, el 47%(12) de enfermeros(as) presenta conocimiento moderado y 11%(3) de enfermeros(as) presenta conocimiento bajo. Concluyendo que su nivel de conocimiento fue moderado.
  
6. El nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar adulto en profesionales de enfermería del servicio de emergencia, del 100%(26) de enfermeros(as) en estudio, el 42%(11) de enfermeros(as) presenta conocimiento alto, el 50%(13) de enfermeros(as) presenta conocimiento moderado, el 8%(2) de enfermeros(as) presenta conocimiento bajo. Concluyendo que su nivel de conocimiento en reanimación cardiopulmonar es moderado en el servicio de Emergencia.



## **CAPITULO VIII**

### **RECOMENDACIONES**

1. Promover capacitaciones periódicas sobre las maniobras de reanimación cardiopulmonar y que certifique su aplicación.
2. Que se realice un estudio comparativo entre conocimientos y prácticas sobre las maniobras de Reanimación Cardiopulmonar en los profesionales de enfermería.
3. La facilidad a los profesionales de enfermería para la realización de estudios de post grado para su especialidad.
4. Promover en el personal de enfermería la elaboración de protocolos o guías de procedimiento de reanimación cardiopulmonar en la Institución.
5. Fortalecer la investigación, haciendo estudios comparativos entre conocimientos y prácticas de reanimación cardiopulmonar en el personal de enfermería.
6. Promover la elaboración de estrategias de intervención que permitan al personal de enfermería actuar adecuadamente frente al paro cardiorrespiratorio, siguiendo las pautas de la AHA 2015.

## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) VIGO RAMOS, JORGE. Revista Peruana med. exp. salud pública "Muerte súbita y emergencias cardiovasculares: problemática actual" v.25 n.2 Lima abr. /jun. 2008. pag.11, 37

(2) Flisfisch H., Aguilo J., Leal F. Actualización en paro cardiorespiratorio y resucitación cardiopulmonar. Revista Medicina y Humanidades Vol VI N°I, Chile. Año 2014.

(3) Meaney P. Calidad de la reanimación cardiopulmonar: mejora de los resultados de la reanimación cardíaca intra y extrahospitalaria Declaración de consenso de la American Heart Association. Revista CIRCULACIÓN. Año 2014.

(4) Consejo Peruano De Reanimación del Perú. Normas Peruanas de la Reanimación Cardiopulmonar del Soporte Básico de Vida y de la Desfibrilación Temprana – Consenso Mundial 2010. Perú , Octubre del 2011.

(5) Cueto M. Conocimiento del personal de enfermería de un hospital materno-infantil sobre técnicas de reanimación cardiopulmonar. España Universidad de Oviedo. Junio 2013.

(6) VIGO RAMOS, JORGE. Normas Peruanas de la Reanimación Cardiopulmonar, del Soporte Básico de Vida y de la Desfibrilación Temprana – Consenso Mundial 2010 – Lima - Perú. pág. 10 – 52

(7) Revista Española de Cardiología. Epidemiology of sudden Cardiac Death. Supl. 2013;13(A):2-6 - Vol. 13. España. Pág. 2.

(8) VIGO RAMOS, JORGE. Revista Peruana med. exp. salud pública Muerte súbita y emergencias cardiovasculares: problemática actual v.25 n.2 Lima abr. /jun. 2008. pag.11, 37

(9) Achury D. Role of Nursing Professionals in Cardio Pulmonary Resuscitation. Disponible en: <http://encolombia.com/medicina/revistasmedicas/enfermeria/ve123/roldelprofesionaenenfermeria/#sthash.Z16LVqJ3.dpuf>.

(10) Díaz P., Pérez D., Sosa S., Salguero A., Oliva A., Sanchinel I., Arana Y. Reanimación Cardiopulmonar Básica en Personal De Enfermería. Guatemala. 2014.

(11) Cueto M. Conocimiento del personal de enfermería de un hospital materno-infantil sobre técnicas de reanimación cardiopulmonar. España Universidad de Oviedo. Junio 2013.

(12) Caballero L. Nivel de conocimiento de los profesionales de la enfermería sobre las guías de resucitación cardiopulmonar en pacientes adultos. San Juan – Puerto Rico. Año 2011.

