

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

ESCUELA DE POSGRADO



TRABAJO ACADÉMICO

Conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico del personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital

Ernesto German Guzmán Gonzáles - Oxapampa, marzo 2021

Para optar el título de Especialista en:

Enfermería en Emergencias y Desastres

Autora: Lic. Indira Yoshimi DE LA TORRE MENDOZA

Asesor: Mg. William Fermín ESTRELLA URETA

Oxapampa - Perú - 2022

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

ESCUELA DE POSGRADO



TRABAJO ACADÉMICO

Conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico del personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital

Ernesto German Guzmán Gonzáles - Oxapampa, marzo 2021

Sustentado y aprobado ante los miembros del jurado:

Dra. Nelly Marleni HINOSTROZA ROBLES

PRESIDENTE

Dr. Ricardo Arturo GUARDIAN CHAVEZ

MIEMBRO

Mg. Jheysen Luis BALDEON DIEGO

MIEMBRO

RESUMEN

Actualmente son cada vez más frecuentes las muertes súbitas, la razón de ello es el incremento de los factores de riesgo tales como tabaquismo, hipertensión, obesidad, sedentarismo. Según la OMS, “las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares representan problemas de salud pública mundial”. Estas enfermedades se presentan repentinamente con un paro cardiorrespiratorio (PCR), reconociéndose así a las maniobras de la Reanimación cardiopulmonar (RCP) como capaz de revertir la muerte súbita. La RCP es un conjunto de acciones cuyo objetivo principal es proporcionar oxígeno al cerebro y al corazón que pueda restaurar las funciones cardíacas y respiratorias normales evitando el daño en el sistema nervioso central. Surge entonces la necesidad de investigar ¿Cuál es el conocimiento sobre Reanimación Cardiopulmonar del personal de enfermería en el servicio de emergencias del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales – Oxapampa 2021? Siendo el objetivo general determinar el nivel de conocimiento sobre Reanimación cardiopulmonar del personal de enfermería en el servicio de emergencias en el Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales – Oxapampa 2021. El presente estudio es Descriptivo – transversal, estando la muestra constituida 25 enfermeros (as) del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales- Oxapampa 2021 siendo la técnica a utilizarse la encuesta. Los datos fueron recolectados mediante una encuesta basadas en las guías del AHA. con valor de 1 punto la respuesta correcta y como indicador conoce (15-20), conoce parcialmente (10-15) no conoce menos de 10.

Palabras clave: Reanimación cardiopulmonar, Enfermería en emergencias

ABSTRACT

Currently sudden deaths are becoming more frequent, the reason for this is the increase in risk factors such as smoking, hypertension, obesity, sedentary lifestyle. According to the WHO, "cardiovascular and cerebrovascular diseases represent global public health problems". These diseases present suddenly with cardiorespiratory arrest (CRP), thus recognizing cardiopulmonary resuscitation (CPR) maneuvers as capable of reversing sudden death. CPR is a set of actions whose main objective is to provide oxygen to the brain and heart that can restore normal cardiac and respiratory functions while avoiding damage to the central nervous system. The need then arises to investigate what is the knowledge about Cardiopulmonary Resuscitation of the nursing staff in the emergency service of the Ernesto German Guzman Gonzales Hospital - Oxapampa 2021? The general objective being to determine the level of knowledge about cardiopulmonary resuscitation of the nursing staff in the emergency service at the Ernesto German Guzman Gonzales Hospital - Oxapampa 2021. The present study is descriptive - cross-sectional, with the sample consisting of 25 nurses from the Ernesto German Hospital Guzman Gonzales- Oxapampa 2021 being the technique to be used will be the survey. Data were collected through a survey based on the AHA guidelines. with a value of 1 point the correct answer and as an indicator knows 15-20, partially knows 10-15 does not know less than 10.

Keywords: Cardiopulmonary, Nursing in emergencies.

INTRODUCCIÓN

El personal de enfermería tiene la capacidad de realizar con éxito la reanimación cardiopulmonar en la atención de pacientes en situaciones que ameriten realizar dicha técnica, pues previene muertes súbitas y sobre todo brinda una nueva esperanza de vida en todo paciente. La enfermera en emergencias y urgencias es quien en primera instancia atiende a todo paciente en el ingreso a su servicio, por ende, es quien acude inmediatamente ante una situación de PCR (7).

Todo personal de salud conoce en teoría los pasos característicos de una reanimación cardiopulmonar, los médicos son quienes asisten en una RCP avanzado, mientras que la enfermera realiza cuidados de enfermería antes y después de un RCP, ya que vela la integridad física y emocional de todo paciente. Frente a la coyuntura del COVID – 19, se han limitado las reanimaciones cardiopulmonares a todo paciente, realizando solo en casos excepcionales donde interviene un equipo especializado. (4) y (11).

En el Perú más de 15 millones de personas mueren por enfermedades cardiovasculares, mientras que el 60% de personas fallecen en la comodidad de su hogar por PCR, mientras que un 10% ocurre en el trabajo y el 30% solo es evidencia por otra persona, la cual desconoce en su mayoría, e procedimiento de RCP. Así mismo, la capacidad de actuar frente a una situación de emergencia solo puede efectuarse por un personal idóneo, capacitado en maniobras de reanimación cardiopulmonar, utilizando guías y algoritmos actualizados por la AHA, quienes siempre proporcionan las bases científicas y fundamentales en la atención de paciente con paro cardiopulmonar. (10).

En el presente trabajo se han abordado antecedentes y revisiones bibliográficas con el fin de brindar información correcta y oportuna al personal de salud sobre reanimación cardiopulmonar a los pacientes que asistan a todo establecimiento

desalud en el servicio de emergencia

INDICE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

INDICE

I. DATOS GENERALES

a. Título del ensayo académico	1
b. Línea de investigación	1
c. Sub línea de investigación	1
d. Presentado por:	1
e. Fecha de inicio y término	1

II. TEMAS DE INVESTIGACIÓN

a. Identificación del tema	2
b. Delimitación del tema.....	6
c. Recolección de datos.....	6
d. Planteamiento del problema de investigación	29
Problema General.....	31
Problemas específicos.....	32
e. Objetivos	32
Objetivo general	32
Objetivos específicos.....	33
f. Esquema del tema.....	33
g. Desarrollo y argumentación	34
h. Conclusiones.....	55

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

I. DATOS GENERALES

a. Título del ensayo académico

Conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico del personal de Enfermería del servicio de Emergencia del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzáles - Oxapampa, marzo 2021

b. Línea de investigación

Salud Pública, epidemias, recursos medicinales

c. Sub línea de investigación

Gestión del cuidado de enfermería.

d. Presentado por:

Lic. Enf. Indira Yoshimi DE LA TORRE MENDOZA

e. Fecha de inicio y término

Enero – abril 2021

II. TEMA DE INVESTIGACIÓN

En esta etapa investigativa se identifica el trabajo de investigación y se entrega toda la información al momento de determinar el sustento teórico del trabajo de investigación, de igual manera se sintetiza la información recopilada de los hechos.

a. Identificación del tema

Según la OMS (2018), menciona Las enfermedades cardiovasculares afectan a los países de ingresos bajos y medios, y más del 80% de las muertes por esta causa ocurren en estos países, así mismo 17.5 millones de personas murieron por enfermedades cardiovasculares en los últimos años. Menciona también que el 80% de los infartos de miocardio y de los ACV prematuros son prevenibles. Los ataques al corazón generalmente tienen su causa en presencia de una combinación de factores de riesgo, tales como: Fumar, dietas poco saludables y obesidad, inactividad física, consumo perjudicial, hipertensión, diabetes e hiperlipidemia. La atención cardiovascular clínica es costosa y requiere mucho tiempo. Estos costos directos desvían recursos escasos de la familia y la comunidad hacia la atención de la salud. Estas enfermedades afectan a las personas en la edad adulta. Por lo tanto, interfieren con el futuro de las familias que dependen de ellos y, mínimamente, el desarrollo de las naciones al robarlas con preciosos recursos humanos en sus años productivos. En los países industrializados, los grupos socioeconómicos más bajos registran una mayor prevalencia de factores de riesgo, enfermedades más altas de la enfermedad y mayor mortalidad. Así mismo en los países en desarrollo, la epidemia está determinada por la enfermedad cardiovascular, la carga se trasladará a los grupos socioeconómicos más desfavorecidos. (1)

Así mismo la OMS (2018) menciona que en El programa de Intervención Nacional Integrada Europea sobre Enfermedades No Transmisibles (CINDI) tiene como objetivo reducir los factores de riesgo modificables, como el

tabaquismo y la hipertensión, mediante la integración de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Actualmente hay 27 países participando en el programa.

Los otros dos programas también tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades cardiovasculares. La Declaración de Helsingborg sobre el Tratamiento del Ictus se presentó como la culminación de la Reunión de Consenso Paneuropeo sobre el Tratamiento del Ictus, que tuvo lugar en 1995. La reunión fue organizada en colaboración con el Stroke Council. Europa, Federación Mundial de Fisioterapia - Europa, Federación Mundial de Terapia Ocupacional, Federación Europea de Sociedades Neurológicas e International Stroke Association. Se están preparando documentos para el establecimiento de unidades de tratamiento de accidentes cerebrovasculares. El otro es un programa piloto diseñado para mejorar las habilidades educativas de los médicos generales. De esta forma, los médicos generales aprenden cómo educar a los pacientes coronarios para mejorar la calidad de vida y cómo mejorar la rehabilitación y la prevención secundaria.

En Asia, Cada vez hay más pruebas científicas de que las enfermedades cardiovasculares representan una amenaza significativa para los segmentos pobres y marginados de la población. El papel importante de la Oficina Regional de la OMS para el Sudeste Asiático (SERO) es promover la implementación de sistemas confiables, rentables y sostenibles para vigilancia de las principales enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo asociados, y su aplicación a nivel regional y nacional.

También se siguen realizando en la Región actividades de promoción y apoyo técnico destinadas a integrar los programas nacionales de prevención y control de las enfermedades no transmisibles. (1)

La OMS y SEARO (2018) han Hice hincapié en la necesidad de que los responsables de la formulación de políticas dejen de centrarse en la costosa

atención especializada y, en cambio, se centren en la prevención primaria y secundaria a través de intervenciones de atención primaria o secundaria...en la comunidad. También se están realizando esfuerzos para aumentar la conciencia pública sobre los efectos nocivos del consumo de tabaco, e Indonesia, Myanmar, Nepal y Tailandia han lanzado programas nacionales para combatir estas enfermedades. Y en nuestro continente la Organización Panamericana de la Salud (OPS) está impulsando la Red CARMEN (Gestión de la Acción para la Reducción de las Enfermedades Multifactoriales No Transmisibles) como un marcocomún para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en la región de Asia y las Américas. Esta iniciativa fue lanzada en 1997 para reducir los factores de riesgo de estas enfermedades, especialmente las cardiovasculares, mediante la coordinación de actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la comunidad y los servicios de salud comunitarios.

La OPS está colaborando con los Estados Miembros con el fin de respaldar el fortalecimiento de su capacidad para establecer un modelo de prevención interdisciplinaria en el sistema de atención primaria de salud. Este modelo incluye la determinación de los factores de riesgo, la detección temprana de los casos, la prestación de una atención integral y prolongada, y una participación más activa de todos los miembros del equipo de salud y de la comunidad. El tratamiento de la hipertensión y la diabetes es particularmente importante en este modelo. También se establece un sistema de vigilancia regional para los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles cuando los Estados miembros adoptan un enfoque estandarizado.

Otras actividades importantes son la intensificación de la colaboración con diversos actores y grupos comunitarios que desarrollan su labor en esta esfera, la promoción de la creación de coaliciones entre las principales partes

interesadas, y la formulación de iniciativas basadas en las mejores prácticas mediante el apoyo del intercambio de información entre países. (1)

Según el MINSA (2014) en el Ministerio de Salud (Minsa) advirtió que la tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica en Perú, que provoca angina o infartos, es de 28,77%. La coordinadora de enfermedades no transmisibles del MINSA indicó que el 80% de los casos son atribuibles al desarrollo de esta enfermedad sobre los llamados factores de riesgo modificables, es decir, la dieta deficiente, la falta de actividad física y los hábitos dañinos, como el consumo de tabaco. Declaró que, si están en uno de estos grupos, es aconsejable someterse a un control cardiológico al menos una vez al año. Otros factores, no hay riesgo de sufrir de accidente cardiovascular o enfermedad coronaria. Hay enfermedades que vienen repentinamente, y por esta razón no sabemos lo que realmente sentimos. Si siente un dolor en el pecho opresivo, que se puede extender al brazo y el cuello izquierdo, podría afirmar la respiración, los vómitos, las náuseas, las palpitaciones, la transpiración y la ansiedad de que es víctima de un cardíaco de crisis que puede terminar en la muerte súbita, Si no es apropiado. Por esta razón, la importancia de las medidas preventivas de estas enfermedades se ha destacado con la contribución de la atención saludable que es el control del personal apropiado, en tal sentido es importante que todo personal de salud, sobre todo el de enfermería asuma un rol muy importante en la aplicación del RCP Básico frente a las patologías cardíacas, y sobre todo prevenir la muerte o secuelas en los pacientes. Es por ello que dentro de la preparación y capacitación profesional de enfermero se maneje y sobre todo prevenir la muerte o secuelas en los pacientes. Es por ello que dentro de la preparación y capacitación profesional de enfermería maneje y sobre todo conozca las maniobras de RCP Básico con el fin de asegurar la supervivencia de los pacientes. Al trabajar en el servicio de Emergencias del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzáles de Oxapampa se evidenció el poco conocimiento

sobre elRCP Básico y cómo repercute en la atención de pacientes de urgencias y emergencias, por todo lo expuesto se planteó la necesidad realizar el siguiente trabajo.

b. Delimitación del tema

El presente trabajo académico se limitó al Servicio de Emergencia del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzáles de Oxapampa, del departamento de Pasco y se trabajó con todo el personal de Enfermería de dicho servicio, donde se cubrió un periodo de 4 meses, de Enero a abril del año 2021.

El móvil de este trabajo académico radica en el hecho de averiguar el conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básica aplicada por parte del personal de enfermería en la atención de pacientes durante la coyuntura del COVID – 19.

c. Recolección de datos

Según Godoy, A. (2017), menciona en su trabajo de investigación titulado “Conocimientos sobre Soporte Vital Básico en el personal del Hospital Isidro Ayora en la Ciudad de Loja”, el tipo de investigación fue aplicado, utilizando el método científico, con un diseño cuantitativo descriptivo, la técnica de recolección de datos fue la encuesta cuyo instrumento fue el cuestionario, y la muestra fue de 226 profesionales. El 35% de los trabajadores de la salud reciben actualizaciones de SVB de uno a dos años, lo cual es una tasa baja porque para obtener una atención de calidad es fundamental contar con personal capacitado, con espíritu de superación y sobre todo de aprendizaje. El 48% de los profesionales médicos, entre médicos y en formación, conocen muy bien el SVB, porque son las personas que velan por la salud y son en gran parte responsables del cuidado y protección de sus vidas. El 7.9% del personal de salud entre ellos enfermeras y auxiliares contestó el cuestionario sin haber tenido un curso-taller de SVB, lo que permite observar que mediante la práctica

o lectura también se puede autoformar cuando hay entusiasmo y ganas de aprender. Se ha realizado un plan de capacitación como sugerencia para mejorar la calidad de respuesta frente a PCR. (3)

Según Pérez, F. (2017), en su trabajo de investigación titulado “Conocimientos del personal médico sobre resucitación cardiopulmonar avanzado en área de choque, sala de operaciones y unidad de cuidados intensivos del Hospital Alemán Nicaragüense, durante enero y febrero del 2017”, para optar el grado de especialista en Anestesiología y reanimación en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, el tipo de investigación fue aplicada y transversal, utilizando el método científico, en un 39% %, predominio sexo masculino en el 51%, especialistas/residentes 92%, anestesiólogos e internistas. Además, la mayoría reportó haber recibido entrenamiento y certificación en soporte vital. El 51% en general tuvo un nivel de conocimiento sobre RCP que fueron entre especialistas 28% y residentes 23%, considerado como bueno o muy bueno y el restante 49% como regular o inadecuado. El 63% de los especialistas y residentes tuvieron conocimiento muy bueno, pero las diferencias observadas entre ambos no fueron estadísticamente significativas. Ni la certificación, ni la capacitación práctica recibida en soporte vital ni el número de RCP estaban estadísticamente relacionados al nivel de conocimiento.

