

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO



TESIS

“Nivel de conocimientos del profesional de enfermería sobre reanimación cardiopulmonar en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Lambayeque- Chiclayo, 2017”

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL “ÁREA DEL CUIDADO PROFESIONAL:
ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN EMERGENCIA Y DESASTRES
CON MENCIÓN EN CUIDADOS HOSPITALARIOS”**

INVESTIGADORAS:

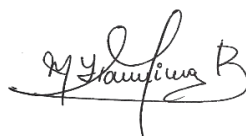
Lic. Enf. Pérez Abad, Miluska Del Milagro

Lic. Enf. Sánchez Cuenca, Denia Natalia

ASESORA

Mg. Sánchez Sánchez de García, Nora Elisa

LAMBAYEQUE-PERU
2019



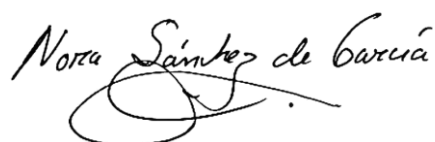
Dra María Margarita Fanning Balarezo
Presidenta de jurado



Dra Tomasa Vallejos Sosa
Secretaria de jurado



Mg. Nora Mercedes Monsalve Requejo
Vocal de jurado



Mg. Sánchez Sánchez de García Nora Elisa
Asesora



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO

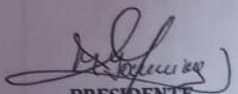

Acreditada con Resolución N° 110-2018-SINEACE/CDADHP


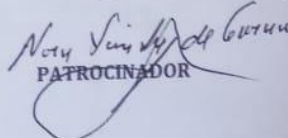


ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Libro de Acta N°.....Expediente: 1649-2019-UP6-FE Follo N° 003
Licenciada: PEREZ ABAD MILUSKA DEL MILAGRO en la
Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo - Lambayeque, a las
horas del día 4 de SETIEMBRE 2019, Los señores Miembros del Jurado designados
mediante Resolución N° 342-2019-D-FE
PRESIDENTE: Dña. MARIA MARGARITA FANNING BALAREZO
SECRETARIO: Dña. TOMASA VALLEJOS SOSA
VOCAL: Mga. NORA MERCEDES MOUSALVE REDUEJO
Encargados de recepcionar y dictaminar la Tesis titulada:
NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SOBRE REANIMACION
CARDIO PULMONAR EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL
DE LAMBAYEQUE, CHICLAYO 2017.
.....patrocinada por el profesor
(a) Mga. NORA ELISA SANCHEZ DE GARCIA
Presentada por el (los) Licenciados (as):
PEREZ ABAD MILUSKA DEL MILAGRO
DEVA NATALIA SANCHEZ CUENCA
Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional: AREA DEL CUIDADO PROFESIONAL: ESPECIALISTA EN EMERGENCIA Y DESASTRES
CON MENCIÓN EN CUIDADOS HOSPITALARIOS
Sustentada la Tesis, formuladas las Preguntas por parte de los señores Miembros del Jurado, dadas las
respuestas y aclaraciones por el (los) sustentante (s) y el Patrocinador; el Jurado, después de deliberar,
declaró APROBADO por UNANIMIDAD, la tesis con el calificativo de MUY BUENO;
debiendo consignarse en los ejemplares del informe las sugerencias hechas en la sustentación.

Terminado el acto se levantó la presente Acta y para mayor constancia firman los que en ella intervinieron.


PRESIDENTE

VOCAL


SECRETARIO

PATROCINADOR



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO

Acreditada con Resolución N° 110-2018-SINEACE/CDASP



ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Libro de Acta N°: Expediente: 1640-2019-UP6-FE Folio N° 003
Licenciada: SANCHEZ CUENCA DANIA NATALIA en la
Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo - Lambayeque, a las 3.00 PM
horas del día 4 de SEPTIEMBRE 2019. Los señores Miembros del Jurado designados
mediante Resolución N° 342-2019-D-FE
PRESIDENTE: DOÑA MARIA MARGARITA FANNING BARRERO
SECRETARIO: DOÑA TOMASA VALLEJOS SOSA
VOCAL: MS LORA MERCEDES MOUSALVE REQUETO

Encargados de recepcionar y dictaminar la Tesis titulada:

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SOBRE PRAXIS DE
CUIDADO PULMONAR EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL
DE LAMBAYEQUE, CHICLAYO 2019

patrocinada por el profesor
(a) MS. NORA ELISA SANCHEZ DE GARCIA ✓


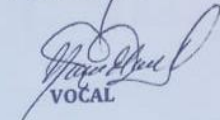
Presentada por el (los) Licenciados (as):


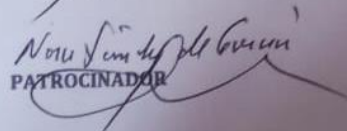
MILUSKA DEL MILAGRO PEREZ ABAD
DANIA NATALIA SANCHEZ CUENCA

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional:
AREA DEL CUIDADO PROFESIONAL - ESPECIALISTA EN EMERGENCIA Y DESASTRES CON
MENCION EN CUIDADO HOSPITALARIOS

Sustentada la Tesis, formuladas las Preguntas por parte de los señores Miembros del Jurado, dadas las
respuestas y aclaraciones por el (los) sustentante (s) y el Patrocinador; el Jurado, después de deliberar,
declaró APROBADO por UNANIMIDAD, la tesis con el calificativo de MUY BUENO;
debiendo consignarse en los ejemplares del informe las sugerencias hechas en la sustentación.

Terminado el acto se levantó la presente Acta y para mayor constancia firman los que en ella intervinieron.