(13) Osorio Y. Conocimientos sobre reanimación en las enfermeras del servicio de emergencia: Hospital Nacional Sergio Bernales, Lima. Año 2013.

(14) Osorio Y. Conocimientos sobre reanimación en las enfermeras del servicio de emergencia: Hospital Nacional Sergio Bernales, Lima. Año 2013.

(15) Palma N. Determinación del nivel de conocimiento habilidades y prácticas en reanimación cardiopulmonar básica en personal de enfermería, personal técnico e internos de medicina en el hospital regional de Cajamarca. Año 2009.

(16) SIGUAS ASTORGA, Yolanda María, "Nivel de conocimientos que tiene la enfermera sobre RCP básico y avanzado del adulto en el servicio de emergencia título de Especialista en Enfermería Emergencia y desastre en el año 2005, en la ciudad de Lima – Perú.

(17) Hernández R, Fernández-Collado C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 4ta edición México: Editorial Mc Graw-Hill; 2006.

(18) Escobar D. Fisiopatología del paro cardiorrespiratorio fisiología de la reanimación cardiopulmonar. Artículo de Revisión. Revista Chilena Anest, 41: pág. 18-22. Año 2012.

(19) Nodal P., López J., De La Llera G. Paro cardiorrespiratorio (PCR). Etiología. Diagnóstico. Tratamiento. Revista Cubana Circulación; 45 (3-4). Año 2006.

(20) Consejo Peruano De Reanimación del Perú. Normas Peruanas de la Reanimación Cardiopulmonar del Soporte Básico de Vida y de la Desfibrilación Temprana – Consenso Mundial 2010. Perú , Octubre del 2011.

(21) Meaney P. Calidad de la reanimación cardiopulmonar: mejora de los resultados de la reanimación cardíaca intra y extrahospitalaria Declaración de consenso de la American Heart Association. Revista CIRCULACIÓN. Año 2014.

(22) Falcón A., Navarro V. Vía aérea y ventilación. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/2viaaerea.pdf>

(23) Achuri D. Rol del Profesional en Enfermería en la Reanimación Cardiopulmonar de Adultos. Revista de Actualizaciones en Enfermería Vol. 12 No. 3. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistasmedicas/enfermeria/ve-123/>

(24) P.G. Brindley, M. Beed Adult cardiopulmonary resuscitation: 'Who' rather than 'how'. Br J Anaesth, 112 (2014), pp. 777-779.

(25) P.G. Brindley Patient safety and acute care medicine: Lessons for the future, insights from the past Crit Care, 14 (2010), pp.217-222.

(26) Moro, Eduardo Toshiyuki; y Goulart, Alexandre (2008): «Compression of the cricoid cartilage: current aspects», artículo en la Revista Brasileira de Anestesiología, 58 (6): págs.643-650; diciembre de 2008.

(27) Kouwenhoven, W. B.; Ing, D. R.; Jude, J. R.; Knickerbocker, G. G. (1960): «Closed chest cardiac massage», artículo en la revista JAMA, 173: págs. 1064-1068; 1960.

(28) Marx, John (2003). Rosen Medicina de Urgencias (5.ª edición). España: Elsevier. p. 64.

(29) Safar P. (1968): «Cardiopulmonary resuscitation». World Federation or Societies of Anesthesiologists. A. Laerdal. Stavenger, 1968.

(30) P.G. Brindley Perioperative do-not-resuscitate orders: It is time to talk BMC Anesthesiol, 13 (2013), pp. 1-3

(31) P.G. Brindley, M. Beed Adult cardiopulmonary resuscitation: Who rather than how Br J Anaesth, 112 (2014), pp. 777-779

(32) Delgado A. Raúl (2010), Conceptos Básicos para la Investigación Científica. Peru. Edit. UAP. Edic.1, pp. 107