Las actitudes positivas hacia la capacitación y formación en RCP fueron estadísticamente vinculadas al conocimiento. Los años de experiencia en el campo de los servicios de emergencia y la conciencia de la autonomía de la actitud destinados a realizar soporte vital estaban estadísticamente vinculados al conocimiento. (4)

Según Lazo, M. (2017) realizó el trabajo de investigación titulado “Nivel de conocimiento y aptitudes de la reanimación cardiopulmonar en trabajadores”, como trabajo publicado en la Revista Enfermería del trabajo, el tipo de

investigación fue aplicada, utilizando el método científico, con un diseño no experimental cuantitativo descriptivo observacional, la técnica de recolección de datos fue la encuesta cuyo instrumento fue el cuestionario, y la muestra fue de 98 personas. La conclusión fue que casi la mitad de las personas encuestadas no habían recibido información sobre el procedimiento de reanimación durante más de 2 años y la capacitación que recibieron fue en su mayoría comunicativa, con solo una tercera parte con capacitación real. Se dice que el taller es una de las mejores lecciones, en cuanto a conocimientos y habilidades, se pierden u olvidan por el fenómeno de inhibición retroactiva del cerebro, básicamente es importante consolidar este conocimiento mediante la actualización por habilidades y habilidades, mejorado por laboratorios y talleres de RCP. La mayoría de las clases, programas de reanimación cardiopulmonar, información sobre protocolos y planes de capacitación se centran en los trabajadores de la salud, independientemente del público, a quienes se les pide que comiencen los ejercicios de reanimación inmediatamente después de la reanimación cardiopulmonar para mejorar la supervivencia del paciente. Para los participantes, sería conveniente tener un curso sobre este tema cada 2 años, manteniendo el valor de la RCP, y el 76% dijo que con los conocimientos existentes no podrían realizar la RCP. Solo la mitad de las personas interrogadas participarían activamente en la situación del PCR. Y el 63% respondió que no podrían realizar RCP en caso de PCR.

Se realizó un estudio entrevistando a los trabajadores, analizando sus respuestas antes y después de un curso práctico. En su caso, el 29% dijo que sería útil recibir capacitación en RCP y el 100% no se sintió capaz de realizarla RCP. El 86% puede realizar RCP básica. De lo que se puede deducir, dicha formación es necesaria para que los trabajadores se sientan empoderados y valientes al actuar frente a un PCR. Una vez que logremos nuestro objetivo, estamos listos para decir que se trata de preparar al personal para realizar la

RCP. Todos los trabajadores deben participar en acciones de primeros auxilios, especialmente RCP, y las empresas planifican y capacitan activamente. Se comprometen los trabajadores con leyes específicas de prevención del trabajo a favor de esta formación en primeros auxilios, aunque rose habla de RCP como tal será importante para esto:

- Formación periódica y reglada sobre las maniobras de RCP
- Entrenamiento práctico para su adiestramiento.
- Estudios seriados que nos garanticen que los conocimientos son los necesarios.

Gran parte de nuestra vida la hemos pasado en el entorno laboral, capacitando a los trabajadores para garantizar un entorno más seguro, un rendimiento rápido en comparación con el PCR y extrapolando este conocimiento fuera del lugar de trabajo. En este caso, las enfermeras deben mejorar la educación sanitaria y practicar la RCP básica en el entorno laboral. Crear lugares que sean buenos para la salud del corazón debería ser parte de nuestro trabajo. (5)

Según Rincón, P. et all. (2017) quienes realizaron el trabajo de investigación titulado “Conocimiento del personal de enfermería sobre el manejo del paciente crítico con base en el soporte vital básico” como trabajo publicado en la Revista Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social, el tipo de investigación fue aplicada, utilizando el método científico, con un diseño no experimental cuantitativo descriptivo transversal, la técnica de recolección de datos fue la encuesta cuyo instrumento fue el cuestionario, y la muestra fue de 50 encuestados.

Sus conclusiones fueron que el 100% de los entrevistados corresponde a personales del servicio de enfermería. Se observa que es el doble del personal de la noche que del turno día, es porque existe doble guardia durante la noche. En lo que es posible, la desigualdad es la forma de actitud, ya que el 92% de las

enfermeras respondieron que son de base o nombrado, en comparación con el 8% restante, que finalmente fue personal rotativo. En un cuestionario para el personal de salud, formado por médicos, enfermeras y residente dedicados a la atención de pacientes en condiciones críticas, se tomó en consideración una nota de aprobado si el sujeto ha tenido más de 10 éxitos, a diferencia de este cuestionario en el que se aprobó cuando el sujeto respondió correctamente de 17 a 21 reactivos. De los cuales 9 de los entrevistados ($n = 50$), aprobados el 7% de la encuesta y el 26% no lo aprueba. Indicó que las enfermeras 52.6% aprobaron un cuestionario sobre conocimiento de la SVB, contra el 7,3%, que no fue aprobada. En cuanto al grado teórico de los cuidadores, 52% corresponde a las licenciadas en enfermería, seguidos por los técnicos (20%), post-técnico (18%) y menos la frecuencia de posgrado (10%), no hubo relación entre el grado universitario y la calificación en la investigación de SVB sobre el conocimiento recibido. El mayor porcentaje de aprobación de la investigación estaba en el personal BA (48,6%) y el más pequeño de posgrado (13,5%), una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,240$); Del mismo modo, el estado - El personal de enfermería aprobó en un 40,5%, mientras que el personal de especialista tuvo una calificación más baja (35%), sin diferencias estadísticamente significativas entre la categoría de trabajo y la evaluación de la misma encuesta: $p = 0,180$. Este estudio también informó que 18 encuestados tenían cursos SVB y 72% aprobaron la encuesta. Es alto este porcentaje en comparación con el 28% que no aprobó, y aquellos que no han completado el curso ($n = 32$), el 75% aprobó la encuesta y se confirmó que el 25% restante no lo aprobó, sin ninguna diferencia estadísticamente significativa, $p = 0,830$. En cuanto al personal con la SVB certificación ($N = 7$), el 71,4% aprobaron y el 28,5% restante no aprobó; el personal que no tiene una certificación ($N = 43$) tiene 74.4% aprobaron la encuesta y el 25,6% restante no la aprobó, sin diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,867$). Finalmente, esto nos dice que un

curso de certificación SVB, no garantiza la atención en pacientes críticos. Un punto que debe tenerse en cuenta a este respecto es que, de acuerdo con las guías de la AHA para la reanimación cardiopulmonar, se requiere un tiempo mínimo de actualización para el personal de salud que es dos años y nosotros no consideramos el tiempo de atención a pacientes críticos. Una limitación de este estudio es el tamaño de la población encuestada, por lo que propone este estudio a otras unidades médicas de pacientes en estado crítico al comparar los resultados entre sí y ser capaz de tener más hallazgos de esta manera. (6)

Según Carrón, N., Barrera, M., Rivas, A. y Zancaner, M. (2016), quienes realizaron el trabajo de investigación titulado “Conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básica de los enfermeros en los Servicios de internación del Hospital X en el periodo de diciembre del año 2016”, para optar el título de licenciados en Enfermería en la Instituto Universitario del Hospital Italiano, el tipo de investigación fue aplicada, utilizando el método científico, con un diseño descriptivo, cuantitativo, prospectivo, transversal, la técnica de recolección de datos fue la encuesta cuyo instrumento fue el cuestionario, y la muestra fue de 100 enfermeros.

Cuyas conclusiones fueron que en el presente estudio fue orientada a determinar el conocimiento de los enfermeros y licenciados en enfermería sobre reanimación cardiopulmonar básica de los sectores de internación del Hospital x. Entre los resultados obtenidos, se puede determinar que, para la dimensión de secuencia inicial, que incluye los criterios de seguridad ambiental, el registro del paro respiratorio y la activación del sistema de respuesta a emergencias, las respuestas correctas fueron del 50,80%, que es menor que el 80% esperado, en base a los porcentajes de respuesta correcta establecidos por la AHA para la aprobación de cursos básicos de reanimación RCP.

Para la dimensión "Uso de DEA", que consta de criterios de disponibilidad de DEA, cadencias no traumáticas y potencialmente traumáticas,

la tasa de respuesta correcta es del 40 %, dada la conciencia esperada, y la posición es inferior al 80 %. Esta tendencia de desconocimiento, inferior al 80% esperado, se repite en los criterios definidos en la dimensión "maniobras de presión de pecho", que incluye indicadores de posición de las manos, frecuencia y profundidad de las compresiones, compresiones torácicas intermedias y un número limitado de periodo de tiempo, con una tasa de aciertos del 39,80% Justo. En cuanto a la escala de manejo de la vía aérea, incluyendo relaciones presión/ventilación con bolsas y mascarillas autoinflables y relaciones presión/ventilación sin bolsas autoinflables ni mascarillas protectoras, aunque los resultados no alcanzaron el 80% esperado, el criterio fue que alcanzó el nivel más alto de conocimiento, con una tasa de respuesta correcta del 66%. (29).

El total de las dimensiones escogidas que fueron sometidas a la instancia de valoración de conocimiento en la población de enfermería de la institución mencionada, son de exclusiva importancia para la ejecución de maniobras de RCP de alta calidad, y están respaldadas por asociaciones de gran prestigio internacional que realizan rigurosas revisiones y actualizaciones periódicas de las mismas. La ejecución de su ejecución significa el porcentaje mínimo de interrupción de la promoción, un rápido reconocimiento de eventos de PCR, las notificaciones de servicio de emergencia se aceleraron, el uso de la técnica óptima y una técnica efectiva de la DEA en los ejercicios de compresión y ventilación. Por lo tanto, contribuye a un aumento significativo en la supervivencia de las víctimas y en la reducción de las siguientes piezas potenciales que involucran un período prolongado de los pulmones. La población en estudio, después de aplicar los datos y el análisis correspondiente demostraron conocer las operaciones básicas de recuperación cardiopulmonar, la apariencia se refleja en el porcentaje total de la respuesta correcta 54.23%. A pesar de dicho resultado, no logro alcanzar el 80% establecido para considerarlo como óptimo, considerándose de esta manera un impacto negativo en el

restablecimiento de la circulación espontánea de las víctimas, y como consecuencia un aumento de la morbimortalidad de las mismas ante eventos de PCR donde fueran asistidas. (7)

Según Sánchez, et all. (2015), realizaron el trabajo de investigación titulado “Valoración del nivel de conocimientos y su adecuación en materia de RPC en el personal sanitario de los servicios de urgencias hospitalarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia”, como trabajo publicado en la Revista electrónica trimestral de Enfermería, el tipo de investigación fue aplicada, utilizando el método científico, con un diseño no experimental cuantitativo descriptivo transversal, la técnica de recolección de datos fue la encuesta cuyo instrumento fue el cuestionario, y la muestra fue de 408 profesionales.

Cuyas conclusiones fueron que de los datos recopilados podemos afirmar que el conocimiento en RCP de los profesionales encuestados es aceptable. Según una encuesta realizada por Hopstock, trabajar en servicios de alto riesgo para encontrar una situación termodinámicamente estable para el paciente, ofrece a los trabajadores de salud y les permiten una mayor motivación en esta área del estudio. Sin embargo, existen diferencias significativas entre las diferentes categorías ocupacionales, según lo confirmado por otra investigación, en los servicios de emergencia del Hospital Montes. El porcentaje de enfermeras que pasaron la prueba (37.6%) es bajo. Algunos estudios anteriores han confirmado porcentajes similares, mientras que otra investigación sobre se encontró un nivel de conocimiento en la RCP muy por encima del personal de enfermería del hospital. En los residentes, los resultados muestran que su conocimiento de RCP es ligeramente más alto en comparación con los de enfermería (45.7%).

Sin embargo, este nivel de conocimiento no es suficiente, según otra encuesta reciente realizada en un hospital de Grecia. Los residentes dijeron que

le faltaba preparación y que no estaba preparado para liderar equipos de reanimación cardiopulmonar. Para aumentar la confianza de los profesionales de la salud, se implementan simulaciones para reducir el estrés del personal y las enfermeras residentes, a menudo en situaciones críticas con pacientes reales. Por el contrario, se informó que menos de 10 niños tenían una falta de comprensión y desfibrilación de la RCP según lo recomendado por los estándares internacionales, especialmente en los grupos R1 y R2. Si seguimos los parámetros de calidad de los organismos internacionales (aceptados con una respuesta correcta del 80%), nos encontramos con un nivel de aprobación muy bajo, lo que confirma un estudio previo que mostraba que el conocimiento de la RCP ha disminuido claramente. Además, otro problema es la metodología utilizada en el proceso de formación. En la revisión de la literatura, las necesidades de formación se reflejaron en el BLS y el SVA con un enfoque de aprendizaje experiencial. También se ha descubierto que la formación teórica y práctica es más eficaz que la formación teórica por sí sola. Además, los resultados de un estudio no mostraron diferencias entre la formación de ERC y la AHA en términos de conocimiento del alumno inmediatamente después de la formación.

Otros estudios no han encontrado evidencia de que el uso de una combinación de aprendizaje y capacitación presencial produzca diferencias en los resultados teóricos, incluso con costos reducidos en comparación con los métodos actuales. Sin embargo, usar el correo electrónico directo a su médico debería mantenerlo actualizado con las noticias sobre RCP y aumentar la memoria con conocimientos teóricos comprobados sobre el tema. Actualmente en la Región de Murcia, el programa Perséfone entre sus objetivos está: conseguir una alta calidad en la enseñanza de la RCP y utilizar eficazmente los fondos públicos para la formación en la materia. Este programa destaca la ausencia de

políticas de recursos humanos como un sistema de selección por competencias.

(8)

Según Cueto, M. (2013), quien realizó el trabajo de investigación titulado “Conocimiento del personal de enfermería de un Hospital Materno Infantil sobre técnicas de reanimación cardiopulmonar”, en la Universidad De Oviedo, el tipo de investigación fue aplicado, utilizando el método científico, con un diseño cuantitativo descriptivo transversal, la técnica de recolección de datos fue la encuesta cuyo instrumento fue el cuestionario, y la muestra fue de 83 enfermeros. Se concluyó que el conocimiento de RCP para pacientes adultos y pediátricos en salas de hospitalización materno infantil fue inadecuado, las puntuaciones medias fueron 4,20/10 y 71,4%, respectivamente. Los factores asociados a un mejor conocimiento son: trabajar en una unidad de cuidados intensivos pediátricos o emergencia pediátrica. El nivel más bajo de conocimiento está relacionado con la edad y la experiencia profesional. Las enfermeras mayores con años de experiencia obtienen peores calificaciones.