PRESIDENTE

VOCAL


SECRETARIO

PATROCINADOR

DECLARACION JURADA DE ORIGINALIDAD

Nosotras, **Lic. Enf. PÉREZ ABAD MILUSKA DEL MILAGRO**; **Lic. Enf. SÁNCHEZ CUENCA DENIA NATALIA** Investigadoras Principales, y la **Mg NORA ELISA SANCHEZ DE GARCÍA** Asesora de la tesis “**NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE LAMBAYEQUE. CHICLAYO, 2017**”, declaramos bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrara lo contrario, asumo responsablemente la anulación de la tesis y por ende el proceso administrativo a que hubiera lugar. Que puede conducir a la anulación del título emitido como consecuencia de este informe.

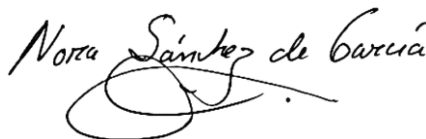
Lambayeque, 19 de Junio del 2019



**Lic. Enf. PÉREZ ABAD
MILUSKA DEL MILAGRO**



**Lic. Enf. SÁNCHEZ CUENCA
DENIA NATALIA**



**MG. SÁNCHEZ SÁNCHEZ DE GARCÍA NORA ELISA
ASESORA**

DEDICATORIA

A Dios, como ser supremo y creador
nuestro y de todo lo que nos rodea,
quien supo guiarme y darme fuerza
para seguir adelante, sin perder nunca
la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mis padres Feliciano y Manuela,
por haberme forjado como la persona
que soy en la actualidad; muchos de
mis logros se los debo a ustedes entre
los que se incluye este, sin duda alguna
en el trayecto de mi vida me han
demostrado su amor, corrigiéndome
mis faltas y celebrando mis triunfos.

A mis amigos, por el apoyo
incondicional a lo largo de toda la
especialidad, sacrificando momentos
en los que pudiendo reunirnos no lo
hicimos, e incitándome a no rendirme
cuando parecía que lo hacía.

MILUSKA

DEDICATORIA

A **Dios**, por guiarme e iluminar mi camino en esta hermosa carrera, por darme la fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado, él puso la fuerza necesaria para lograr la culminación de mi investigación.

A mis padres **Norma** y **Edilberto**, por confiar, escucharme y nunca dejarme sola, por una palabra de aliento y un sabio consejo, y brindarme la posibilidad de desarrollarme como profesional en base a principios y valores.

A mis amigos quienes con mucho anhelo deseaban la culminación de este proyecto y hoy celebran conmigo el logro alcanzado

DENIA

AGRADECIMIENTO

A nuestra asesora, la Mg. Sánchez de García Nora por su comprensión, apoyo y contribución en el planteamiento y desarrollo de nuestra tesis; además por darnos la oportunidad de crecer profesionalmente.

A los colegas que participaron en la recolección de información, que amablemente y con gran interés permitieron que se les encuestara, y con sus aportes han hecho posible desarrollar y culminar satisfactoriamente este trabajo de investigación.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

INDICE	9
RESUMEN.....	10
ABSTRACT.....	11
INTRODUCCION.....	12
CAPITULO I DISEÑO TEÓRICO.....	17
CAPITULO II MÉTODOS Y MATERIALES	39
CAPITULO III RESULTADOS Y DISCUSION	50
CONCLUSIONES	52
RECOMENDACIONES.....	54
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	56
ANEXOS.....	60

RESUMEN

En un paro cardiorespiratorio es necesario rapidez, eficiencia, conocimiento técnico, científico y habilidad técnica por parte del profesional de enfermería por ser el personal que en primera instancia puede enfrentar este episodio en las instituciones de salud a través de la técnica de Reanimación Cardiopulmonar (RCP), por ello se formuló el problema de investigación ¿Cuál es el nivel de conocimientos del profesional de enfermería sobre RCP en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Lambayeque?, con el objetivo general de determinar el nivel de conocimientos de los profesionales de enfermería sobre RCP básica y avanzada. La investigación cuantitativa, descriptiva, transversal trabajó con una muestra conformada por 38 profesionales de enfermería, a quienes se les aplicó un cuestionario elaborado por Osorio¹ y adaptado por las autoras, teniendo una confiabilidad de 0.78 Kuder-Richarson. Los resultados revelan que el 55,3% de las enfermeras tienen un nivel medio de conocimientos sobre RCP, seguido de un 7,9 % tiene un nivel deficiente; en cuanto a reanimación cardiopulmonar básico prevalece el nivel medio (47,4%) y el nivel deficiente (18,4%), solo el 34,2% alcanzó el nivel alto; en la RCP avanzada 52,6% posee nivel alto, el 31,6% un nivel medio y el 15,8 % nivel deficiente. Concluyendo que los profesionales de enfermería del Hospital Regional Lambayeque poseen un nivel medio de conocimientos en RCP, en RCP Básico los puntos donde se encontraron falencias es en la cadena de supervivencia y la técnica para apertura de vía aérea, en la RCP avanzada tuvieron mayores dificultades en responder las acerca del medicamento adrenalina y sobre la desfibrilación.

Palabras Clave: conocimiento reanimación cardiopulmonar, reanimación cardiopulmonar básico, reanimación cardiopulmonar avanzado.

ABSTRACT

In a cardiorespiratory arrest, it is necessary to have speed, efficiency, technical and scientific knowledge and technical skill on the part of the nursing professional because they are the personnel that in the first instance can face this episode in the health institutions through the cardiopulmonary resuscitation technique. This was the problem of research. What is the level of knowledge of the nursing professional about cardiopulmonary resuscitation in the Emergency Service of the Regional Hospital of Lambayeque ?, with the general objective of determining the level of knowledge of nursing professionals about resuscitation basic and advanced cardiopulmonary. The quantitative, descriptive, cross-sectional research work with a sample consisting of 38 nursing professionals, to whom a questionnaire developed by Osorio was applied and adapted by the authors, having a reliability of 0.78 Kuder-Richarson. The results reveal that 55.3% of nurses have an average level of knowledge about cardiopulmonary resuscitation, followed by 7.9% have a deficient level; in terms of basic cardiopulmonary resuscitation, the average level prevails (47.4%) and the deficient level (18.4%), only 34.2% reach the high level; in advanced cardiopulmonary resuscitation, 52.6% had a high level, 31.6% had a medium level and 15.8% had a deficient level. Concluding that the nursing professionals of the Lambayeque Regional Hospital have a medium level of knowledge in cardiopulmonary resuscitation, in basic cardiopulmonary resuscitation, the points where flaws were found are in the survival chain and the technique for opening the airway, in the advanced stage these are They found that they had greater difficulty answering questions about the drug adrenaline and about defibrillation.