## ANEXOS

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN
<p><b>PROBLEMA GENERAL</b></p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar adulto en profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión - Huancayo, 2017?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL:</b></p> <p>- Determinar el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar adulto en profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión - Huancayo, 2017</p>	<p>Existe un bajo nivel de Conocimiento Sobre Reanimación Cardiopulmonar adulto En Profesionales De Enfermería del Servicio De emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión,</p>	<p><b>1. TIPO DE INVESTIGACION</b></p> <p>Cuantitativa</p> <p><b>2.NIVEL DE INVESTIGACION</b></p> <p>Aplicativo.</p> <p><b>3.DISEÑO DE LA INVESTIGACION</b></p>	<p><b>1. TÉCNICA</b></p> <p>La técnica que se aplicara será la encuesta.</p> <p><b>2. INSTRUMENTO</b></p> <p>El instrumento que se aplicara será el cuestionario.</p>

<p><b>PROBLEMAS ESPECIFICOS</b></p> <p>1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar adulto en valoración inicial de los profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión - Huancayo, 2017?</p> <p>2. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar adulto en</p>	<p><b>OBJETIVO ESPECIFICOS</b></p> <p>1.- Identificar el conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar adulto en valoración inicial de los profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión - Huancayo, 2017</p> <p>2.- Identificar el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar adulto en</p>	<p>2017</p>	<p>Descriptiva Transversal.</p> <p><b>4. POBLACIÓN</b></p> <p>La población estuvo conformada por 27 Licenciados en enfermería, que trabajan en el Servicio de Emergencia del Hospital R.D.C.Q. Daniel A. Carrión-Hyo, 2017.</p> <p><b>5. MUESTRA</b></p> <p>26 Enfermeras que trabajan en el Servicio de Emergencia.</p>	
--	---	-------------	--	--



<p>Carrión - Huancayo, 2017?</p> <p>4. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar adulto en la respiración de los profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión - Huancayo, 2017?</p> <p>5.- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre reanimación</p>	<p>4. Identificar el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar adulto en la respiración de los profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión - Huancayo, 2017</p> <p>5.- Identificar el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar adulto en administración de fármacos de los profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital</p>			
---	--	--	--	--

<p>cardiopulmonar adulto en administración de fármacos de los profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión - Huancayo, 2017?</p>	<p>Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión - Huancayo, 2017</p>			
--	--	--	--	--

### EBA BINOMIAL (VALIDEZ)

ENUNCIADOS	NUMERO DE JUECES							SUMA	PROBABILIDAD
	juez1	juez2	juez3	juez4	juez5	juez6	juez7		
item1	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
item2	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
item3	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
item4	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
item5	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
item6	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
item7	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
item8	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
item9	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
item10	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
item11	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
								<b>Sumatoria</b>	0.0859375
								<b>p-valor</b>	0.012276786

Por lo tanto, el p calculado = 0.0123 es menor que el p valor estándar de  $p=0.05$  el instrumento es válido para su aplicación.

## INSTRUMENTO

### CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR ADULTO APLICADO A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

#### I. INTRODUCCIÓN

Son los conocimientos teóricos necesarios para hacerle frente a una reanimación cardiopulmonar adulto con sustento científico.

#### II. OBJETIVO

Determinar el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar adulto en profesionales de enfermería del servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión - Huancayo, 2017.

#### III. INSTRUCCIONES

A continuación, se presenta una serie de enunciados. Marque la alternativa que crea conveniente.

#### IV. DATOS GENERALES

##### 1) Edad

- a) De 24 a 30 años ( )
- b) De 31 a 40 años ( )
- c) De 41 años a más ( )

##### 2) Sexo

- a) Masculino ( )
- b) Femenino ( )

##### 3) Condición laboral

- a) Contratado ( )
- b) Nombrado ( )
- c) Otros ( )

##### 4) Ha participado usted en maniobras de Reanimación Cardiopulmonar en situaciones reales.

- a) Si ( )
- b) No ( )