(9)

Según Olivetto, A et all. (2011) realizaron el trabajo de investigación titulado “Conocimientos teóricos de los enfermeros sobre para cardiorrespiratoria y resucitación cardiopulmonar en unidades no hospitalarias de atención de urgencia y emergencia”, como trabajo publicado en la Revista latinoamericana Enfermagem, el tipo de investigación fue aplicada, utilizando el método científico, con un diseño no experimental cuantitativo descriptivo transversal, la técnica de recolección de datos fue la encuesta cuyo instrumento fue el cuestionario, y la muestra fue de 73 individuos.

Las conclusiones fueron los conocimientos teóricos en PCR/RCP, fue posible que las enfermeras en el Área Urbana de Campinas concluyan que actúe en UNHAU/E y que no tengan suficiente conocimiento, ya que el promedio fue de ellos ganado 5.2 ($\pm 1,4$), que han resaltado las respuestas correctas a

aproximadamente 50%, que se requiere. De este estudio, podemos asegurarnos de que no haya muchas diferencias en el conocimiento entre enfermeras de la RMC. Sin embargo, los de la comunidad fueron aquellos que muestran menos rendimiento en la puntuación. Como resultado de este estudio, es evidente que se debe brindar capacitación y actualización al enfermero para mejorar sus conocimientos teóricos y así mejorar su desempeño, así como su contribución a la supervivencia del paciente. Este estudio contribuye a la difusión de los resultados del conocimiento teórico en el sector extrahospitalario, como ya existen para enfocarse en los resultados con enfermeras en unidades hospitalarias o apoyo itinerante. (10)

Según Díaz, P. et al (2014), quienes realizaron el trabajo de investigación titulado “Reanimación cardiopulmonar básica en personal de enfermería de los distintos hospitales de Chiquimula, Guatemala”, para optar el grado de Médicos cirujanos en la Universidad de San Carlos de Guatemala, el tipo de investigación fue aplicado, utilizando el método científico, con un diseño cuantitativo descriptivo comparativo transversal, la técnica de recolección de datos fue la encuesta cuyo instrumento fue el cuestionario, y la muestra fue de 853 enfermeros. La conclusión del nivel de conocimiento adquirido durante la fase diagnóstica del proceso de investigación-acción, el conocimiento teórico de enfermeras sobre RCP básica para adultos, no es óptimo, pues la enfermera número 95 obtuvo una calificación ≤ 79 puntos. El sexo predominante empleado en los hospitales de las regiones norte y sureste de Guatemala es el femenino, con un 80% de la muestra compuesta por 853 enfermeras. La edad promedio de las enfermeras es de 31 años. Las puntuaciones del estudio de enfermeras entrevistadas fueron predominantemente auxiliares de enfermería con un 85% equivalente a 725 enfermeras. El 7.5% de enfermeros (as) refirió estar certificado para brindar RCP, solamente tres se encuentran certificados por la Liga del Corazón de Guatemala, el resto indicó haber realizado su certificación

en hospitales de la ciudad capital o del seguro social (20), con los bomberos voluntarios (4), dentro del pensum de estudios (3) y otros como casas farmacéuticas (34), de los cuales el 41% indicó que han transcurrido dos años o más de haberla realizado. El personal de enfermería que refirió haber recibido capacitación sobre RCP Básico fue solamente el 34%, estas capacitaciones fueron recibidas de forma magistral en los hospitales donde han laborado.

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 ≥ 80 puntos. (11)

Según Buscal, P. (2019), quien realizó el trabajo de investigación titulado “Nivel de conocimiento y práctica simulada sobre reanimación cardiopulmonar en los estudiantes del décimo ciclo de la Escuela Tezza”, para optar el título profesional de licenciado en Enfermería en la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza afiliada a la Universidad Ricardo Palma, el tipo de investigación fue básico, utilizando el método científico, con un diseño cuantitativo descriptivo simple no experimental y transversal, la técnica de recolección de datos fue la encuesta cuyo instrumento fue el cuestionario, y la muestra fue de 25 estudiantes.

La conclusión del nivel básico de comprensión de la RCP en adultos por parte de la mayoría de los estudiantes del Ciclo X de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza es regular. El nivel de comprensión de los aprendices de enfermería sobre las acciones antes, durante y después de la RCP básica para adultos de la mayoría de los estudiantes del ciclo X de la escuela de enfermería Padre Luis Tezza es regular. La práctica básica de simulación de RCP para adultos por parte de la mayoría de los estudiantes del Ciclo X de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza es apropiada. Realizando RCP básica de adultos simulada, referida a las acciones antes, durante y después de la RCP de

adultos, se encuentran disponibles la mayoría de los alumnos del X ciclo de la Escuela de EnfermeríaCardiológica Padre Luis Tezza. (12)

Según Ascurra, C. y Ticse, E. (2019), quienes realizaron el trabajo de investigación titulado “Conocimiento del personal de emergencia sobre reanimación cardiopulmonar del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro 2019 - Junín”, para optar el grado de especialista en Enfermería en Emergencias y Desastres de la Universidad Nacional del Callao, el tipo de investigación fue aplicada, utilizando el método científico, con un diseño cuantitativo descriptivo simple no experimental y transversal, la técnica de recolección de datos fue la encuesta cuyo instrumento fue el cuestionario, y la muestra fue de 48 profesionales. Las conclusiones incluyeron que el nivel de conocimiento del personal de emergencia sobre RCP del Hospital Regional Docente Julio Cesar Demarini Caro-Junín en el año 2019 fue en promedio de 60.4%, más un índice bajo de 16.7% significa que los socorristas no cuentan con el conocimiento con un cuidado óptimo, que puede ser un riesgo para hacer frente a estasituaciones de fin de servicio.

El nivel de conocimiento del personal de emergencia referente a la dimensión de generalidades sobre reanimación cardiopulmonar del Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro- Junín 2019 presenta un nivel medio con un 64.6% lo que sumado al porcentaje bajo de 12.5 significa que el personal de emergencia no tiene conocimiento optima en la teoría y práctica para el reconocimiento y actuación frente a una parada cardio respiratorio lo que podría significar riesgos para enfrentar estas eventualidades en el servicio.

El nivel de conocimiento del personal de emergencia referente a la dimensión de compresiones torácicas en reanimación cardiopulmonar del Hospital Julio Cesar Demarini del Hospital Regional Caro de (Junín 2019), manifiesta que un promedio de 64.6%, no cuenta con personal de emergencia

óptimo para realizar masaje cardiaco lo que puede significar riesgos cuando se aborda estas posibilidades en el servicio. Presentado el nivel de conocimiento del personal de emergencia en el aspecto manejo de vía aérea de la RCP por el Instructor de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Hospital Regional Caro-Junín 2019 promedio 56.3%, sumado como bajo 8.3% lo que significa que el personal de emergencia no tiene el nivel óptimo Saber al a qué hora está abierta la vía aérea, lo que puede ser un riesgo para hacer frente a estas situaciones de último en servicio. El nivel de conocimiento del personal de emergencia referente a la dimensión de ventilación en reanimación cardiopulmonar del Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro- Junín 2019 presenta un nivel medio con un 39.6% lo que sumado al porcentaje bajo de 25% significa que el personal de emergencia no tiene conocimiento optima en cuanto a mantener una técnica adecuada en un tiempo reducido lo que podría significar riesgos para enfrentar estas eventualidades en el servicio.

El nivel de conocimiento del personal de emergencia referente a la dimensión de desfibrilación en reanimación cardiopulmonar del Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro- Junín 2019 presenta un nivel bajo con un 50% lo que sumado al porcentaje bajo de 31.3% significa que el personal de emergencia no tiene conocimiento optima en cuanto a mantener una técnica adecuada lo que podría significar riesgos para enfrentar estas eventualidades en el servicio. (13)

Según Palacios, B. (2019), quien realizó el trabajo de investigación titulado “Conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar en enfermeros de áreas críticas en un Hospital del MINSA – Piura, Febrero 2019”, para optar el grado de especialista en Enfermería en Emergencias y Desastres de la Universidad Nacional del Callao, el tipo de investigación fue aplicada, utilizando el método científico, con un diseño cuantitativo descriptivo simple transversal, la técnica de recolección de datos fue la encuesta cuyo instrumento fue el

cuestionario, y la muestra fue de 44 profesionales. Cuyas conclusiones fueron que el nivel de Conocimiento sobre Reanimación Cardiopulmonar Básica en Enfermeros que laboran en las Áreas Críticas en el Hospital del MINSA – Piura, febrero 2019 es de nivel medio alcanzando un 50%, seguido por el nivel bajo con un 29,55 % y el nivel alto con un 20,45%. La población de estudio alcanzó un nivel medio de conocimiento sobre generalidades, comprensiones torácicas, manejo de vía aérea, ventilación en Reanimación Cardiopulmonar Básica en Enfermeros que laboran en las Áreas Críticas en el Hospital del MINSA, alcanzando un 56,82%, 54,55%, 50%, y 54,55% respectivamente. El nivel de Conocimiento referente a desfibrilador externo automático en Reanimación Cardiopulmonar Básica en Enfermeros que laboran en las Áreas Críticas en el Hospital del MINSA – Piura, febrero 2019 es de nivel bajo con un 61,36%. (14)

Según Sandoval, M. (2018), quien realizó el trabajo de investigación titulada “Conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar del enfermero (a) del centro quirúrgico Hospital II Sullana 2017”, para optar el grado de Maestro en Gestión del Cuidado en Enfermería de la Universidad San Pedro, el tipo de investigación fue aplicada, utilizando el método científico, con un diseño cuantitativo descriptivo simple transversal, la técnica de recolección de datos fue la encuesta cuyo instrumento fue el cuestionario, y la muestra fue de 21 profesionales. Cuyas conclusiones fueron que los datos sociodemográficos exponen que la mayoría de profesionales de enfermería tienen entre 25 a 30 años de edad de sexo femenino. El 57,1% tienen capacitación y actualización en RCP y tienen tiempo de servicio mayor a 10 años.

El nivel de conocimiento sobre Reanimación Cardiopulmonar Básica del enfermero/a del centro quirúrgico del Hospital de Apoyo II, el mayor porcentaje de enfermeros tienen conocimiento alto y medio.

En cuanto al conocimiento de la RCP básica en compresiones torácicas, la mayor proporción tenía conocimientos intermedios y altos, destacando los pasos

realizados según protocolo, como el correcto posicionamiento de las compresiones torácicas, profundidad, frecuencia de al menos 100 / min y complicaciones al lograr una mama inadecuada. compresiones Sobre el conocimiento de la RCP básica en el manejo de la vía aérea, tienen un alto nivel de comprensión, el conocimiento necesario para una aplicación rápida. detener las funciones vitales del paciente quirúrgico.

En cuanto a los conocimientos básicos de RCP en la dirección de la respiración, los niños tenían un alto conocimiento, describiendo el número de compresiones y frecuencias respiratorias en adultos, la posición correcta de la cabeza, el arco de la barbilla y las complicaciones al aplicar presión. (15) Según Quinto, L. (2018), quien realizó el trabajo de investigación titulado “Conocimientos que tiene el enfermero sobre reanimación cardiopulmonar básica en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2018”, para optar el título profesional de licenciada en Enfermería de la Universidad César Vallejo, el tipo de investigación fue aplicada, utilizando el método científico, con un diseño cuantitativo descriptivo simple transversal, la técnica de recolección de datos fue la encuesta cuyo instrumento fue el cuestionario, y la muestra fue de 169 profesionales. Cuyas conclusiones fueron que el nivel de conocimiento que tiene el enfermero sobre reanimación cardiopulmonar básica del servicio de medicina y cirugía general. Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2018, es medio respectivamente 88.6%. El nivel de conocimiento que tiene el enfermero en la dimensión generalidades de reanimación cardiopulmonar básica Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima –Perú 2018, es compartido por su parte hay un nivel de conocimiento medio de 87,6%.

El nivel de conocimiento que tenían los enfermeros sobre las dimensiones de compresiones torácicas en reanimación cardiopulmonar básica por el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2018, arrojó un promedio de 81,9%. El nivel de conocimiento de las enfermeras sobre el aspecto del manejo

de lavía aérea de la RCP básica. Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2018 presentó un conocimiento promedio de 69.5%.

Comprensión de las enfermeras sobre las dimensiones de la ventilación en reanimación cardiopulmonar básica. El Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2018, es de 72% en promedio. Determinación del nivel de conocimiento de los enfermeros sobre el uso de DEA en reanimación cardiopulmonar básica del servicio de medicina general del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2018, conocimiento bajo (80%). (16)

Según Escriba, C., Sulca, W. (2018), quienes realizaron el trabajo de investigación titulado “Conocimiento y habilidades en el manejo de RCP Básico en profesionales de Enfermería en el Centro de Salud Licenciados, Ayacucho - 2017”, para optar el título de segunda especialidad profesional en Enfermería en Emergencias y desastres de la Universidad Nacional del Callao, el tipo de investigación fue aplicada, utilizando el método científico, con un diseño cuantitativo descriptivo correlacional transversal, la técnica de recolección de datos fue la encuesta cuyo instrumento fue el cuestionario, y la muestra fue de 18 profesionales. Cuyas conclusiones fueron que el mayor porcentaje de los profesionales de enfermería que representa el 61.1% posee conocimiento medio sobre RCP básico, asimismo realiza en forma incorrecta dicho procedimiento y solo el 38.9% realiza en forma correcta el RCP; aplicando la prueba de χ^2 , se demuestra que no existe relación entre el nivel de conocimiento con los que realizan en forma correcta e incorrecta el RCP básico ($P > 0.05$), rechazándose la hipótesis científica y aceptándose la hipótesis nula.

El 66.7% de Profesionales de Enfermería, que representa el mayor porcentaje, no recibieron capacitación en RCP básico; en general solo el 5.6% de los profesionales tiene conocimiento alto y el 61.1% tiene conocimiento medio sobre RCP básico, aplicando la prueba de χ^2 , no existe relación entre el nivel de

conocimiento en RCP básico y los que se capacitaron en RCP básico ($P>0.05$).