Keywords: knowledge of cardiopulmonary resuscitation, basic cardiopulmonary resuscitation, advanced cardiopulmonary resuscitation.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCION

En el contexto del mundo globalizado, donde la ciencia, la tecnología y la información están dentro del alcance de muchos, las profesiones, y específicamente las ligadas a las ciencias de la salud, enfrentan la necesidad de perfeccionar sus procesos de trabajo con vistas a garantizar cuidados de calidad a las personas¹.

Por otro lado, el conocimiento de las muertes súbitas y el redescubrimiento de las técnicas de la resucitación cardiopulmonar en la década de los sesenta, han convertido a la reanimación cardiopulmonar (RCP), en la técnica de emergencia más usada en la medicina actual.²

Esta técnica es utilizada para hacer frente a la parada cardiorespiratoria, la cual es definida como la detención súbita de la actividad miocárdica y ventilatoria, que determina una brusca caída del transporte de oxígeno a los tejidos, por debajo de los niveles compatibles con la vida.³

La sobrevivencia, después de una parada cardíaca, varía de 2 a 49%, dependiendo del ritmo cardíaco inicial y del inicio precoz de la reanimación, sin embargo otro estudio relata que la sobrevida puede doblar o triplicar cuando la resucitación cardiopulmonar es realizada con alta calidad. Ante ello se efectúa la reanimación cardiopulmonar que debe ser realizada lo más pronto posible especialmente dentro de los primeros cinco minutos⁴.

Durante la atención a pacientes con un paro cardiorrespiratorio es necesario rapidez, eficiencia, conocimiento técnico, científico y habilidad técnica por parte del equipo de salud, en especial del profesional de enfermería por ser el personal que en primera instancia puede enfrentar este episodio en las instituciones de salud a través de la técnica de reanimación cardiopulmonar, ya que está en mayor contacto con la persona cuidada y es uno de los profesionales que debe estar capacitado para realizarla con eficiencia y eficacia .

Y es que un profesional de enfermería debe fundamentar su cuidado en conocimientos, entendiéndose como conocimiento a la adquisición de conceptos, siendo importante considerar que es adquirido por una educación formal e informal, el

cual puede ser inexacto pero que se vuelve racional a través de la experiencia, mediante el ejercicio intelectual⁵.

Con el fin de mejorar las maniobras de RCP se han realizado esfuerzos intentando protocolizar el tratamiento de la RCP formulando una serie de normas, estándares y guías que han sido publicadas en diferentes países del mundo. En los años noventa se dio la creación del Comité Peruano De Resucitación (CPR) para establecer normas en el tratamiento del PCR en el Perú, asumiendo el difícil compromiso de conservar la vida y la salud de las personas en riesgo de sufrir muertes súbitas, mediante la preparación y certificación en el manejo del paro cardiorrespiratorio, tratando de disminuir la alta tasa de morbilidad⁶.

Uno de los servicios de hospitalización en que frecuentemente se tiene que utilizar esta técnica es el servicio de emergencia ya que al mismo llegan personas en estado crítico dependiendo su vida muchas veces de la oportunidad y destreza con que se maneje esta técnica.

Sin embargo, en los servicios de emergencia las autoras han tenido la oportunidad de observar que cuando se está brindando cuidados a pacientes en Sala de Observación o Shock trauma y el paciente presenta un paro cardiorrespiratorio, los profesionales de enfermería se muestran intranquilos y mayormente llaman al médico para que instaure la reanimación cardiopulmonar perdiéndose minutos claves que podrían salvar la vida de las personas o disminuir secuelas que pueden resultar de esta demora.

Uno de los hospitales que tiene mayor afluencia de pacientes en nuestra región es el Hospital Regional de Lambayeque, en el que se atienden personas no solo del departamento sino de toda la zona norte del país, además por pertenecer al tercer nivel de atención se pueden evidenciar mayor número de casos de pacientes que llegan con una insuficiencia cardiopulmonar y que necesitan una atención rápida en reanimación cardiorrespiratoria en el servicio de emergencia.

Frente a lo descrito las autoras se preguntaron: ¿El profesional de enfermería está capacitado para realizar una adecuada reanimación cardiopulmonar? ¿En qué aspecto del procedimiento tiene mayores dificultades? ¿Las dificultades se relacionan con falta de conocimientos? Es así que se formuló la siguiente interrogante científica:

¿Cuál es el nivel de conocimientos del profesional de enfermería sobre reanimación cardiopulmonar en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Lambayeque, Chiclayo?

El objetivo general que se planteó en la investigación fue: determinar el nivel de conocimientos de los profesionales de enfermería sobre reanimación cardiopulmonar en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Lambayeque, Chiclayo. Siendo los objetivos específicos: identificar los conocimientos sobre Reanimación Cardiopulmonar Básico en los enfermeros del Servicio de Emergencia, identificar los conocimientos sobre Reanimación Cardiopulmonar Avanzado en los enfermeros del Servicio de Emergencia.

La hipótesis planteada fue que los profesionales de enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Regional Lambayeque tienen un nivel medio de conocimientos sobre Reanimación Cardiopulmonar.

Este trabajo se justifica ya que siendo la enfermería ciencia y arte cuyo objeto de trabajo es brindar un cuidado humanizado a toda persona, familia y comunidad de manera holística, es necesario que dicho profesional sea constantemente capacitado y actualizado para poder hacer frente a diversos momentos críticos en que se pueda encontrar la persona que cuida garantizando con ello una atención oportuna y segura.