## V. DATOS ESPECÍFICOS

ÍTEMS	Si	No
1. Es necesario saber si el paciente se encuentra inconsciente.		
2. Es necesario activar el sistema de respuesta de emergencias.		
3. El RCP se reconoce principalmente por ausencia de pulso y ausencia de la respiración.		
4. Ante la presencia de una persona en paro cardiorespiratorio, usted debe aplicar la maniobra de RCP, según la Asociación Americana del Corazón (AHA) es: Apertura de la vía aérea, compresiones y ventilación.		
5. Frente un paciente que usted encuentra inconsciente, cianótico y con apnea. El orden asertivo de las acciones es: ACB.		
6. El lugar adecuado para la realización de las compresiones torácicas en adultos es: 3 dedos encima del apéndice xifoides.		
7. Una de las complicaciones más frecuentes de las compresiones torácicas de un RCP inadecuado es: Fractura costal.		
8. La frecuencia de compresiones según la Guía de la AHA 2015 es: 100 cpm.		
9. La profundidad de una compresión torácica en un adulto debe de ser: Solo 5 cm.		
10. ¿Cuál es el intervalo apropiado para interrumpir las compresiones torácicas?: Las interrupciones no son aceptables en ningún caso.		
11. La causa más común que produce obstrucción de vía aérea en un paciente en paro cardiorrespiratorio es: Caída de la lengua.		
12. La permeabilización de la vía aérea en un paciente inconsciente sin lesión cervical se realiza mediante: Maniobra "frente - mentón"		
13. La técnica usada para la permeabilización de la vía aérea en una víctima inconsciente que ha sufrido traumatismo es: Maniobra de "tracción o de empuje mandibular"		
14. Cuando la víctima de paro cardíaco tiene la vía aérea obstruida y no presenta lesión cervical, se aplica: Intentar retirar cuerpos extraños con los dedos.		
15. El tiempo de ventilación que se da en cada respiración: Max. 2 segundo de duración.		
16. Para asumir que la ventilación boca-resucitador manual es óptima. Usted evaluara: El movimiento de expansión del tórax.		
17. La relación de compresiones torácicas y ventilaciones en un adulto cuando hay un reanimador es de: 30/2		
18. En el RCP básico, la técnica para aplicar las ventilaciones es: Se realiza la maniobra frente-mentón, se sella la nariz, se ventila por la boca hasta que se eleve el tórax		
19. ¿El error más común en el tratamiento de un paro cardio respiratorio es?: Periodos prolongados sin ventilación.		
20. ¿Cuál es la situación que mejora la actividad eléctrica sin pulso?		
21. Los casos en los que se debe desfibrilar a un paciente en paro cardiorespiratorio es: En asistolia y taquicardia ventricular.		
22. En el caso de contar con un dispositivo avanzado para la vía aérea como una bolsa de ventilación manual (ejem: AMBU), la relación de compresión-ventilación es de: Al menos 100 cpm continuas y 2 ventilaciones cada 6 segundos		
23. ¿Qué fármaco y en que dosis está recomendado para tratar un paciente con fibrilación ventricular persistente? : es 2 mg de atropina		
24. ¿Cuál es el efecto de la Epinefrina durante un RCP?: La epinefrina mejora la presión de perfusión arterial coronaria y estimula las contracciones espontaneas en la presencia de una asistolia.		
TOTAL		

ente: Elaboración Propia.

EVALUACION DE VARIABLE - BAREMOS

1. ALTO (DE 17 PTS A 24 PTS)
2. MODERADO (DE 09 PTS A 16 PTS)
3. BAJO (DE 0 PTS A 08 PTS)

EVALUACION DE DIMENSIONES – BAREMOS

1. ALTO (DE 04 PTS A 05 PTS)
2. MODERADO (DE 02 PTS A 03 PTS)
3. BAJO (DE 0 PTS A 01 PTS)

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Gobierno Regional de Huancayo  
Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión  
Huancayo - Perú

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

MEMORANDUM N° 241 -2017-HRDCQ-DAC-HYO-DE/UADEI.

ASUNTO: AUTORIZACION PARA ELABORACION Y EJECUCION DE TESIS  
AL: JEFE DE LA UNIDAD DE EMERGENCIA  
DEL: DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL "DANIEL A. CARRION" HUANCAYO  
FECHA: HUANCAYO, 28 AGOSTO DEL 2017

Por el presente comunico a Usted., que visto el Provedo No. 035-HDAC-HYO-UADEI del Jefe de la Unidad de Emergencia y con la opinión favorable del Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación. Esta Dirección autoriza brindar facilidades a doña Nohelia Rubila ANCO URRIBARRI, Flor Nilda DÍAZ OLARTE y Enma Luz MAYTA SANTOS, Licenciadas de Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional del Callao, para la elaboración y ejecución de tesis titulado "NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR ADULTO EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN-HUANCAYO, 2017".