(17)

Según Antaurco, N., Salvador, E. (2017), quienes realizaron el trabajo de investigación titulado “Efectividad de la intervención educativa en el aprendizaje de reanimación cardiopulmonar básica en Enfermería y población en General - 2017”, para optar el título de segunda especialidad profesional en Enfermería en Emergencias y desastres de la Universidad Nacional del Callao, el tipo de investigación fue aplicada, utilizando el método científico, con un diseño cuantitativo descriptivo observacional y retrospectivo, la técnica de recolección de datos fue la encuesta cuyo instrumento fue el cuestionario, y la muestra fue de 10 artículos científicos. Cuya conclusión fue que los estudios de intervención educativa demostraron el 100% efectividad en el nivel de conocimiento sobre maniobra de RCP básico, esto manifiesta la importancia de Impartir conocimientos teóricos – prácticos sobre RCP en los espacios de práctica comunitaria a modo de proyección y extensión un universitario como parte de nuestra responsabilidad social. (18)

Según Arapa, A. (2017), quien realizó el trabajo de investigación titulado “Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básica del adulto en internos de Enfermería, Universidad Nacional del Altiplano – Puno, 2017”, para optar el título de licenciada en Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano, el tipo de investigación fue aplicada, utilizando el método científico, con un diseño cuantitativo descriptivo transversal, la técnica de recolección de datos fue la encuesta cuyo instrumento fue el cuestionario, y la muestra fue de 40 internos. Cuyas conclusiones fueron que el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar Básica del Adulto de los internos de Enfermería se encuentra entre Regular y Deficiente. El nivel de conocimiento de los Internos de Enfermería referente a aspectos generales en términos de definición de paro cardiorrespiratorio y definición de reanimación cardiopulmonar básica del adulto

es bueno. El nivel de conocimiento los internos de Enfermería, referente a actuaciones previas a reanimación en términos de pasos iniciales, valoración del escenario, reconocimiento de signos de paro cardiorrespiratorio, posición y superficie adecuada, técnica adecuada de aplicación de reanimación y arteria indicada para la evaluación del pulso, es deficiente. El nivel de conocimiento de los Internos de Enfermería, referente a maniobras de reanimación cardiopulmonar básica en términos: Secuencia correcta de ejecución de las maniobras, compresiones torácicas, vía aérea y respiración; del total de estudiantes que participaron en el estudio, muestran un nivel de conocimiento deficiente. (19)

Según Reyes, I. (2017), quien realizó el trabajo de investigación titulado “Nivel de conocimientos del profesional de salud sobre reanimación cardiopulmonar básico en el Servicio de Emergencia del Instituto Nacional Materno Perinatal Lima – Perú 2016”, para optar el título de segunda especialidad de Enfermería en Emergencias y Desastres de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, el tipo de investigación fue aplicada, utilizando el método científico, con un diseño cuantitativo descriptivo transversal, la técnica de recolección de datos fue la encuesta cuyo instrumento fue el cuestionario, y la muestra fue de 86 personas.

Cuyas conclusiones fueron El nivel de conocimientos del personal profesional de salud del servicio de Emergencia del Instituto Nacional Materno Perinatal sobre RCP en el adulto, el cual comprende la identificación de paro y condiciones para RCP, las compresiones torácicas, el manejo de la vía aérea, ventilación y la desfibrilación temprana es de nivel medio. El nivel de conocimientos sobre RCP del personal profesional de salud del servicio de emergencia del INMP en lo que respecta a la identificación de paro cardiorrespiratorio y condiciones para RCP, la mayoría presenta conocimiento medio, siendo lo más conocido la definición de paro, sus signos y síntomas y la

definición de RCP. Por otro lado, lo menos conocido es la cadena de supervivencia intrahospitalaria. El nivel de conocimientos sobre RCP del personal profesional de salud del servicio de emergencia del INMP en lo que respecta a la aplicación de compresiones torácicas, el mayor porcentaje tiene un conocimiento medio. El personal conoce la ubicación de la aplicación del masaje cardiaco, la relación entre compresión / ventilación y la posición que debe tener la gestante para disminuir la presión aortocava en RCP. Por otro lado, los aspectos que poco conocen son la frecuencia de compresiones en el adulto y las características de RCP de alta calidad. El nivel de conocimientos sobre RCP del personal profesional de salud del servicio de emergencia del INMP en lo que respecta al manejo de la vía aérea es medio. El personal conoce la causa principal de obstrucción de la vía aérea en PCR y la maniobra de permeabilización de la vía aérea en pacientes sin lesión cervical, sin embargo, conoce poco sobre la permeabilización de la vía aérea en pacientes con lesión cervical. El nivel de conocimientos sobre RCP del personal profesional de salud del servicio de emergencia del INMP en lo que respecta a la ventilación bajo. Si bien conocen sobre técnica correcta de la aplicación de respiración boca a boca, sin embargo, conocen poco sobre la duración de cada ventilación y el número de ventilaciones por minuto con el dispositivo de ventilación avanzado (Ambu). El nivel de conocimientos sobre RCP del personal profesional de salud del servicio de emergencia del INMP en lo que respecta a desfibrilación temprana es bajo. El personal conoce la técnica de desfibrilación, sin embargo, conoce poco sobre la dosis de carga y los casos en los que se debe desfibrilar. (20)

Según Camacho, J. (2017) realizó el trabajo de investigación titulado “Conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar básico en enfermeros del servicio de hospitalización médica en el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente Es Salud – Lima 2016”, para optar el título de segunda especialidad de Enfermería en Emergencias y Desastres de la Universidad Nacional Mayor de

San Marcos, el tipo de investigación fue aplicada, utilizando el método científico, con un diseño cuantitativo descriptivo transversal, la técnica de recolección de datos fue la encuesta cuyo instrumento fue el cuestionario, y la muestra fue de 30 licenciados. Cuyas conclusiones fueron que los conocimientos que tienen sobre reanimación cardiopulmonar básica los enfermeros del servicio de Hospitalización médica del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente ESSALUD el mayor porcentaje no conoce. Respecto a los conocimientos sobre parada cardiorrespiratoria en los enfermeros del servicio de Hospitalización médica del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente ESSALUD la mayoría conocen sobre la definición que es la interrupción reversible, brusca e inesperada de la circulación y respiración, sobre las causas que es la asistolia y sobre los signos y síntomas como la ausencia de pulso y la respiración. Acerca de los conocimientos sobre los procedimientos de RCP en los enfermeros del servicio de Hospitalización médica del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente ESSALUD la mayoría no conoce sobre la definición de la RCP, sobre el aspecto de la verificación del pulso, del número de las compresiones torácicas, la profundidad de las mismas, permeabilidad aérea ante la sospecha de una lesión cervical, sobre el aspecto de la respiración la mayoría desconoce sobre el tiempo máximo que se da por cada ventilación, uso del DEA respecto a la colocación de los parches y las contradicciones del uso del DEA. (21)

Según Falcón, M. (2015), quien realizó el trabajo de investigación titulado “Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar del enfermero (a) de la segunda especialidad en enfermería UNMSM 2014”, para optar el título de segunda especialidad de Enfermería en Emergencias y Desastres de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, el tipo de investigación fue aplicada, utilizando el método científico, con un diseño cuantitativo descriptivo transversal, la técnica de recolección de datos fue la encuesta cuyo instrumento fue el cuestionario, y la muestra fue de 73 enfermeros. Cuyas conclusiones

fueron el nivel de conocimiento sobre ReanimaciónCardiopulmonar básica del enfermero del Programa de la SegundaEspecialización en Enfermería UNMSM, el mayor porcentaje de los enfermeros tiene conocimiento medio de reanimación cardiopulmonar básico, referido a las compresiones torácicas, manejo de las vías aéreas y la respiración; por tanto para realizar una reanimación cardiopulmonar de calidad se tienen que seguir los pasos del protocolo adecuadamente, ya que es esencial conocer y aplicar oportunamente las maniobras, y así restaurar las funciones vitales de la víctima, y de no ser así decrecen las oportunidadesde supervivencia de la víctima.

Respecto a los conocimientos sobre Reanimación Cardiopulmonar básica delenfermero referente a las compresiones torácicas del Programa de la Segunda Especialización en Enfermería UNMSM, el mayor porcentaje de los enfermeros tiene conocimiento medio, en su mayoría los enfermeros conoce los signos y síntomas del paro cardiorrespiratorio, el cual se reconoce por la ausencia de pulso y respiración; la complicación más frecuente de las compresiones torácicas de un RCP inadecuado, la fractura costal, por otro lado entre los aspectos que no conoce está el cambio de secuencia de las maniobras de reanimación cardiopulmonar, la cual actualmente es Compresiones, manejo de las vías aéreas y respiración(CAB); las compresiones se dan en el centro del tórax, a una profundidad de mayor de 5cm y a una frecuencia de al menos de 100/min. Por tanto, la mayoría de enfermeros reconocen las complicaciones de realizar una mala técnica de compresiones torácicas sin embargo desconocen la profundidad y el lugar adecuado de las compresiones, así como el cambio de la secuencia de las maniobras.

Respecto a los conocimientos sobre Reanimación Cardiopulmonar básica delenfermero referente al manejo de las vías aéreas del Programa de la SegundaEspecialización en Enfermería UNMSM, el mayor porcentaje de los enfermeros tiene conocimiento medio y bajo, en su mayoría conoce la posición

de la víctima; la causa más común que produce obstrucción de vías aéreas en una víctima de paro cardiorrespiratorio, caída de la lengua, y la permeabilización de la vía aérea en un paciente inconsciente sin lesión cervical, por otro lado entre los aspectos que no conoce esta la permeabilización de las vías aéreas en pacientes con sospecha de lesión cervical. Por tanto, la mayoría de enfermeros están preparados para el manejo de las vías aéreas en paciente sin lesión cervical, mientras que la permeabilización de las vías aéreas en pacientes con sospecha de lesión cervical no la conocen.

Respecto a los conocimientos sobre Reanimación Cardiopulmonar básica del enfermero referente al manejo de la respiración del Programa de la Segunda Especialización en Enfermería UNMSM, el mayor porcentaje de los enfermeros tiene conocimiento medio y bajo, en su mayoría conoce el esquema de la reanimación cardiopulmonar del adulto de las 30 compresiones y 2 respiraciones, por otro lado entre los aspectos que no conoce esta la administración de 2 respiraciones de 1 segundo de duración cada una, y la ventilación boca – resucitador es óptima a la elevación del tórax. Por tanto, la mayoría de enfermeros al no dar la administración de respiraciones en la duración adecuada puede causar complicaciones como la hiperventilación y así reducir la sobrevivencia de los pacientes. (22)

Según Ccalli, C. (2014) realizó el trabajo de investigación titulado “Nivel de conocimiento y aplicación de la guía de intervención al paciente adulto con paro cardiorrespiratorio por enfermera (o) del servicio de emergencia Hospital Hipólito Unanue”, para optar el título de segunda especialidad de Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, el tipo de investigación fue aplicada, utilizando el método científico, con un diseño cuantitativo descriptivo transversal, la técnica de recolección de datos fue la encuesta cuyo instrumento fue el cuestionario, y la muestra fue de 21 enfermeros. Las conclusiones fueron que el nivel de

conocimiento de la guía de intervención de pacientes adultos con una PCR por parte de enfermería del servicio de emergencia fue alto y un porcentaje menor es de nivel promedio. Con respecto a la aplicación de la guía de intervención de pacientes adultos con PCR por parte de la enfermera del Servicio de emergencia, en particular fue una buena aplicación y con un pequeño porcentaje de aplicación regular. El nivel de conocimiento se relaciona a la aplicación de la guía de intervención de los pacientes adultos crítico con PCR; se saca en conclusión que, a más conocimiento, buena aplicación. Existe una relación significativa entre el estado del conocimiento y la aplicación de la guía de intervención de pacientes adultos con PCR, a través de la prueba de Chi-Cuadrada. (23)

d. Planteamiento del problema de investigación

Según EFESALUD (2016), la enfermedad cardiopulmonar es la causa de muerte más común de todo el mundo. El paro cardiopulmonar es la combinación de dos condiciones que ponen en peligro la vida humana: la respiración y el ritmo cardíaco que desaparecen. Actualmente, el número de muertes aumenta debido a la PCR, problemas respiratorios, cerebrovasculares, a través del traumatismo o un aumento en enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, hipertensión) y factores de riesgo (obesidad, sedentarismo). Principalmente de todos los casos de PCR se dan en espacios extra hospitalarios, es decir, en casa o en la carretera de repente y sorpresivamente. Por lo tanto, la PCR se ha convertido en un problema de salud pública. Estas enfermedades comienzan a crecer desde la infancia, y pueden ocurrir en la edad adulta, de repente, como un primer y último síntoma, el impacto negativo en la sociedad, en lo personal, familiar, económico y social. (24)

Según Vigo, J. (2005), menciona que a nivel de América Latina se mostraron estudios significativos que muestran los efectos de este problema; en países

como México, donde se informó que entre 0,4 % y 2% pacientes hospitalizados y hasta 30% de los fallecidos requieren la maniobra de resucitación cardiopulmonar. Y en un estudio adicional de Chile muestra que del 87 342 muertos son por la enfermedad del corazón isquémica que se han identificado durante cinco años. Del total de muertes, el 58.5% de pacientes murieron fuera del hospital. (25)

Según INEI (2014), en el Perú como en muchos países del mundo, la repentina PCR, las emergencias cerebro vascular y el trauma son más comunes. Además, cada año, se incluyen aproximadamente 15,000 a 30,000 atenciones de casos de paro cardíaco, lo que causa la segunda y tercera causa de mortalidad en el adulto con el 7,3% y el 5,8% respectivamente, y las enfermedades hipertensas ocupan el cuarto lugar con 4.4%. Cabe señalar que más de 50% de muertes (causadas por enfermedades cardiovasculares) se deben a una de las manifestaciones más dramáticas de la enfermedad cardíaca isquémica que es una muerte repentina. (26).

Según DGE (2013), en Perú la prevalencia de la hipertensión arterial de la población de 15 años a más fue del 19.7%, mientras que los hombres fueron los más afectados que las mujeres. Mientras que en Pasco 14.1% es la prevalencia. El año pasado el 3,9% de personas de más de 15 años fueron diagnosticadas con diabetes mellitus, mientras que las mujeres son las más afectadas que los hombres. (27)

Según la OMS (2018), el PCR es una situación que cursa una fuerte interrupción de la respiración y el ciclo cardíaco normal, y produce una disminución en el transporte de oxígeno que puede ser capaz de llevar a la persona a la muerte. Si el sistema de SVB no está hecho para iniciar un paro cardíaco a los 10 segundos, el paciente entra en coma como consecuencia de una hipoxia cerebral y de 1 a 3 minutos más tarde, entre la apnea central gracias a la utilización de la neurona centro del centro de respiración. Por otro lado, la

obstrucción de las vías respiratorias da lugar a una asfixia, luego la degeneración en apnea (paro respiratorio) y de 5 a 10 minutos hace que el corazón entre en paro secundario a hipoxia tisular cerebral. Como regla general, dependiendo del contexto, el primer informe sobre la Reanimación está en la Biblia, en el Antiguo Testamento, en los libros de los Reyes, en la que la historia del profeta Elías, que asistió a un niño con paro cardiorrespiratorio (PCR) ante la desesperada suplica de la madre, el profeta confió en Dios, entonces se arrodilló y sacudió al niño, luego lo besó de manera prolongada (el beso de la vida), después el niño respiraba de nuevo y abrió los ojos. (28)

Según INEI (2020), en Perú, el Consejo Peruano de Reanimación, utiliza la Norma Nacional de RCP; donde se recomienda la cantidad de maniobras suficientes, secuenciales y correctas, para asegurar un resultado efectivo. El conocimiento y la capacidad del personal de salud en la administración del RCP es importante debido al tiempo, inicio oportuno y el buen desempeño dependerá de la recuperación del paciente. (29)

Por esta razón, frente a la alta incidencia y prevalencia de los paros cardiorrespiratorios a nivel internacional, nacional, regional y local, que tuvieron lugar en el interior y exterior del hospital, los expertos en RCP, es decir los profesionales de la salud, como las enfermeras, son los primeros en asistir de manera adecuada a pacientes con PCR en situaciones de emergencia como se pudo evidenciar en la región Pasco y por la Ernesto German guzmán Gonzáles, y se vio como problemática el poco, escaso y regular conocimiento teórico – práctico del personal de salud; ya que es indispensable tener las habilidades de atención y evitar la muerte súbita en pacientes con esta condición. Por estos motivos y los diversos estudios recopilados nos llevaron al planteamiento del problema general y los problemas específicos en el presente ensayo académico:

Problema General

¿Cuál es el conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico del personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Ernesto German Guzmán González – Oxapampa, marzo 2021?