El Comité Peruano de Resucitación (CPR), considera como uno de los más importantes avances de la medicina, a la reanimación cardiopulmonar ya que previene o evita las muertes prematuras; su desarrollo se sustenta en los innumerables trabajos realizados desde hace muchos años por médicos, investigadores y organizaciones médicas, y en la actualidad, esta técnica debe ser conocida y practicada por todas las personas que brindan atención en soporte cardiovascular de emergencia como bomberos, policías, rescatistas, entre otros.²

Es indispensable y obligatorio que los profesionales de enfermería que laboran en un área crítica como son los servicios de emergencia, dominen este procedimiento tanto teóricamente como técnicamente toda vez que los pacientes llegan a esta área en situaciones que ponen en riesgo su vida, donde la actuación de los profesionales de enfermería debe ser de forma inmediata y oportuna para salvaguardar la vida de una persona y evitar secuelas.

Además su estudio es requisito necesario para la acreditación de todo el personal de salud de los servicios de urgencias, emergencias y áreas críticas y de esta forma poder garantizar que los profesionales formados tengan un perfil y un nivel de competencias adecuado.

El presente trabajo de investigación aportará información actualizada que permita reflexionar a los participantes y profesionales de enfermería en general en qué medida están capacitadas en este procedimiento, permitiendo detectar las falencias que existan y los vacíos en las prácticas correctas en dicha atención e implementar acciones de mejora continua y facilitar un entorno adecuado.

El informe se encuentra estructurado en 4 capítulos de la siguiente manera: Capítulo I: Marco Teórico, Capítulo II: Métodos y materiales, aquí se ubica el tipo de investigación, enfoque, población y muestra, métodos y técnicas de recolección de datos, análisis de los datos, rigor científico y principios éticos, en el Capítulo III: Resultado y Discusión, aquí serán presentadas las tablas y gráficos con su respectiva interpretación y análisis, para culminar con las Conclusiones y Recomendaciones.

CAPITULO I

DISEÑO TEÓRICO

CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO

1.1. Antecedentes de la Investigación

A Nivel Internacional

Machado Maryori y col.⁷ en Cuba en el 2010, desarrollaron una investigación titulada Nivel de conocimientos en reanimación cardiopulmonar cerebral en el Centro Nacional de Cirugía de mínimo acceso”, con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos que poseen los profesionales del Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso sobre reanimación cardiopulmonar cerebral llegando a las siguientes conclusiones: Existe un insuficiente nivel de conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar cerebral en el Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. No existió asociación entre el nivel profesional de los encuestados y su conocimiento acerca de este tema.

Sánchez Ana y col.⁸ en España en el 2012, realizaron un trabajo de investigación titulado Valoración del nivel de conocimientos y su adecuación en materia de RCP en el personal sanitario de los servicios de urgencias hospitalarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia con el objetivo de conocer cuál es el nivel de conocimientos en RCP de los profesionales sanitarios. Se obtuvo como resultado que la totalidad de los encuestados no sigue los estándares internacionales de realización de cursos de actualización de conocimientos. El 64,7 % se actualizó después del 2010 y 10,1% nunca se actualizó. El 30% de los médicos, el 90% de los residentes y el 7% de los enfermeros, no superaban el umbral mínimo de formación establecido por la AHA en servicios.

Balcazar Luis y col.⁹ en México en el 2015, realizaron un trabajo denominado Reanimación cardiopulmonar: nivel de conocimientos entre el personal de un servicio de urgencias con el objetivo: determinar los conocimientos en reanimación cardiopulmonar entre el personal de salud que labora en un servicio de urgencias, llegándose a las siguientes conclusiones: en el personal de salud del servicio de urgencias de nuestra unidad existen deficiencias graves en los conocimientos de reanimación cardiopulmonar. Es necesario iniciar

cursos y talleres de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada certificados por la American Heart Association.

A Nivel Nacional

Osorio, Yasmin¹⁰, en Lima- Perú en el 2013, realizó un estudio titulado Conocimientos sobre reanimación en las enfermeras del servicio de emergencia: Hospital Nacional Sergio Bernales, 2013 con el objetivo de determinar los conocimientos sobre Reanimación Cardiopulmonar en las enfermeras del Servicio de Emergencia. Hospital Nacional Sergio Bernales. 2013. Llegando a las siguientes conclusiones: La mayoría de las enfermeras conocen sobre Reanimación cardiopulmonar básica y avanzada, sin embargo existe un mínimo porcentaje significativo que no conocen los aspectos referidos a la secuencia, masaje cardiaco, técnica para apertura de vía aérea, uso de drogas y desfibrilación.

Benito Katherine¹¹, en Lima-Perú en el 2014 realizo una investigación titulada Conocimientos de las enfermeras sobre la reanimación cardiopulmonar básica en el adulto en el Programa Nacional SAMU, Lima - Perú 2013, teniendo como objetivo determinar los conocimientos de las enfermeras sobre la Reanimación cardiopulmonar básica. Resultando como conclusiones que en cuanto a los conocimientos sobre Reanimación Cardiopulmonar básica en el adulto el mayor porcentaje conoce en los aspectos referidos a paro cardiorrespiratorio y RCP básico y en cuanto a los conocimientos sobre Paro Cardiorrespiratorio, el mayor porcentaje conoce la definición, síntomas y un porcentaje considerable de enfermeras no conoce en pedir ayuda a sistemas de emergencia y respiración.

Alarcón Celita y col.¹² en Lima Perú en el 2013, realizaron una investigación titulada Nivel de conocimientos de las enfermeras, sobre maniobras de resucitación cardiopulmonar con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento de las enfermeras sobre las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP). Donde se obtuvo los siguientes resultados que muestran que la mayoría de enfermeras (59%) tiene un nivel de conocimiento

regular sobre la RCP; y según las fases del RCP, su conocimiento también fue regular; sólo en la fase de circulación el nivel de conocimiento fue bueno (48,7%). El nivel de conocimiento fue independiente de los años de experiencia y capacitaciones recibidas.