Debiendo brindarles las facilidades para el cumplimiento de sus objetivos.

Atentamente.



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO DANIEL ALCIDES CARRION - HUANCAYO  
Dr. Eduardo Leon Olivares Lopez  
DIRECTOR EJECUTIVO  
28/08/2017

Fuente: Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo 2017

**CONSTANCIA DE VALIDACION**


yo, María I. Quispe Rojas con DNI N° 04080721  
de profesión Enfermera ejerciendo actualmente como Enfermera  
Asistencial en la institución \_\_\_\_\_

Por medio del presente hago contar que he revisado con fines de validación del instrumento *LISTA DE COTEJO- NIVEL DE CONOCIMIENTOS*, para efectos de su aplicación en las enfermeras que laboran en la unidad de emergencia. Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

Nº	CRITERIO	SI	NO	OBSERVACIONES
1.	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	✓		
2.	El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio	✓		
3.	La estructura del instrumento es adecuada	✓		
4.	Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable	✓		
5.	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	✓		
6.	Los ítems son claros y entendibles	✓		
7.	El número de ítems es adecuado para su aplicación	✓		

**SUGERENCIAS**

posee la ejecución

  
Lic. María I. Quispe Rojas  
CEP: 32100 RNE: 6142



### CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

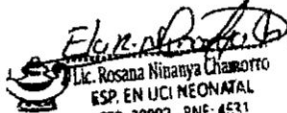
yo, Rosana Nibanya Chamorro con DNI N° 14884-16  
de profesión Enfermera ejerciendo actualmente como Enfermera  
Intensiva en la institución \_\_\_\_\_

Por medio del presente hago contar que he revisado con fines de validación del instrumento LISTA DE COTEJO- NIVEL DE CONOCIMIENTOS, para efectos de su aplicación en las enfermeras que laboran en la unidad de emergencia. Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

Nº	CRITERIO	SI	NO	OBSERVACIONES
1.	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	✓		
2.	El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio	✓		
3.	La estructura del instrumento es adecuada	✓		
4.	Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable	✓		
5.	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	✓		
6.	Los ítems son claros y entendibles	✓		
7.	El número de ítems es adecuado para su aplicación	✓		

#### SUGERENCIAS

Pase a Ejecución

  
Lic. Rosana Nibanya Chamorro  
ESP. EN UCI NEONATAL  
CEP: 20892 - RNE: 4531

### CONSTANCIA DE VALIDACION

yo, LUZ SOTO MALDONADO con DNI N° 20020018  
de profesión ENFERMERO ejerciendo actualmente como ENFERMERA  
ASISTENCIAL en la institución HOSPITAL EL CORIDON

Por medio del presente hago contar que he revisado con fines de validación del instrumento LISTA DE COTEJO- NIVEL DE CONOCIMIENTOS, para efectos de su aplicación en las enfermeras que laboran en la unidad de emergencia. Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

Nº	CRITERIO	SI	NO	OBSERVACIONES
1.	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	✓		
2.	El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio	✓		
3.	La estructura del instrumento es adecuada	✓		
4.	Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable	✓		
5.	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	✓		
6.	Los ítems son claros y entendibles	✓		
7.	El número de ítems es adecuado para su aplicación	✓		

#### SUGERENCIAS

PASE A EJECUCION



**LUZ SOTO MALDONADO**  
ENFERMERA  
CEP 22439

### CONSTANCIA DE VALIDACIÓN


vo. Virginia Laguna Jara con DNI N° 19809973  
de profesión Enfermera ejerciendo actualmente como Enfermera  
asistencial en la institución Hosp. El Carmen  
Huancayo

Por medio del presente hago contar que he revisado con fines de validación del instrumento LISTA DE COTEJO- NIVEL DE CONOCIMIENTOS, para efectos de su aplicación en las enfermeras que laboran en la unidad de emergencia. Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

Nº	CRITERIO	SI	NO	OBSERVACIONES
1.	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2.	El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio	X		
3.	La estructura del instrumento es adecuada	X		
4.	Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable	X		
5.	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
6.	Los ítems son claros y entendibles	X		
7.	El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

#### SUGERENCIAS

Pase a aplicación

  
**Virginia Laguna TAFB**  
C.E.P. 1997