Problemas específicos

- ¿Cuál es el conocimiento sobre generalidades en reanimación cardiopulmonar básico del personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Ernesto German Guzmán González – Oxapampa, marzo 2021?
- ¿Cuál es el conocimiento sobre comprensiones torácicas en reanimación cardiopulmonar básico del personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Ernesto German Guzmán González – Oxapampa, marzo 2021?
- ¿Cuál es el conocimiento sobre manejo de vía aérea en reanimación cardiopulmonar básico del personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Ernesto German Guzmán González – Oxapampa, marzo 2021?
- ¿Cuál es el conocimiento ventilación en reanimación cardiopulmonar básico del personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Ernesto German Guzmán González – Oxapampa, marzo 2021?
- ¿Cuál es el conocimiento sobre uso del Desfibrilador Externo Automático en reanimación cardiopulmonar básico del personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Ernesto German Guzmán González – Oxapampa, marzo 2021?

e. Objetivos

Para dar respuesta al problema general se ha planteado:

Objetivo general

Determinar el conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico del personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzáles – Oxapampa, marzo 2021

Y para dar respuesta a los problemas específicos se han planteado:

Objetivos específicos

- Identificar el conocimiento sobre generalidades en reanimación cardiopulmonar básico del personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzáles – Oxapampa, marzo 2021
- Identificar el conocimiento sobre comprensiones torácicas en reanimación cardiopulmonar básico del personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzáles – Oxapampa, marzo 2021
- Identificar el conocimiento sobre manejo de vía aérea en reanimación cardiopulmonar básico del personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzáles – Oxapampa, marzo 2021
- Identificar el conocimiento ventilación en reanimación cardiopulmonar básico del personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzáles – Oxapampa, marzo 2021
- Identificar el conocimiento sobre uso del Desfibrilador Externo Automático en reanimación cardiopulmonar básico del personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzáles – Oxapampa, marzo 2021

f. Esquema del tema

- I. Conocimiento

Se han considerado fichas para la recolección de datos (instrumentos, validados por cuestionarios). Los resúmenes de los antecedentes para llegar a los objetivos planteados.

Características del conocimiento

Tipos de conocimiento

Clasificación del conocimiento

Nivel del conocimiento

II. Competencias del profesional de enfermería

III. El conocimiento en Enfermería

IV. Paro Cardíaco

V. Paro respiratorio

VI. Servicio de emergencia :

VII. Reanimación cardiopulmonar básica.

VIII. Paro cardiorrespiratorio

Patogenia

Signos y síntomas

Factores causales

IX. Reanimación cardiopulmonar

Guías de la AHA RCP y ACE 2015 aspectos importantes para todo reanimador

X. Compresiones torácicas

XI. Abrir la vía aérea y respiración

XII. Ventilación

XIII. Rol del profesional de enfermería en la reanimación corporal

g. Desarrollo y argumentación

Conocimiento

Según Quinto, L (2014), el conocimiento está definido como una serie de información que se da por experiencia o aprendizaje (a posterior) o por autoobservación (a priori) ha definido su origen en la percepción sensorial, de modo que alcance la comprensión y finalmente concluye con la razón. Se dice que el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objeto. El conocimiento garantiza cuatro elementos: sujeto, objeto, operación y representación interna (el proceso cognitivo) (30)

Características del conocimiento

Según Falcón, M (2014), el conocimiento tiene un carácter individual y social; puede ser: personal, grupos y organizaciones, ya que cada persona interpreta la información que recibió sobre la base de sus experiencias anteriores que está influenciada por los grupos al que perteneció. Los modelos de aceptación que forman la cultura de su organización y valores sociales en los que han pasado sus vidas. Esto determina que el conocimiento está presente, tanto en el plano del hombre, como en los grupos y como en la organización, y que están determinados por su historia social concreta y su experiencia. (31)

Tipos de conocimiento

El conocimiento empírico o vulgar

Según Bunge, M (1990), es adquirido con el mayor número de impulsos básicos, intereses y sentimientos hacia los problemas inmediatos que da la vida; también es aleatorio después de innumerables intentos obtenidos de intuiciones vagas y argumentos no sistemáticos.

El conocimiento científico

Es un pensamiento dinámico que utiliza métodos científicos, investigación, experimentos para abordar la realidad o dar solución a un problema específico. Esto utiliza modelos abstractos, métodos, procedimientos e información para determinar y explicar por qué ocurren las cosas. Todos los

resultados adquiridos por los hallazgos científicos se basan en la realidad e investigaciones.

Clasificación del conocimiento

- **Por nivel de complejidad**

Esto es nuevamente bajo la clasificación en conocimiento sensible, conceptual y holístico. La clasificación de interés es el conocimiento conceptual que es la representación insignificante de las abstracciones de un objeto o fenómeno. Además, es posible especificar categorías según las cualidades que midieron.

- **Por el grado de conocimiento**

Se clasifica en alto, medio, bajo o en sub escalas más específicas, el grado cuantifica el conocimiento en términos mensurables. (32)

Nivel del conocimiento

Según Huertas, B (2009), el conocimiento es adquirido cualitativa y cuantitativamente por una persona, obtenida de la integración de los aspectos sociales e intelectuales y las experiencias de la actividad práctica, de modo que sus conceptos y conocimientos determinan el cambio de comportamiento con respecto a las situaciones. Los conocimientos adquiridos por los estudiantes en el RCP, estos se pueden medir en las siguientes categorías de una escala nominal.

- **Bueno**

Denominado también como “óptimo” porque hay adecuada distribución cognitiva, la conceptualización y el pensamiento son coherentes, la expresión es acertada y fundamentada

- **Regular**

Llamado también “Medianamente logrado”, hay una integración parcial de ideas, manifiesta conceptos básicos y omite otros eventualmente, propone

modificaciones para un mejor logro de objetivos y la conexión es esporádica con las ideas básicas de un tema.

- **Deficiente**

Considerado como “pésimo” porque hay ideas desorganizadas, inadecuada distribución cognitiva en la expresión básica; los términos no son básicos, no son precisos ni adecuados, carece de fundamentación lógica. (33)

Competencias del profesional de enfermería

La competencia profesional es la que utiliza sus conocimientos, habilidades y actitudes para la experimentación clínica. El desarrollo de la función de la enfermera debe lograr un importante objetivo: la práctica y la teoría debe ser unificado y firmemente justificada en la realidad de la evidencia científica y el desarrollo de la humanidad. El egresado de enfermería tuvo que recibir un programa de enseñanza aprendizaje, tales como programas o proyectos educativos de acuerdo con su planteamiento curricular, parte del estudio o análisis de la situación socio profesional del país, la región, en el marco de un contexto actualizado, con la que los objetivos pueden tener contacto con la clase de los profesionales de enfermería que están tratando de entrenar. La enfermera (o), como el personal sanitario, participa en la prestación de servicios de la salud completos, de manera científica, tecnológica y sistemática, en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, desde el cuidado de la persona, la familia y de la comunidad, la opinión del contexto social, cultural, económico, ecológico y político en que se desarrolla para mejorar la calidad de vida y para lograr el bienestar de la población. es el deber de la enfermera (o), precisamente la atención humana, puntual, continua y segura para proporcionar, con la individualidad de la persona que cuida. (34)

El conocimiento en Enfermería

Según Achurry, D. (2014), la profesión de enfermería responsable es la que utiliza su conocimiento, habilidades y actitudes para dar una base de estudio clínico oportuna y precisa para reducir la mortalidad y establecer la supervivencia. La teoría y la práctica deben ser combinadas y firmemente y apoyadas en descubrimientos científicos y para el desarrollo de la humanidad: el desarrollo de la función de favorecer la salud debe ser lograr un objetivo importante. El conocimiento de los expertos en enfermería está estrechamente vinculado a la teoría crítica que explica los elementos que le permiten comprender el mantenimiento esencial del cuidado, buscando el paradigma que se requiere a la práctica reflexiva y el pensamiento crítico. Anteriormente aquellos que tienen disciplina son quienes pueden practicar esta profesión, dada la importancia de la disciplina, que actualmente es reconocida por reconocimiento de los fenómenos de la atención, desde diferentes perspectivas, dependiendo del modelo de todos los teóricos propuestos para generarlos, usarlos y difundir el conocimiento. Eso genera el liderazgo, la investigación y la enseñanza, y finalmente demuestra la auténtica prueba de un sentimiento pragmático de ser, saber y quehacer en enfermería.

El papel protagónico de las necesidades de enfermería debe tener actitud, habilidades, seguridad y dominio efectivo del conocimiento, habilidades, y principios éticos. Todos estos elementos contribuirán a la coordinación precisa y oportuna, que apuntará a las necesidades reales de las personas en el RCP Básico. (35)

Paro Cardíaco

Según Guzmán, P (2015), se denomina paro cardíaco a la detención circulatoria sistémica, secundaria a la súbita desorganización o ausencia de la actividad eléctrica en los ventrículos, del déficit severo en la descarga de sangre por parte de los ventrículos o en la llegada de sangre a los mismos. La ausencia de circulación hacia el sistema nervioso central produce pérdida del

conocimiento (antes de diez segundos) y la respiración se lentifica inicialmente, luego se hace bloqueante y acaba deteniéndose, como manifestaciones clínicas cardinales al cabo de 30 a 60 segundos; si no se restablece la circulación en el plazo de pocos minutos. El tejido nervioso es muy sensible a la hipoxia. Por ese motivo, existen situaciones en las que el corazón todavía mantiene una cierta actividad eléctrica o mecánica, pero que resulta insuficiente para proporcionar el mínimo aporte sanguíneo que requiere la supervivencia de los órganos vitales, fundamentalmente el cerebro. Así mismo, los órganos vitales quedan sin aporte de oxígeno. (36)

Paro respiratorio

Según Lapateguá, E. (2014), se denomina paro respiratorio a la detención de la ventilación pulmonar efectiva, cuya consecuencia inmediata es la incapacidad de sostener la oxigenación de la sangre en los alveolos. La disminución progresiva del contenido arterial de oxígeno lleva a la detención de la circulación sistémica, luego de algunos segundos o minutos. La medida inmediata a realizar es administrar respiraciones de apoyo para evitar que el corazón se detenga si no, forzosamente habrá un paro cardíaco.

Signos

- Ausencia de movimiento del pecho.
- No existe escape de aire de la boca o nariz.
- Posibles espumarajos por la boca.
- Tono azulado de la lengua, los labios y matriz de las uñas (cianosis).
- Confusión.
- Pérdida del conocimiento.
- Ausencia de signos visibles o audibles de respiración.
- Dilatación pupilar.
- Ausencia de pulso.

Causas

- La asfixia lleva pronto a un paro respiratorio; por ahogarse en el agua, por un objeto atorado en la tráquea, por respirar monóxido de carbono y por contacto con la electricidad.
- Una sobredosis de drogas como la heroína, los opiáceos como la morfina y la codeína, etc. Otros fármacos que inducen dificultad para respirar debido a una sobredosis de narcóticos, anestésicos y barbitúricos.
- El uso excesivo de tabaco y el consumo excesivo de alcohol puede bloquear los neurotransmisores en el cerebro y reducir la velocidad de respiración.
- Una lesión o infección en el sistema nervioso central, como lesión de la médula espinal, la hemorragia en el tronco cerebral o hipertensión intracraneal donde la presión del líquido cefalorraquídeo es por encima del nivel normal.
- Algunos otros factores causales como se observa en los adultos son accidentes cerebrovasculares, latidos irregulares, cianuro o el envenenamiento y tomando relajantes musculares o de fármacos bloqueantes neuromusculares.
- Si el paro respiratorio no es tratado a tiempo, hay posibilidades de que el paciente puede sufrir de un paro cardíaco o un daño cerebral irreversible. Con el fin de tratar este trastorno respiratorio, se utilizan los siguientes métodos de tratamiento. El tratamiento básico es para eliminar cualquier obstrucción en el paso del aire con la ayuda de los dedos o pinzas.
- La ventilación artificial en la forma de resucitación cardiopulmonar (RCP) también conocida como boca a boca o boca a boca y nariz-resucitación puede ser administrada al paciente para estabilizar su respiración.

Servicio de emergencia

Lapategui, E. (2014), también menciona que el Servicio de emergencias es la unidad orgánica o funcional en hospitales, encargada de brindar atención

medico quirúrgica de emergencia, en forma oportuna y permanente durante las 24 horas del día a todas las personas, cuya vida y/o salud se encuentran en situación de emergencia. (37)

Reanimación cardiopulmonar básica.

Según Cardona, E. (2009), la reanimación consiste en una serie de pasos que se aplicaría en paciente cuyo cuadro es un PCR cuyo único fin es mantener la circulación y la oxigenación hasta el tratamiento de equipo médico.

También son maniobras destinadas para mantener la función tanto circulatoria como respiratoria, mediante las compresiones torácicas de forma externa y el aire espirado esperado desde los pulmones del reanimador. (38)

Paro cardiorrespiratorio

Según el MINSA (2014), es la interrupción brusca e inesperada de la actividad mecánica del corazón y de la respiración espontánea. En el paro cardíaco la respiración se lentifica procediendo a los bloqueantes y acaba deteniéndose del todo a los 30 a 60 segundos.

El paro cardiorrespiratorio (PCR) es considerada una emergencia que el profesional de salud debe saber enfrentarla. El hecho fundamental es la detención súbita de la actividad miocárdica confirmada por ausencia de pulsos detectables y ventilatoria, que determina una brusca caída del transporte de oxígeno a los tejidos, por debajo de los niveles compatibles con la vida. denominación se aplica a una situación no esperada y no a la evolución terminal prevista de una enfermedad. (39)

Patogenia

Según la OPS (2019), cuando el evento principal es un paro respiratorio, el corazón y el aire en los pulmones pueden continuar durante varios minutos para suministrar oxígeno a la sangre y mantener un transporte adecuado de oxígeno al cerebro y otros órganos. Al final de este período, siempre hay un paro cardíaco, debido a la hipoxia miocárdica. Si el evento comienza con un paro

cardíaco, la circulación se detiene y todos los órganos vitales se ven privados de oxígeno inmediatamente. La respiración cesa unos segundos después por hipoxia de los centros bulbares, aunque en algunos casos se mantiene una respiración rápida e ineficaz, conocida en inglés como GASPING, no debe considerarse respiratoria.

Signos y síntomas

Dentro de los signos y síntomas podemos mencionar pérdida brusca de la conciencia, no respira o no lo hace con normalidad (apnea o bloqueantes), ausencia de pulso centrales (carotídeo, femoral), cianosis, midriasis (dilatación pupilar).

Factores causales

Algunos de los muchos factores que pueden provocar un paro respiratorio incluyen:

Isquemia y necrosis miocárdica

Son la principal causa de PCR, que provoca directamente la fibrilación ventricular.

Hipoxia

Es la segunda causa más común. Experimentalmente, la hipoxia produce apnea cuando la PaO₂ cae por debajo de 30 mmHg y paro cardíaco en estado asistólico cuando alcanza los 15 mmHg. La enfermedad pulmonar aguda puede provocar un paro respiratorio debido a la fatiga de los músculos respiratorios, seguido de un paro cardíaco hipóxico.

Exanguinación

Es una causa frecuente de PCR, pudiéndose deber a trauma o hemorragia masiva, principalmente digestiva. El PCR se produce por disociación electromecánica, pero frecuentemente aparece una fibrilación ventricular secundaria. Estos enfermos tienen probabilidad de sobrevivir si durante la resucitación se efectúa una reposición masiva de sangre.