A nivel local

No se encontraron antecedentes locales relacionados al tema en estudio.

1.2.Bases Teóricas Conceptuales

Siendo el objeto de investigación el nivel de conocimientos del profesional de enfermería sobre reanimación cardiopulmonar se empezara detallando lo relacionado al conocimiento.

Conocimiento

La sociedad actual, los hábitos de vida, el aumento de la esperanza de vida y por tanto, la elevada aparición de enfermedades crónicas, propicia que el profesional de emergencias encuentre durante su desarrollo laboral una multitud de situaciones estresantes (accidentes, violencia de género, enfermedades de brusca aparición) que necesitan de una respuesta altamente especializada y donde el cuidado y la atención a la persona se complementan con la necesidad de actuar en un entorno que en ocasiones no se muestra favorable.

Esta respuesta por parte del profesional de salud requiere un conjunto de conocimientos tanto técnicos como científicos que fundamenten su quehacer profesional, teniendo constantemente que estar actualizado y capacitado en la atención que va a brindar. Es por ello que el conocimiento es definido de diferentes puntos de vista; así en pedagogía el conocimiento es denominado como: tipo de experiencia que contiene una representación de un suceso o hecho ya vivido; también se le define como la facultad consciente o proceso de comprensión, entendimiento, que pertenece al pensamiento, percepción, inteligencia, razón.¹³

Desde el punto de vista filosófico: el conocimiento se define como un acto y un contenido, es decir, es la aprehensión de una cosa, objeto, etc., a través de un proceso mental y no físico; es aquello que se adquiere a través de los actos de conocer, estos son acúmulos, transmitidos de unas personas a otras, no son subjetivos, son independientes para cada sujeto debido al lenguaje.

Distingue además 2 niveles de conocimientos:

- Conocimiento Vulgar: aquel que es adquirido y usado espontáneamente.
- Conocimiento Científico: aquel que se adquiere adoptando un papel que requiere de esfuerzos y preparación especial, caracterizada por ser selectivo, metódico, explicativo, analítico y objetivo (apoyado en la experiencia).

Según un autor el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vagos e inexactos, clasificándolo en:

- Conocimiento Científico “el cual es racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia.”
- Conocimiento vulgar, el cual es vago, inexacto limitado por la observación.

La Teoría del conocimiento refiere: que el conocimiento está determinada por la intuición sensible y los conceptos distinguiéndose dos tipos de conocimientos.¹³

- Conocimiento puro o priori, que se desarrolla antes de la experiencia.
- Conocimiento empírico, elaborado después de la experiencia.

De lo cual se puede considerar que el conocimiento es la adquisición de conceptos, conjunto de ideas que pueden ser ordenados, siendo importante considerar que es adquirido por una educación formal e informal es decir todos tenemos conocimientos, el cual puede ser vago o inexacto pero que se vuelve

racional o verificable a través de la experiencia, por medio formal o informal mediante el ejercicio intelectual.

Paro Cardiorrespiratorio

Para toda actividad realizada en salud se necesita de capacitación del personal, más aun ante un evento crítico, en donde se encuentra en riesgo la vida de la persona, sea este el caso de un paro cardiorrespiratorio.

Por parada cardiorrespiratoria (PCR) se entiende toda situación clínica que comprende un cese inesperado, brusco y potencialmente reversible de las funciones respiratorias y/o cardiocirculatoria espontáneas.¹⁴

La PCR se define como la detención súbita de la actividad miocárdica y ventilatoria, que determina una brusca caída del transporte de oxígeno a los tejidos, por debajo de los niveles compatibles con la vida. Así un paro cardiorrespiratorio es una de las causas principales de morbilidad intrahospitalaria a nivel mundial, constituyendo un problema social, sanitario y económico de gran magnitud.³

Cuando el evento primario es un paro respiratorio, el corazón y el aire contenido en los pulmones pueden continuar oxigenando la sangre y manteniendo un adecuado transporte de oxígeno al cerebro y otros órganos vitales durante algunos minutos; pero al cabo de este período se añade invariablemente el Paro Cardíaco secundario a la anoxia miocárdica.

Si el evento se inicia con un Paro Cardíaco, la circulación se detiene y todos los órganos vitales quedan privados de oxígeno. La respiración cesa segundos después por hipoxia de los centros bulbares. El daño cerebral es el punto más importante a evitar, ya que después de los primeros cuatro minutos de Paro Cardíaco el daño cerebral se torna irreversible.

Dentro de la etiología del PCR se encuentra fibrilación ventricular, taquicardia ventricular, asistolia y la actividad eléctrica sin pulso. Entre los múltiples factores potencialmente reversibles que pueden llevar a un PCR se encuentra la hipoxia, hipotermia, hipocalcemia/ hipercalemia/ hipermagnesemia,

acidosis, hipovolemia, neumotórax a tensión, taponamiento cardíaco, toxinas, trombosis pulmonar y trombosis coronaria.³

Frente a este acontecimiento se realizan las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) con el fin de poder devolver el aporte ventilatorio y circulatorio que el individuo requiere para restablecerse las funciones vitales, disminuir lesiones celulares irreversibles en el organismo por la anoxia tisular y evitar la muerte biológica.

Reanimación Cardiopulmonar

Reanimación cardiopulmonar son todas las maniobras realizadas para restaurar una oxigenación y circulación eficientes en un individuo en PCR, con el objetivo de lograr una adecuada recuperación de la función nerviosa superior, este es su objetivo final. Se aplica ante un paro cardíaco, independientemente de su causa.¹⁵ La RCP fue descrita por en la década de los sesenta. Desde ese entonces a la fecha, se han realizado esfuerzos intentando protocolizar el tratamiento de la RCP formulando una serie de normas, estándares y guías que han sido publicadas en diferentes países del mundo.¹⁶

En 1992 se creó el " ILCOR" (Internacional Liaison Commite on Resuscitation), Agrupación de Comités de RCP de países de los cinco continentes, cuya misión es la de buscar un mecanismo de consenso para la revisión del conocimiento y los avances científicos relevantes en los cuidados cardíacos de emergencia. Estos conocimientos son usados actualmente para proveer las guías internacionales de RCP tanto a nivel básico como avanzado.

En agosto del 2000, el Comité de enlace mundial "ILCOR" publicó las nuevas guías de consenso internacional en RCP, ellas son el resultado del trabajo en conjunto de expertos del Comité Europeo de Resucitación (ERC), American Heart Association (AHA), Consejo Australiano de Resucitación (ARC), Consejo Sudafricano (RCSA), Heart and Stroke Foundation of Canada (HSFC) y del Consejo Latinoamericano de Resucitación (CLAR).

El objetivo de este trabajo conjunto fue llegar lo antes posible a nuevas guías mundiales basadas en evidencias científicas, las que aún son, en opinión de los

expertos insuficientes en muchos aspectos. Por lo que, el Comité Mundial propone a todos los países a revisar este material y sugiere la aplicación según sus posibilidades nacionales y locales.

En lo que respecta al Perú, hasta la actualidad no contaba con normas propias de RCP. A mediados del año de 1999, a solicitud del Consejo Directivo del Consejo Latinoamericano de Resucitación (CLAR), miembro del Comité mundial ILCOR, actual Comité Científico de la Fundación Interamericana del Corazón (FIAC), encargó la creación del Comité Peruano de Resucitación (CPR) para establecer normas en el tratamiento del PCR en el Perú, asumiendo el difícil compromiso de conservar la vida y la salud de las personas en riesgo de sufrir muertes súbitas, mediante la preparación y certificación en el manejo del paro cardiorrespiratorio, en todos sus niveles, tratando disminuir la alta tasa de morbimortalidad existente en nuestros días.¹⁶

Actualmente el Consejo Europeo de Resucitación - European Resuscitation Council (ERC) actualiza las que se publicaron en 2010 y mantiene el ciclo establecido de cinco años de cambios en las mismas. La ciencia de la resucitación continúa avanzando, y las guías clínicas deben actualizarse regularmente para reflejar estos cambios y asesorar a los profesionales sanitarios sobre las mejores prácticas.¹⁷

Tipos de Reanimación Cardiopulmonar¹⁰

Reanimación Cardiopulmonar Básica: Conjunto de medidas estandarizadas de desarrollo secuencial de maniobras de reanimación, cuya finalidad es restaurar la circulación para generar un flujo sanguíneo vital permitiendo el aporte de oxígeno y energía al corazón y al cerebro

La Guía AHA 2015¹⁸, tiene como principios las Guías del Consenso Internacional ILCOR 2015 sobre RCP las cuales recomiendan ciertos cambios respecto a la guía del 2010, entre esos cambios tenemos la cadena de supervivencia. Se ha recomendado la creación de cadenas de supervivencias separadas en las que se identifiquen las diferentes vías asistenciales para pacientes que sufren un paro cardíaco intrahospitalario y extrahospitalario.

Cadena de Supervivencia Intrahospitalaria¹⁸

1er. Eslabón: Vigilancia y prevención.

2do. Eslabón: Reconocimiento y activación del sistema de respuesta a emergencias.

3er. Eslabón: RCP de alta calidad.

4to. Eslabón: Desfibrilación rápida.

5to. Eslabón: Soporte Vital Avanzado y cuidados postparo cardiaco.

Cadena de Supervivencia Extrahospitalaria¹⁸

1er. Eslabón: Reconocimiento inmediato del paro cardiaco y activación de los servicios médicos de emergencia local (SMEL).

2do. Eslabón: RCP de alta calidad

3er. Eslabón: Desfibrilación rápida.

4to. Eslabón: Servicios de emergencias médicas básicos y avanzados.

5to. Eslabón: Soporte Vital Avanzado y Cuidados postparo cardiaco.

Para realizar RCP se debe tener en cuenta los siguientes pasos:¹⁸

- Garantice la seguridad del reanimador y de la víctima y evaluación del estado de conciencia:

El reanimador debe velar por su seguridad y el de la víctima, evitando situaciones de riesgo, como por ejemplo, iniciar una RCP en la calle donde hay cables por todos lados. Comprobar la capacidad de respuesta de la víctima, tomarlo de los hombros y con voz fuerte preguntar "¿Está usted bien?". Si la persona no responde, está inconsciente. Si la víctima responde pero está lesionado o necesita ayuda médica, llamar al Servicio Médico de Emergencia Local (SMEL) y colocar a la víctima en posición de recuperación.

Si se sospecha de una lesión a nivel cervical, movilizar a la víctima sólo si es absolutamente necesario.

Si un reanimador encuentra a un adulto inconsciente, deberá activar inmediatamente al SMEL, solicitar un DEA (si está disponible) e iniciar la RCP. El número telefónico del SMEL debe de ser un teléfono que no requiera monedas y ser conocido por la comunidad. Si se está solo, evaluar la

posibilidad de dejar a la víctima para conseguir pronta ayuda. Ejemplo: Número de los Bomberos 116, Central Policial 105.

- Inicio de la reanimación cardiopulmonar:

Las guías recomiendan comenzar la RCP con compresiones torácicas, apertura de vías aéreas y buena ventilación (C-A-B) para las víctimas de todas las edades puede ser lo más fácil de recordar y realizar para los reanimadores que tienden a personas de todas las edades.¹⁸

Estos cambios permiten que las compresiones se inicien antes y el retraso de las ventilaciones sea mínimo (18 segundos), también destacan la necesidad de brindar una “RCP de ALTA CALIDAD”.¹⁰

Secuencia del RCP básico:

Para iniciar el RCP básico se debe tener en cuenta la posición de la víctima la cual debe estar acostada boca arriba sobre una superficie plana y dura, si se encuentra boca abajo, el reanimador debe girarla, de tal manera que la cabeza, los hombros y el tronco se muevan en bloque como una sola unidad. El paciente debe ser acostado con los brazos a los lados del cuerpo, posición para realizar RCP. Se iniciara el RCP con la secuencia descrita anteriormente C-A-B.