Trastornos electrolíticos y metabólicos

La hipercalcemia, la hipercalcemia y la hipermagnesemia pueden causar paro cardíaco asistólico o fibrilación ventricular. La acidemia metabólica extrema ($\text{pH} < 6,9$) puede provocar un paro cardíaco debido a la fibrilación ventricular. La hipoglucemia por debajo de 30 mg / dL que persiste durante más de 2 horas puede causar apnea.

Drogas

Entre éstas destacan los depresores del SNC, en la medida en que determinan hipoventilación alveolar. También pueden provocar PCR, favoreciendo la génesis de arritmias, los antidepresivos tricíclicos, los digitálicos, las teofilinas y los simpaticomiméticos. Paradójicamente, algunos antiarrítmicos como amiodarona y quinidina son capaces de provocar PCR por arritmias ventriculares. (40)

Reanimación cardiopulmonar

Según la AHA (2015), es un procedimiento de salvamento que se utiliza cuando la persona ha dejado de respirar o el corazón ha dejado de latir. Puede suceder después de una descarga eléctrica, un ataque cardíaco o un ahogamiento. Ante un paciente en paro respiratorio, la primera pregunta que surge es si el paciente debe ser reanimado. Como recomendación general, todos los pacientes con paro respiratorio deben ser tratados primero como potencialmente reversibles, ya que el tiempo necesario para aprender marca la diferencia entre la vida y la muerte en estos casos. Si el ejercicio ha comenzado y el paciente no tiene indicación de RCP, se suspenderá.

La RCP combina respiración boca a boca y compresiones cardíacas.

- La respiración boca a boca suministra oxígeno a los pulmones de la persona.
- Las compresiones cardíacas mantienen la sangre oxigenada

circulando hasta que se puedan restablecer la respiración y las palpitations cardíacas.

Se puede presentar daño permanente al cerebro o la muerte en cuestión de minutos si el flujo sanguíneo se detiene; por lo tanto, es muy importante que se mantenga la circulación y la respiración hasta que llegue la ayuda médica capacitada.

Guías de la AHA RCP y ACE 2015 aspectos importantes para todo reanimador

Cadena de supervivencia

La cadena de supervivencia crea la práctica de los componentes que conforma la atención cardiovascular de emergencia (ACE) y nos referimos a los 5 eslabones de la cadena de supervivencia.

Identificación inmediata del PCR y manejar del sistema de respuesta a emergencia.

- RCP rápidamente enfatizando en las compresiones torácicas.
- Desfibrilación.
- Soporte vital avanzado efectivo.
- Cuidados integrados post paro cardiaco.

Secuencia de reanimación cardiopulmonar

Según el AHA Y ACE se recomienda cambiar la secuencia de pasos (CAB) iniciando con las Compresiones, luego con la Apertura de la vía aérea y para terminar la Buena respiración

El equipo de reanimación tiene que iniciar como primer paso de 30 compresiones torácicas y dos ventilaciones en un tiempo referente de 18´´.

El énfasis en una RCP de alta calidad, interviene en la frecuencia de las compresiones de al menos 100 por minuto, con una compresión de 5 centímetro en adultos.

Secuencia de reanimación según el algoritmo de RCP

- Valorar el escenario: busca elementos amenazantes que ponen en riesgo la vida del reanimador de su equipo y la del propio paciente en donde asegurar la escena es lo primordial para poder actuar en la resucitación.
- Reconocimiento de paro cardíaco: acá verificamos el estado de conciencia de la víctima sacudiéndolo suavemente por los hombros y preguntarle ¿ESTA USTED BIEN? Si no responde, el paciente se encuentra inconsciente y luego rápidamente verificamos si hay o no respiración y si esta presenta verificar que tipo de respiración es (bloqueante o jadeante).
- Activar el sistema de emergencia médica: al reconocer el paro se debe de activar el sistema de emergencia; llamar a los bomberos a los números de emergencia y brindar información exacta.
- Informa que tipo de víctima (adulto, niño, embarazada, etc.) y su estado de conciencia, indicar que la atención se va a realizar, en este caso se realizara el RCP, indicar la ubicación (señalar referencias si es necesario), colgar el teléfono después de responder algunas adicionales, colocar a la víctima en una superficie plana y dura.
- “C” circulación e inicio de compresiones torácicas: El personal de salud deberá como primer punto fijarse el pulso de la arteria carótida tomando como referencia el cartílago cricoides. De donde se encuentra el rescatador en no menos de 5 a 10 segundos. Las descompresiones deben dar en el área de la mitad inferior del esternón o de la línea media mamilar con la intersección de la línea media esternal. Posteriormente se debe colocar el talón de la mano sobre el punto de descompresión entrelazando los dedos de la

mano asegurándose que sea en el lugar de compresión. La descompresión debe ser completa evitando las interrupciones de las compresiones y si hay ventilaciones no exceder para que sea un RCP de alta calidad. Las compresiones torácicas se realizarán teniendo o no pulso. Después de las 30 descompresiones se dan las dos ventilaciones boca a boca de un segundo de duración cada, a esto se le considera 1 ciclo de RCP. Realizándose 5 ciclos en dos minutos, este intervenga más o menos 2 minutos después de estos 5 ciclos de verificación si hay pulso.

- Según la guía de reanimación cardiopulmonar básica de ESSALUD manifiesta que tan pronto se cuente con el desfibrilador automático externo (DAE) se debe colocar y verificar que exista.

Si no se trata dentro de los primeros 10 minutos la fibrilación ventricular la posibilidad de vida es mínima. De acuerdo a las investigaciones de este medio manifestó también que ya no solo pertenece al soporte vital cardiaco avanzado (SVCA). Además de convertirse en un intermedio entre el RCP Básico y el avanzado.

- “A” apertura de las vías aéreas: En las víctimas inconscientes la alteración de sistema central hace que el tono muscular disminuya por lo tanto uno de los primeros signos es el desplazamiento de la lengua y la epiglotis hacia la parte posterior del oro faringe impidiendo la entrada de aire. Para evitar la víctima tiene que estar en posición supina ósea boca arriba inclinado la cabeza por atrás, a esto se le llama maniobra frente mentón pudiendo tener así una vía aérea permeable, pero si es el caso que tuviera un trauma se procede a aperturar la vía aérea en tracción mandibular cuyo fin fundamental es la inmovilización de la cervical evitando

complicaciones.

- “B” dar respiración boca a boca o con sistema máscara – válvula-bolsa. Se debe de brindar dos respiraciones de 1 segundo cada uno, en el caso de boca a boca. En este procedimiento se tiene que cerrar las fosas nasales, extendiendo la cabeza, elevando el mentón y la boca entreabierta. Colocando los labios alrededor de la boca de la víctima evitando la salida de aire durante 1 minuto, observando que el tórax se eleve y verificar que haya salida de aire. Si se puede obtener un sistema para brindar oxigenación asistida debe de emplearse en vez de la respiración boca a boca. En el caso de la respiración boca y el dispositivo de barrera se utiliza para evitar cualquier riesgo de infecciones cruzadas. De acuerdo con este procedimiento se debe confirmar la aparición del pulso carotideo.

Después de al cabo de 5 ciclos de 2 minutos, este reevalúa a la víctima en no menos de 5 segundos en la arteria carótida y ni más de 10 segundos. Si en caso de no presentar pulso seguir con los 5 ciclos de RCP. Si presenta pulso se pasa a verificar si hay respiración en 10', si es el caso que no respira, pero si tiene pulso se le da soporte respiratorio, una ventilación cada 5 a 6 segundos que viene hacer 20 a 24 respiraciones por minuto, sabiendo que se debe dar respiración con una duración de 1 segundo. Si es el caso que tiene pulso y respira, colocamos a la paciente en posición decubito lateral estimulando la salida de sustancias desconocidas por la boca si es que las halla.

Protegiendo así la vía aérea en el buen paso de oxígeno. La cabeza, cuello y el tronco deben mantenerse en línea recta, colocar la mano debajo de la mejilla así mejoramos la extensión de la cabeza, el muslo que queda encima colocarlo en ángulo recto con la cadera y la pierna. (41)

Compresiones torácicas

La OPS (2019), menciona que las compresiones torácicas son el aspecto más importante durante la reanimación, ya que permiten que la sangre continúe circulando hacia el corazón, el cerebro y demás órganos nobles.

Técnica de la compresión cardíaca

- Colóquese al lado de la víctima
- Verifique que la víctima se encuentre boca arriba sobre una superficie rígida y firme. Si la persona se encuentra boca abajo, gire a la víctima con cuidado hasta que quede boca arriba.
- Retire todas las ropas que cubran el tórax de la víctima: debe poder ver la piel.
- Coloque la palma de una mano en el centro del pecho desnudo (en la mitad inferior del esternón)
- Coloque la base de la palma de la otra mano sobre la primera.
- Extienda los brazos y colóquese de forma que sus hombros queden justo por encima de sus manos.
- Comprima fuerte y rápido. En cada compresión presione hacia abajo al menos 5 cm (2 pulgadas) pero no superior de 6cm (2.4 pulgadas), verifique en cada compresión estar haciendo presión directamente sobre el esternón de la víctima.
- Al finalizar cada compresión, debe estar seguro de permitir que el pecho de la víctima vuelva a su posición original, se expanda completamente. Esto permite que, entre más sangre al corazón entre las compresiones, de lo contrario esto reducirá el flujo de sangre que generan las compresiones.
- Administre las compresiones a una frecuencia de 100 a 120 compresiones por minuto (cpm). RCP de alta calidad: Según las guías para RCP de la AHA las características para RCP de alta calidad son:

Compresiones torácicas con frecuencia y profundidad adecuadas, permitiendo la descompresión torácica completa tras cada compresión, reduciendo al mínimo las interrupciones en las compresiones y evitando la ventilación excesiva.

Abrir la vía aérea y respiración Víctima sin lesión cervical

Posición del rescatador: Ubíquese al lado de la víctima, de forma tal que esté preparado para abrir la vía aérea.

- Comenzar a administrar respiraciones a la víctima
- Apertura de la vía aérea Para realizar la maniobra de inclinación de la cabeza-elevación del mentón siga la siguiente secuencia:
 - a) Coloque una mano sobre la frente de la víctima y empuje con la palma de la mano para llevar la cabeza hacia atrás.
 - b) Coloque los dedos de la otra mano bajo la parte ósea de la mandíbula, próxima al mentón.
 - c) Levante la mandíbula para llevar el mentón hacia arriba.

Importante:

- No presionar con profundidad los tejidos blandos debajo del mentón, debido a que puede obstruir la vía aérea.
- No utilice el pulgar para elevar el mentón.
- No se debe cerrar completamente la boca de la víctima.
- Se ha eliminado de la secuencia la indicación de “Miro-escucho y siento” para valorar la respiración después de abrir la vía aérea.

Los profesionales de la salud examinan brevemente la respiración cuando comprueban la capacidad de respuesta para detectar signos de paro cardíaco. Tras administrar 30 compresiones, los reanimadores que intervienen solos, abren la vía aérea de la víctima y administran 2 ventilaciones.

Víctima con lesión cervical

La maniobra de tracción mandibular es una técnica para abrir las vías respiratorias, colocar los dedos detrás del ángulo de la mandíbula inferior y levantar la mandíbula hacia arriba. Puede cubrir fácilmente la mascarilla sobre su boca al realizar el tirón de la mandíbula. Es el método de elección para pacientes con sospecha de lesión de la columna cervical.

La maniobra de tracción mandibular en un adulto es así:

- Arrodíllate frente a la cabeza del paciente. Coloque sus dedos detrás de las esquinas de la mandíbula y muévalos hacia arriba. Use su pulgar para ayudar a colocar su mandíbula de modo que pueda respirar por la boca y la nariz.
- La maniobra completa debe abrir las vías respiratorias con la boca ligeramente abierta y la mandíbula hacia adelante. Si la tracción mandibular no abre las vías respiratorias lo suficiente, debe practicar con cuidado inclinar la cabeza y levantar la barbilla. Las vías respiratorias del paciente deben estar patentadas, sea cual sea el caso. Una vez que las vías respiratorias están abiertas, el paciente puede comenzar a respirar por sí solo. Evalúe si la respiración ha regresado utilizando técnicas visuales, auditivas y sensoriales. Esta técnica debería llevar al menos cinco segundos, pero no más de 10.
- Respiración boca a boca La maniobra de respiración boca a boca es una técnica rápida y eficaz de administrar oxígeno a la víctima. El aire que exhala el rescatador contiene un 17% oxígeno y un 4% de dióxido de carbono, lo que se considera suficiente para proveer a la víctima del oxígeno que necesita.

Para administrar respiración artificial siga los siguientes pasos:

- Mantenga la apertura de la vía aérea mediante la inclinación de la cabeza- elevación del mentón.

- Apriete la nariz de la víctima con los dedos pulgar e índice de la mano que tiene sobre la frente.
- Tome aire en forma normal, no profundamente, y realice un sello hermético con los labios en torno a la boca de la víctima.
- Administre una respiración de un segundo cada una mientras administra la ventilación. Observe el pecho para comprobar que se eleve.
- Administre una segunda respiración de un segundo y observe la elevación del pecho.

Importante

Si administra las respiraciones muy rápido o con demasiada fuerza, es posible que el aire viaje también al estómago en vez de a los pulmones.

Esto puede provocar distensión gástrica y consecuencias como vómitos, aspiración o neumonía. Tenga presente estos aspectos para prevenir la distensión gástrica:

- Asegúrese que cada respiración dura un segundo.
- Administre el aire suficiente para producir una elevación fisiológica
- Usted puede administrar respiración artificial utilizando un dispositivo de barrera como una mascarilla facial.

Mascarilla facial

La OPS (2019), menciona también que el riesgo de contraer infecciones por causa de la RCP es muy bajo, sin embargo, se recomienda y exige que el equipo de salud se guíe con las precauciones estándar cuando estén expuestos a contacto con sangre o fluidos corporales. Esto implica utilizar mascarilla facial o un sistema de bolsa- mascarilla para administrar las respiraciones o ventilaciones.

Ventilación boca-mascarilla y ventilación con bolsa mascarilla Habitualmente las mascarillas poseen una válvula unidireccional que evita que el aire espirado vuelva al rescatador. La utilización eficaz de este dispositivo de barrera exige entrenamiento y práctica. La relación de ventilación con dispositivo avanzado para la vía aérea es: 1 ventilación cada 6 segundos (10 ventilaciones por minuto).

Ventilación

Los riesgos a enfermedades como efecto de la RCP son bajo sin embargo la organización de seguridad y salud laboral (Occupational safety and health administration, OSHA) necesita que cumpla precauciones por ser un medio de barrera universal.

Para la ventilación no existe un volumen exacto, si no el volumen que necesite para que se eleven el tórax, por lo que al insuflar debemos observar si hay elevación.

Ventilación con dispositivo de barrera en adulto:

La ventilación bolsa mascarilla, se puede utilizar una mascarilla unidireccional permitiendo la ventilación de las fosas nasales y boca de la víctima, algunas de estas contienen una entrada para administrar oxígeno de forma complementaria.

La ventilación se realiza de la siguiente manera:

Técnica en 6 pasos

- Sitúese a un lado de la víctima
- Coloque la mascarilla sobre el rostro del paciente sirviendo como referencia en el puente de la nariz.
- Fije la mascarilla sobre el rostro.
- Con la mano que está en la parte superior de la cabeza del paciente sitúa los dedos índices y pulgares alrededor de la mascarilla, luego

coloque el pulgar de la otra mano en el borde inferior de la mascarilla.