Verificar pulso e iniciar compresiones torácicas “C”

Los profesionales de la salud verificarán el pulso en la arteria carótida, en un tiempo no mayor de 10 segundos, si no hay PULSO, iniciar las compresiones torácicas. La verificación del pulso, se hace en la arteria carótida, este pulso persiste aun cuando la hipotensión haga desaparecer otros pulsos periféricos. La arteria carótida se encuentra en el canal formado por la tráquea y los músculos laterales del cuello.

Las compresiones torácicas, son aplicaciones rítmicas y seriadas de presión sobre el centro del pecho que crean un flujo de sangre por incremento de la presión intratorácica y por la compresión directa del corazón. Las compresiones torácicas generan flujos sanguíneos al cerebro y al corazón,

incrementando las posibilidades de que la desfibrilación temprana sea exitosa. Se debe tener en cuenta para una RCP de calidad lo siguiente: ¹⁸

- Aplicar compresiones con una frecuencia de 100 a 120 cpm.
- Profundidad de las compresiones de al menos 5 cm a un adulto de complexión normal, evitando una profundidad excesiva de la compresión torácica de más 6 cm.
- Permitir el retorno completo del tórax durante la fase de descompresión.
- Minimizar las interrupciones durante las compresiones torácicas. Al reiniciar las compresiones, colocar las manos sin retraso “en el centro del pecho, entre los pezones de la víctima”.
- Evitar la ventilación excesiva.

Técnica de las compresiones torácicas: ¹⁰

- Reanimador arrodillado a la altura del tórax de la víctima.
- Colocar el talón de una mano en el centro del tórax (entre los pezones).
- Colocar el talón de su otra mano encima de la primera.
- Entrecruzar los dedos y asegurar que no se vaya a comprimir sobre las costillas, la parte superior del abdomen o la parte distal del esternón (apéndices xifoides).
- Colocarse verticalmente sobre el tórax de la víctima manteniendo los brazos rectos con los codos extendidos, iniciar las compresiones empujando hacia abajo.
- Deprimir el tórax al menos 5-6 cm. en el adulto normal, a un ritmo de 100 a 120 por minuto.
- Soltar por completo la presión y permitir que el tórax recupere su posición normal después de cada compresión.
- Luego de 30 compresiones dar 2 respiraciones de apoyo de 1 segundo de duración cada uno.
- Combinar compresiones torácicas con ventilaciones de apoyo, (30:2) durante 5 ciclos.

Manejo de la Vía aérea “A”:

En víctimas inconscientes, los músculos que sostienen la lengua se relajan y permiten que la lengua caiga, ésta la causa más común de obstrucción de la vía aérea en la víctima inconsciente.

- Maniobra frente – mentón.

Colocar una mano sobre la frente de la víctima, manteniendo los dedos pulgar e índice libres para pinzar las fosas nasales si es que se va a dar respiración. Colocar los dedos de la otra mano debajo de la parte ósea de la mandíbula, luego inclinar la cabeza y elevar el mentón para abrir las vías aéreas. Esta maniobra permite acortar la lengua y permeabilizar la vía aérea, si se observan cuerpos extraños estos deben retirarse, sólo si es posible visualizarlos de lo contrario podemos hacer que el cuerpo extraño se introduzca más y obstruya la vía aérea. Si no se puede ver podemos dar golpes en la espalda o realizar maniobra de Heimlich, con el fin de permeabilizar la vía aérea y restablecer la respiración en el usuario

- Maniobra de "tracción o de empuje mandibular"

Es el paso más seguro para abrir la vía aérea cuando se sospecha de lesión cervical. Sostener la cabeza sin moverla ni rotarla. El desplazamiento de la mandíbula hacia delante, también puede conseguirse agarrando los ángulos de la mandíbula, levantándolos con las dos manos, una a cada lado y desplazarla hacia delante. Los codos del reanimador pueden apoyarse sobre la superficie donde está acostado el paciente. Técnica recomendada solo para los profesionales de la salud por ser difícil de realizar.

Respiración "B"

Después de 30 compresiones seguidas, el reanimador permeabiliza la vía aérea y da 2 respiraciones de apoyo.

Pasos para la técnica: "Boca a boca"

- Es la forma rápida y eficaz de suministrar oxígeno a la víctima, evitando el daño neurológico en el paciente, y en muchos casos siendo de manera irreversible.

- Mantener la vía aérea permeable con la maniobra frente mentón, evitando que la lengua obstruya el paso del oxígeno.
- Pinzar las fosas nasales con el pulgar y el índice (de la mano colocada sobre la frente), evitando así el escape de aire por la nariz de la víctima.
- Administrar 2 respiraciones de 1 segundo de duración c/u con suficiente volumen para producir la elevación visible del pecho de la víctima.
- En adultos durante la RCP, son suficientes volúmenes de 600 ml en 1 seg. De duración para todas las formas de respiración incluyendo boca a boca y bolsa-válvula- mascara con o sin oxígeno.
- Para la respiración a dispositivos de barrera de disponer de dos tipos: los dispositivos tipo mascara y los protectores de cara.
- Los profesionales de la salud entrenados usaran la Bolsa Manual Auto inflable (AMBU). Se recomienda dar 2 respiraciones de 1 segundo de duración, c/uno con un volumen tidal suficiente como para elevar el tórax (aproximadamente 600ml) hasta tener una vía aérea avanzada.¹⁰

Para utilizar el dispositivo de bolsa-mascarilla el reanimador se debe situar justo por encima de la cabeza de la víctima, colocando la mascarilla sobre el rostro y utilizando el puente de la nariz como referencia. Para sostener la mascarilla en su lugar se debe utilizar la técnica de sujeción C-E en la cual se colocan los dedos pulgar e índice alrededor de la parte superior de la mascarilla formando una C, mientras los otros tres dedos forman una E y se utilizan para elevar la mandíbula. Con la otra mano se comprime la bolsa para realizar ventilaciones.³