- Coloque los demás dedos de la otra mano en la sección ósea de la mandíbula y levántala. Proceder a la extensión de la cabeza y elevación del mentón para abrir la vía aérea.
- Mientras levanta la mandíbula, presione con fuerza y sobre el borde exterior de la mascarilla al rostro.
- Administre aire un minuto para hacer que el tórax se eleve.

Ventilación con bolsa-mascarilla durante la reanimación. (42)

Rol del profesional de enfermería en la reanimación cardiopulmonar

Según Cárdenas, D (2013), para realizar una reanimación efectiva, el trabajo en equipo es necesario, la capacitación del personal médico y de enfermería. En general, las primeras personas en la planta de atención hospitalaria que logran presenciar un PCR es el personal de enfermería; por esta razón, el conocimiento del enfermero es una parte fundamental en el equipo de salud sobre este tema. Es necesario para enfermeras y técnicos de asistencia, el conocimiento de la RCP Básica, tiene una regla de oro en consideración porque la atención debe ser con el tiempo oportuno, y una gran posibilidad de la restauración total de los pacientes de un paro cardiorrespiratorio. Las decisiones tomadas en estas circunstancias deben ser reflexivas, precisas y rápidas; como resultado, el conocimiento actualizado en combinación con una práctica y materiales adecuados puede evitar muchas muertes y prolongar las vidas de muchas personas. El éxito de la reanimación depende de una serie de factores tales como:

- Personal idóneo: el personal médico involucrado en las maniobras de reanimación debe estar preparado y brindar atención con capacidades técnicas, científicas y humanas. Es importante enfatizar que la función principal de un cuidador debe tener una variedad de características, que

incluyen: conocimientos, habilidades, habilidades, motivación, responsabilidad, autonomía y compromiso. El liderazgo y los principios éticos le permiten prepararse y actuar con rapidez y precisión para reducir la mortalidad y aumentar la capacidad de supervivencia.

- Trabajo en equipo: mejora la realización de las maniobras, minimiza el tiempo de atención directo al paciente 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 al 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.⁵⁴
- La mejora y perfeccionamiento del entrenamiento de los enfermeros, ha permitido no solamente disminuir la mortalidad, sino disminuir la morbilidad, secuelas y complicaciones, especialmente en las situaciones de riesgo vital.
- El conocimiento, contribuye a tener un juicio y un fundamento para modificar los actos de acuerdo con la situación, mientras que la esencia de la práctica profesional es un proceso de pensamiento lógico y crítico.

El rol de enfermera(o) en RCP, están encaminadas a revertir el paro cardiorrespiratorio colaborando en la reanimación del paciente, para intentar restaurar la circulación y respiración espontánea.

Cuidados de enfermería post reanimación:

Deberán contemplar:

- Monitorización continua del ECG
- Medicación y constantes vitales.
- Evaluación pronóstica de la recuperación neurológica (control respuesta cambio del diámetro pupilar).
- ECG completo

Si precisa ventilación asistida deberá controlarse los parámetros del ventilador, deberá extremarse el cuidado del tubo endotraqueal y revisar cuidadosamente las conexiones del ventilador.

- Se colocará sonda nasogástrica, sonda vesical.
- Se anotarán las incidencias en la hoja de evolución.

Mantenimiento del carro de paros (disponibilidad inmediata, perfecto funcionamiento, reposición del material y medicación después de haber sido utilizado, revisión en cada turno). (43)

h. Conclusiones

- Después de analizar las referencias bibliográficas se concluye que el personal de enfermería tiene el conocimiento teórico – práctico de maniobras RCP de nivel intermedio. Mientras que el conocimiento mejora, pero no significativamente en aquellas enfermeras que trabajan en áreas críticas.
- La actitud de la enfermera en el servicio de emergencia frente a un caso de paro cardiorrespiratorio es levemente alta con diferencias de otros servicios, en comparación del nivel de conocimiento del personal médico capacitado.
- El personal de enfermería debe tener un cronograma estricto de entrenamiento y capacitación en un periodo no mayor de 6 meses sobre maniobras de RCP Básico y asistencia en el RCP Avanzado.

- Al culminar el presente trabajo académico, se hizo recopilación de la literatura existente de fuentes internacionales, nacionales, regionales y locales y con los estudios consultados podemos asegurar que el personal de enfermería está capacitado en la teoría y la práctica de RCP en situaciones de emergencia siempre y cuando se tenga una capacitación constante.
- La revisión sistemática asegura que los estudios realizados para evaluar el conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico del personal de enfermería del servicio de emergencia, indican que son buenas en un mayor porcentaje, lo que indica que todo enfermero realiza de manera correcta una buena reanimación cardiopulmonar básico, lo que está relacionado con el problema planteado al inicio de la investigación.
- En el presente ensayo se realizó una búsqueda exhaustiva de la literatura existente con respecto al conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico del personal de enfermería en los distintos servicios. Cada trabajo académico y revista científica fue clasificado según su relevancia, ensayos clínicos, realidad problemática internacional, nacional y local.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Achurry, D. (2014). Rol del Profesional en Enfermería en la Reanimación Cardiopulmonar de Adultos. [En línea].; 2018 [Consultado: 2021 abril 3] Disponible en: [https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-123/roldelprofesionaenenfermeria/.](https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-123/roldelprofesionaenenfermeria/)
2. American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. Part 4: Adult Basic Support. *Circulation* (2015); 112: 19-34.
3. Antaurco N. & Salvador E. (2017). Efectividad de la intervención educativa en el aprendizaje de reanimación cardiopulmonar básica en Enfermería y población en General - Tesis de grado. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener, Facultad de Ciencias de la Salud; 2017. Report No.: ISBN.
4. Arapa A. (2017). Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básica del adulto en internos de Enfermería, Universidad Nacional del Altiplano – Puno, Tesis de grado. Puno: Universidad Nacional del Altiplano, Facultad de Enfermería; 2017. Report No.: ISSN.
5. Ascurra C. & Ticse E. (2019). Conocimiento del personal de emergencia sobre reanimación cardiopulmonar del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro - Junín. Tesis de grado. Lima: Universidad Nacional del Callao, Facultad de Ciencias de la Salud; 2019. Report No.: ISSN.
6. Bunge M. (1990) *Epistemológica* Barcelona España: Ariel.
7. Buscal P. (2019). Nivel de conocimiento y práctica simulada sobre reanimación cardiopulmonar en los estudiantes del décimo ciclo de la Escuela Tazza. Tesis de grado. Lima: Universidad Ricardo Palma, Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza; Report No.: ISBN.
8. Cárdenas D. (2013). Análisis de un programa de Formación Masiva en Soporte Vital Básico-Proyecto "Salvando Vidas". Tesis Doctoral. España: Universidad

Granada, Investigación.

9. Cardona E, & Pacheco M. (2009). Paro cardíaco y reanimación. Primera ed. Giraldo O, editor. Colombia: Universidad de Antioquia.
10. Carrón N. et all. (2016). Conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básica de los enfermeros en los Servicios de internación del Hospital X en el periodo de diciembre del año Tesis de grado. Buenos Aires: Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires, Facultad de Cienciasde la Salud; 2016. Report No.: ISBN.
11. Camacho J. (2017) Conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar básico en enfermeros del servicio de hospitalización médica en el Hospital Guillermo Kaelinde la Fuente Essalud – Lima 2016. Tesis de grado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; Report No.: ISBN.
12. Calli. C. (2014). Nivel de conocimiento y aplicación de la guía de intervención al pacienteadulto con paro cardiorrespiratorio por enfermera (o) del servicio de emergencia Hospital Hipólito Unanue. Tesis de grado. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Facultad de Ciencias de la Salud; Report No.: ISBN.
13. Comisión de salud y población. Proyecto de Ley- Establecer la obligatoriedad dela instalación de desfibriladores externos automático en espacio públicos y privados. In Periodo anual de sesiones 2013-2014; 2014; Lima. p. 4-5.
14. Cueto M. (2013). Conocimiento del personal de enfermería de un Hospital Materno Infantil sobre técnicas de reanimación cardiopulmonar. Tesis magistral. Oviedo: Universidad de Oviedo, Centro Internacional de Postgrado; Report No.:ISBN.
15. Díaz P, et all, (2014). Reanimación cardiopulmonar básica en personal de enfermería de los distintos hospitales de Chiquimula, Guatemala. Tesis de grado. Chiquimula: Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro

- Universitario de Oriente Médico y Cirujano; Report No.: ISBN.
16. Dirección General de Epidemiología. (2013). Análisis de situación de salud. Perú: Ministerio de Salud.
 17. Escriba C, & Sulca W. (2017). Conocimiento y habilidades en el manejo de RCP Básico en profesionales de Enfermería en el Centro de Salud Licenciados, Ayacucho -.Tesis de grado. Callao: Universidad Nacional del Callao, Facultad de Ciencias de la Salud; 2018. Report No.: ISSN.
 18. Falcon M. (2015). Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar del enfermero (a) de la segunda especialidad en enfermería UNMSM 2014. Tesis de grado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina. Report No.: ISSN.
 19. Falcón M (2014) en Lima “Nivel de conocimiento sobre Reanimación Cardiopulmonar del enfermero(a) del Programa de Segunda Especialización en enfermería”- Perú 2014 Tesis. Perú.
 20. Godoy A. (2017). Conocimientos sobre Soporto Vital Básico en el personal del Hospital Isidro Ayora en la Ciudad de Loja. Tesis de grado. Loja: Universidad Nacional de Loja, Facultad de la Salud Humana; Report No.: ISBN.
 21. Guzmán, P. (2015). Rol del Profesional de Enfermería Frente a una RCP. [En línea].; 2018 [Consultado: 2021 abril 2] Disponible en: <https://pdf4pro.com/amp/cdn/rol-del-personal-de-enfermeria-frente-a-23aaf1.pdf>
 22. Huertas B, & Anicama G. (2009) Tecnología Educativa. Retablo Papel. marzo; II.
 23. INEI. Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles, (2019) Lima.
 24. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Condiciones de riesgo cardiovascular. Monografía. Perú: Lima; 2014.
 25. Lapategi E. Emergencias Respiratorias. [En línea].; 2014 [Consultado: 2021

abril 3] Disponible en:

http://www.saludmed.com/PrimAuxi/ERespira/EResp_Pa.htm.

26. Lazo M. (2017) Nivel de conocimiento y aptitudes de la reanimación cardiopulmonar en trabajadores. Revista Enfermería del Trabajo. setiembre; IV (7).
27. MINSA. [En línea].; 2014 [Consultado: 2021 abril 3] Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/33357-enfermedades-cardiovasculares-son-unas-de-las-principales-causas-de-mortalidad-en-peru>.
28. Olivetto A. et all. (2011). Conocimientos teóricos de los enfermeros sobre para cardiorrespiratoria y resucitación cardiopulmonar en unidades no hospitalarias de atención de urgencia y emergencia. Revista Latinoamericana Enfermagem. abril; II (19).
29. OPS. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. [En línea].; 2019 [Consultado: 2021 abril 3] Disponible en: http://www.bvs.hn/docum/ops/IndicadoresBasicos2019_spa.pdf.
30. Palacios B. (2019). Conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar en enfermeros de áreas críticas en un Hospital del MINSA – Piura, febrero 2019. Tesis de grado. Piura: Universidad Nacional de Piura, Facultad de Ciencias de la Salud; Report No.: ISSN.
31. Pérez F. (2017). Conocimientos del personal médico sobre resucitación cardiopulmonar avanzado en área de choque, sala de operaciones y unidad de cuidados intensivos del Hospital Alemán Nicaragüense, durante enero y febrero del Tesis de especialidad. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Facultad de Medicina Humana; 2017. Report No.: ISSN.
32. Quinto L (2018) en Lima “Conocimiento que tiene el Enfermero sobre Reanimación Cardiopulmonar Básica. Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2018”(Tesis). Perú

33. Quinto L. (2018). Conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar del enfermero (a) del centro quirúrgico Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Tesis de grado. Lima: Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias Médicas; 2018. Report No.: ISBN.
34. Rincón P, et al. (2017) Conocimiento del personal de enfermería sobre el manejo del paciente crítico con base en el soporte vital básico. Revista Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social. mayo; III (25).
35. Reyes I. (2017) Nivel de conocimientos del profesional de salud sobre reanimación cardiopulmonar básico en el Servicio de Emergencia del Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, facultad de Medicina; Report No.: ISBN.
36. Salud E. EFE Salud. [Online].; (2016) [cited 2021 abril 3. Available from: <https://www.efesalud.com/primer-minuto-salva-vidas-importancia-primeros-auxilios/>.
37. Sánchez A, et all. (2015) Valoración del nivel de conocimientos y su adecuación en materia de RPC en el personal sanitario de los servicios de urgencias hospitalarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Revista electrónica trimestral de Enfermería. Julio;XXX (9).
38. Sandoval M. (2017) Conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar del enfermero (a) del centro quirúrgico Hospital II Sullana, Tesis magistral. Sullana: Universidad San Pedro, Facultad de Ciencias de la Salud; 2018. Report No.: ISBN.
39. Vigo J. (2008) Muerte Súbita y emergencias cardiovasculares: Problemática Actual. Revista Peruana de Medicina Experiencias Salud Pública. marzo; II (25).
40. Zelada, L. (2002) Asociación Peruana de Facultades y Escuelas de Enfermería. Estándares Básicos de Calidad para los Programas de Pregrado.

ANEXOS

RCP BÁSICO

I. DESCRIPCIÓN:

Definición: 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.



La eficacia de las técnicas de soporte vital está fuera de duda. Las posibilidades de supervivencia a un PCR se establecen en diversas series entre el 0 y el 21%, llegando a alcanzarse cifras tan elevadas como el 44% en fibrilaciones ventriculares o el 42% en casos exclusivamente intrahospitalarios. Soloun 20% de los pacientes que recuperan un ritmo cardíaco efectivo tras la resucitación cardiopulmonarson dados de alta del hospital sin secuelas neurológicas. Se debe tratar el desequilibrio hidroelectrolítico y valorar el daño neurológico post-resucitación cardiopulmonar.

II. COMPETENCIAS:

1. Identifica, expresa y valora el significado de primeros auxilios, sus instrumentos y parámetrode atención, interviniendo de manera responsable y oportuna.
2. Explica, indaga y aprecia los diferentes procesos patológicos que se presentan en el entornosocial para prevenir enfermedades.

3. Explora, emplea y estima la importancia de la mitigación de las complicaciones frente a lesiones graves, que pueden afectar al Sistema Cardiovascular y Respiratorio.
4. Identifica, emplea y respeta los conocimientos sobre casos clínicos e intervención profesional para RCP Básico.

III. MATERIAL Y METODOS.

Para fomentar la adecuada asistencia a las víctimas de PCR se ha acuñado el término «cadena de supervivencia». Con este nombre se hace hincapié en que la atención al PCR necesita de todos y cada

uno de los elementos de una secuencia de actuaciones. La carencia o el retraso en la aplicación de alguno de los elementos hacen improbable la supervivencia. Según la AHA 2010, la cadena de supervivencia en adultos consta de cinco elementos:

- Reconocimiento y Acceso precoz al Sistema de Emergencia Local.
- Aplicación de RCP precoz, iniciando con Compresiones cardíacas
- Desfibrilación precoz.
- Soporte vital avanzado efectivo.
- Cuidados integrados post paro cardíaco toallas de papel.

IV. PROCEDIMIENTO FASES DEL RCP

La reanimación cardiopulmonar (RCP) se divide en 2 fases:

- **Reanimación cardiopulmonar básica** (Soporte vital básico).
- **Reanimación cardiopulmonar avanzada** (Soporte vital cardíaco avanzado)

SECUENCIA DEL RCP

El RCP incluye una serie de maniobras que se han descrito bajo la regla nemotécnica del «CAB» de la reanimación.

«C»: circulación e iniciar de compresiones cardíacas.

«A»: apertura de la vía aérea

«B»: Proporcionar respiración.

Lo ideal es que estas maniobras sean dominadas por todo el personal médico y de enfermeras, técnicos de enfermería, paramédico de los hospitales, e incluso por gran parte de la población general, especialmente por las personas que por motivos profesionales tengan más posibilidades de atender este tipo de emergencias: policías, bomberos y conductores de ambulancias.

La secuencia de la reanimación es:

- a) **Valorar el escenario**, se busca elementos amenazantes que pongan en riesgo la vida del reanimador o de su equipo y del propio paciente. En tal sentido, se asegurará la escena donde se realizará la resucitación.
- b) **Reconocimiento del paro cardíaco**, es preciso determinar el estado de consciencia de la víctima sacudiéndolo suavemente por los hombros y preguntarle en voz energética «¿Está usted bien?» por dos veces, si no responde decimos que esta inconsciente, y luego, con una inspección visual rápida observamos, si existe respiración o no, si está presente identificar respiración bloqueante o jadeante.
- c) **Activar Sistema de Emergencia Medicas**, al reconocer el paro cardíaco, se debe de activar el sistema de emergencia local (Ej. llamar al **116**; Compañía de Bomberos Voluntarios del Perú). Al llamar considerar brindar información como:
 - ✓ Informar que tipo de víctima (adulto, niño, embarazada, etc.) y el estado de consciencia
 - ✓ Indicar que atención va realizar en este caso se realizará RCP).
 - ✓ Solicitar un **Desfibrilador Automático Externo**
 - ✓ Indicar la **ubicación** (señalar referencias si es necesario).
 - ✓ **Colgar el teléfono después** que la central de recepción lo ha realizado ante la eventualidad de alguna pregunta adicional. Colocar a la víctima en una superficie plana y dura

d) "C": Circulación e inicio de compresiones torácicas. El profesional de salud entrenado debe verificar el pulso en la arteria carótida, tomando como referencia el cartílago cricoides del lugar donde se encuentra el rescatador en no menos de 5 ni más de 10 segundos. Si no hay pulso se deben de realizar inmediatamente las compresiones torácicas en la mitad inferior del esternón o entre la línea media mamilar con la intersección de la línea media esternal. Se coloca el talón de una mano sobre el punto de compresión y se entrelazan los dedos de la otra mano para asegurarse de que la presión no se aplicará directamente sobre las costillas.

Con los brazos completamente extendidos se comprime el tórax aplicando el peso del cuerpo sobre las manos ejerciendo una presión perpendicular sobre el esternón, hasta una profundidad de 5 cm. para lo cual el reanimador debe colocarse a la altura conveniente con relación a la víctima, habitualmente de rodillas en el suelo.

Se libera la presión sobre el esternón y se debe lograr alcanzar una frecuencia de compresión de 100 compresiones por minuto. El tiempo de compresión debe ser equivalente al tiempo de relajación, asegurar que estas compresiones sean fuertes y rápidas. Después de 30 compresiones consecutivas se dan 2 ventilaciones boca a boca de 1 segundo de duración cada uno (ciclo de RCP), realizándose 5 ciclos o 2 minutos de RCP.

- ✓ No se debe interrumpir la maniobra de compresión y ventilación durante más de 5 segundos, excepto en circunstancias especiales. Estas maniobras requieren un esfuerzo extenuante para una sola persona.
- ✓ Cuando existen dos rescatadores, una se encarga de la compresión y la otra de la ventilación con una relación de 30 a 2, alternándose después de cada 5 ciclos o 2min de RCP periódicamente.
- ✓ No se debe perder el tiempo comprobando de manera repetida la presencia de pulso arterial, salvo si la víctima se mueve o respira espontáneamente.

Tan pronto como se cuente con un desfibrilador automático externo, se debe

conectar y comprobar si existe FV/TVSP. Si no se trata con desfibrilación una FV dentro de los primeros 10 minutos del paro, la probabilidad de supervivencia es nula. Según esto, la desfibrilación ya no sólo pertenece al SVCA. La amplia disponibilidad de desfibriladores externos automáticos o convencionales ha convertido la desfibrilación en una intervención intermedia entre el SVB y el SVCA.

Para el personal lego o entrenado, pero tiene problemas de apertura vía aérea, solo deberá iniciar compresiones cardiacas sin parar hasta que llegue el equipo de soporte cardiaco avanzado de vida.

Es fundamental minimizar las interrupciones de las compresiones cardiacas

Los reanimadores deben esforzarse en minimizar la cantidad y duración de las interrupciones en menos de 10 segundos. Estudios anteriores han demostrado que los reanimadores solo administran el 50% del tiempo en las maniobras que dura la resucitación.

Cuando los reanimadores no están realizando las compresiones torácicas no fluye sangre al cerebro y al corazón. Entre las causas que impiden realizar las compresiones son:

- ✓ Se ocupa mucho tiempo en verificar pulso.
- ✓ Se ocupa mucho tiempo en dar respiraciones a la víctima.
- ✓ Se moviliza la víctima.
- ✓ Se usa el DEA o se realiza procedimiento de intubación endotraqueal.

e) **“A”:** **apertura de las vías aéreas** En una víctima inconsciente la falta de tono muscular provoca el desplazamiento pasivo de la lengua y epiglotis hacia la pared posterior del oro faringe, 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 apertura vía aérea con la tracción mandibular a fin de controlar la cervical y evitar complicaciones.

f) **“B”:** **Dar respiración boca-boca o con un sistema máscara válvula- bolsa.**

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 auto inflable) debe emplearse en vez de la ventilación boca a boca.

Respiración boca – Dispositivo de barrera

Por el 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.

g) **REEVALUACION DEL PULSO CAROTIDEO.** Al cabo de 5 ciclos o 2min de RCP, se reevalúa a la víctima palpando el pulso en la arteria carótida en no menos de 5seg ni más de 10 seg.

- ✓ **Si no presenta pulso**, se debe **continuar las maniobras de reanimación** (compresiones y ventilaciones por 5 ciclos o 2 minutos de RCP).
- ✓ **Si presenta pulso**, pasamos a verificar la respiración por 10seg. Si no respira, pero tiene pulso se da ventilaciones de soporte en la siguiente forma **1ventilación cada 5 a 6 segundos durante 2 minutos (equivale a dar 20 – 24 ventilaciones/minuto)**. Cada ventilación debe durar 1 segundo.
- ✓ **Si presenta pulso y respira**, colocamos a la víctima en posición de seguridad. La posición en decúbito lateral permite la salida de sustancias de la boca y **protege la vía aérea**. La cabeza cuello y tronco deben mantenerse en línea recta. Si es necesario se coloca la mano debajo de la mejilla para mantener la extensión de la cabeza. El muslo que queda encima debe formar un ángulo recto con la

cadera y la pierna.

EQUIPOS

- Protector de barrera facial.
- DEA

Existen tres tipos de RCP:

- a. 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.
- b. 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 oro traqueal, la ventilación mecánica si lo requiere, asimismo se administra oxígeno y fármacos.
- c. Cuidados post-reanimación:** conjunto de intervenciones que se realizan con la finalidad de mantener la ventilación y circulación sanguínea restablecidas mediante maniobras de RCP. Usualmente los cuidados post-reanimación se continúan en una Unidad de Cuidados Intensivos.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ✓ CPR overview 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care

- ✓ Adult Basic Life Support 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care
- ✓ Electrical Therapies 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care
- ✓ Pediatric Basic Life Support 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care
- ✓ Recommended Guidelines for Monitoring, Reporting, and Conducting Research on Medical Emergency Team, Outreach, and Rapid Response Systems: An Utstein-Style Scientific Statement - ILCOR Consensus Statement Circulation
- ✓ 2010 American Heart Association (AHA). Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) and Emergency Cardiovascular Care (ECC) of Pediatric and Neonatal Patients: Pediatric Basic Life Support
- ✓ The International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) Consensus on Science with Treatment Recommendations for Pediatric and Neonatal Patients

ANEXO

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE								
VARIABLE	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	N° DE ÍTEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
conocimiento de personal de enfermería sobre Reanimación Cardio Pulmonar basico	Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa Escala de medición: Ordinal	Es el conjunto de ideas, conceptos que adquieren las enfermeras a través de una educación formal así mismo de la observación, mediante el ejercicio de las facultades intelectuales de acerca de RCP.(21).	<ul style="list-style-type: none"> •Frecuencia al menos. •Profundidad de compresiones. •Permitir expansión torácica completa •Minimizar las interrupciones en menos de 10 segundos. •Permeabilización de Vías aéreas. •Administra enfilaciones efectivas después de cada ciclo de 30 compresiones 	•Comprensiones torácicas.	Bueno: 100 a 120 cpm	4 ítems	Nivel de conocimiento Bajo Nivel de conocimiento Medio Nivel de conocimiento Alto	0-6 puntos 7- 13 puntos 14-20 puntos
					Regular: Menor 100 cpm			
					Bueno: 5 a 6 cm. Regular: Menor de 4 cm.	4 ítems		
					Bueno: Expansión completa Regular: Expansión Incompleta.	3 ítems		
					Bueno: Menos de 10 Segundos Regular: Mas de 10 Segundos	3 ítems		
					•Apertura de Vía Aérea. Realiza Correctamente Realiza Incorrectamente.	3 ítems		
					.Buena ventilación. Bueno:10 a 12 rpm Regular: Menor de 10 rpm	3 ítems		



CUESTIONARIO



Estimado(a) Colega quiero solicitar su participación en un estudio denominado el nivel de conocimiento sobre reanimación cardio pulmonar del enfermero asociado a la incidencia de muerte en el área de cuidados intensivos en el Hospital la Merced julio César de Marini caro Año 2021. Para ello te pedimos que respondas, de forma anónima, al siguiente cuestionario. Gracias por tu colaboración.

DATOS GENERALES

1. Sexo M () F ()
2. Edad:
3. Capacitaciones de los últimos tres años de:

Año Institución que lo capacito

RCP básico

RCP Avanzado

Otros

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

INSTRUCCIONES

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

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

- 5. La profundidad de las compresiones en el adulto es:**
- a. >2 cm.
 - b. >3 cm.
 - c. >4 cm.
 - d. >5 cm.
- 6. Una de las complicaciones más frecuentes de las compresiones torácicas de un RCP inadecuado es:**
- a. Neumotórax
 - b. Fractura costal
 - c. Laceración hepática
 - d. Laceración esplénica
- 7. La Reanimación cardiopulmonar consiste en:**
- a. Maniobras
 - b. Actividades.
 - c. Valoración
 - d. Intervención.
- 8. La causa más común que produce obstrucción de vía aérea en un paciente en paro cardiorrespiratorio.**
- a. Caída de la lengua.
 - b. Alimento.
 - c. Presencia de prótesis.
 - d. secreciones.
- 9. La permeabilización de la vía aérea en un paciente inconsciente sin lesión cervical se realiza mediante**
- a. Colocación de tubo oro faríngeo
 - b. Maniobra "frente – mentón"
 - c. Maniobra de "tracción o de empuje mandibular"
 - d. Barrido con el dedo de cuerpos extraños
- 10. En pacientes con sospecha de lesión cervical la permeabilización de la vía aérea se realiza mediante:**
- a. Hiperextensión del cuello.
 - b. Barrido con el dedo de cuerpos extraños
 - c. Maniobra de "tracción o de empuje mandibular"
 - d. Colocación de tubo oro faríngeo
- 11. La arteria indicada para determinar la presencia de pulso en un paciente adulto en paro cardiorrespiratorio es:**
- a. La arteria femoral.
 - b. La arteria poplítea.
 - c. La arteria carótida.
 - d. La arteria braquial.

12. El esquema de RCP en el adulto implica:

- a. 10 compresiones seguidas de 2 respiraciones.
- b. 15 compresiones seguidas de 2 respiraciones.
- c. 20 compresiones seguidas de 2 respiraciones.
- d. 30 compresiones seguidas de 2 respiraciones

13. Tiempo de ventilación que se da en cada respiración:

- a. Max.1 segundo de duración.
- b. Max. 2 segundo de duración.
- c. Max. 3 segundo de duración.
- d. Más de 3 segundos.

14. Para asumir que la ventilación boca-resucitador manual es óptima. Usted evaluara:

- a. El sellado herméticamente de la boca con el resucitador manual
- b. La disminución de la cianosis distal.
- c. El movimiento de expansión del tórax.
- d. Retracción de la pupila

15. ¿Qué error es común y a veces mortal durante el tratamiento de un paro cardíaco?

- a. No obtener acceso vascular.
- b. Períodos prolongados sin ventilaciones.
- c. No realizar la intubación endotraqueal.
- d. Interrupciones prolongadas de las compresiones torácicas.

16. Ha intentado realizar la intubación endotraqueal a un paciente con paro respiratorio. Cuando inicia la ventilación con presión positiva, escucha un gorgoteo en el estómago del paciente en el epigastrio, pero no hay ruidos respiratorios. La onda de capnografía es nula o plana. ¿Cuál de las siguientes es la explicación más probable de estos resultados de exploración?

- a. Intubación del esófago
- b. Intubación del bronquio principal izquierdo
- c. Intubación del bronquio principal derecho
- d. Neumotórax a tensión bilateral

17. Indique qué afirmación es correcta respecto a la administración de medicamentos por vía IV durante los intentos de reanimación.

- a. Administrar adrenalina por vía intracardiaca si no se obtiene acceso IV en un plazo de 3 minutos.
- b. Administrar medicación IV a través de venas periféricas con un bolo de líquidos.
- c. No administrar medicación IV a través de venas centrales con un bolo de líquidos.
- d. Administrar infusión continua de solución salina normal mezclada con bicarbonato sódico por vía intravenosa durante la RCP.

18. Después de tratar a un paciente en paro cardíaco por FV persistente después de 2 descargas, considera la posibilidad de administrarle un antiarrítmico por vía IV. ¿Qué directriz de uso de la vasopresina es correcta?

- a. Administrar 300mg de amiodarona
- b. La vasopresina tiene una semivida más corta que la adrenalina.
- c. La vasopresina es una alternativa a la primera o la segunda dosis de adrenalina en el paro sin pulso.
- d. Administrar vasopresina como agente vasopresor de primera línea para el shock clínico causado por la hipovolemia.

19. ¿Qué combinación de dosis/fármaco se recomienda como tratamiento inicial para un paciente en asistolia?

- a. 0,5 mg de atropina por vía IV
- b. 3 mg de atropina por vía IV
- c. 1 mg de adrenalina por vía IV
- d. 3 mg de adrenalina por vía IV

20. ¿Qué afirmación describe correctamente las ventilaciones que se deben administrar después de insertar el tubo ET, inflar el balón y verificar la posición del tubo?

- a. Administrar 1 ventilación cada 6 - 8 segundos (de 8 a 10 ventilaciones por minuto) sin interrumpir las compresiones torácicas.
- b. Administrar ventilaciones lo más rápido posible siempre que se observe elevación torácica con cada respiración.
- c. Administrar ventilaciones con un volumen corriente de 3 a 5 ml/kg.
- d. Administrar ventilaciones con aire ambiente hasta que se haya descartado EPOC

Gracias por su colaboración