La RCP Básica es sólo el primer eslabón de una compleja cadena, y cuanto antes se apliquen las siguientes etapas mejor será el pronóstico. Por ningún motivo un reanimador debe retardar la entrega de una víctima a los equipos de salud que deben aplicar la RCP avanzada y trasladar lo antes posible a la víctima al servicio de emergencia.¹⁰

Reanimación Cardiopulmonar Avanzada: Maniobras realizadas para restablecer la ventilación y la circulación eficaces para la estabilización hemodinámica, en un paciente que ha sufrido un parada cardiorrespiratoria.¹⁰

La RCP avanzada se realiza cuando se dispone de material adecuado y personal entrenado para optimizar la RCP básica, seguido de la canalización de vía periférica y la administración de fármacos que ayudan a favorecer y mejorar la contractilidad miocárdica, como la adrenalina, la atropina, también se utilizan sedantes para evitar que el paciente luche en el momento que se está procediendo a la intubación endotraqueal, monitorización electrocardiográfica y desfibrilación inmediata ante la presencia de fibrilación ventricular.

Los principales componentes de la reanimación cardiopulmonar son la activación del servicio médico de emergencias dentro o fuera del hospital y la asociación de compresiones torácicas o «masaje cardíaco externo» (MCE) con ventilación artificial. Otros componentes relacionados incluyen la maniobra de Heimlich y el uso de desfibriladores externos automáticos.¹⁰

Para poder realizar la RCP avanzada se tiene que tener en cuenta el origen o causa del paro cardíaco el cual puede ser provocado por cuatro ritmos:³

- 1) Fibrilación Ventricular (FV)
- 2) Taquicardia Ventricular Sin Pulso (TVSP)
- 3) Actividad Eléctrica Sin Pulso (AESP)
- 4) Asistolia.

Los ritmos desfibrilables son la Fibrilación Ventricular y la Taquicardia Ventricular Sin Pulso. Los ritmos no desfibrilables son Actividad Eléctrica Sin Pulso y asistolia. La RCP avanzada consta de varios apartados que se deben ir realizando de forma simultánea.³

Circulación “C”¹⁰

Monitorear Frecuencia cardíaca y ritmo:

- Fibrilación ventricular(FV): Es el trastorno del ritmo cardíaco que presenta un ritmo ventricular rápido (>250 latidos por minuto), irregular de morfología caótica y que lleva irremediamente a la pérdida total de la contracción cardíaca, con una falta total de bombeo sanguíneo y por tanto a la muerte del paciente.

- Taquicardia Ventricular Sin Pulso (TVSP) es un trazado de las de 100 laidos por minutos, con al menos tres latidos cardiacos irregulares consecutivos. La afección se puede desarrollar como una complicación temprana o tardía de un ataque cardiaco y también puede ocurrir en pacientes con miocardiopatía, insuficiencia cardiaca, cirugía de corazón, miocarditis, válvula cardiaca.

Se debe tener en cuenta el tiempo que transcurre desde el colapso de una víctima hasta la desfibrilación es uno de los factores más importantes que condicionan la supervivencia a un Paro Cardíaco. La sobrevivencia de estos ritmos requiere de tanto RCP básico como Avanzado y un cuidado post paro integrado.

La desfibrilación es el tratamiento eléctrico de la fibrilación ventricular y de la taquicardia ventricular sin pulso. Consiste en transmitir una cantidad de corriente eléctrica de suficiente magnitud a través del músculo cardíaco, en situación eléctrica y mecánica caótica, con el objetivo de despolarizar simultáneamente una masa crítica del mismo y conseguir, que el nodo sinusal reassuma el control del ritmo cardíaco; es decir, con actividad eléctrica organizada y presencia de pulso.¹⁹

Existen diferentes modelos de desfibrilador externo automatizado (DEA) pero todos funcionan básicamente de la misma forma. Existen cuatro pasos universales para el manejo del DEA, estos son:³

- Encender el DEA.
- Colocar los parches del DEA sobre el tórax desnudo de la víctima.
- Ordenar a todos los presentes que se aparten de la víctima y analizar el ritmo.
- Si el DEA lo indica, se aplica la descarga, advirtiéndole que nadie esté tocando a la víctima.

La colocación correcta de los parches de DEA es: uno en la parte superior derecha del tórax de la víctima, justo debajo de la clavícula y el segundo lejos del pezón izquierdo, con el borde superior del parche varios centímetros por debajo de la axila izquierda. Luego de colocar los parches se conectan los cables a la carcasa de DEA. Algunos DEA tienen un botón que se presiona para analizar el ritmo mientras otros lo analizan automáticamente. El análisis puede tardar entre cinco y 15 segundos. Si el DEA indica una descarga, se pulsa el

botón de descarga, asegurándose antes de que nadie esté en contacto con la víctima.

Después de administrada la descarga, se reinician, inmediatamente, sin palpar pulso, las compresiones torácicas (30:2). Si el DEA no indica una descarga se reanuda inmediatamente la Reanimación Cardiopulmonar. Al transcurrir cinco ciclos (dos minutos) el DEA indicará de nuevo que se analiza el ritmo.

Un desfibrilador administra una descarga eléctrica que detiene la agitación de las fibras del corazón, para así poder recuperar un ritmo organizado, y el miocardio puede empezar a contraerse de forma efectiva y generar un pulso, a esto se le llama restablecimiento de la circulación espontánea. Sólo en 25 a 50% se logra una restauración de la circulación espontánea. Sólo del 2 al 12% de los pacientes son egresados del hospital. La mayor morbilidad y mortalidad es el persistente daño cerebral.³

Los niveles de descarga para desfibrilación son para ondas bifásicas administrar la primera descarga con una energía de al menos 150 J, la segunda y sucesivas descargas con 150-360J.¹⁸

Los ritmos no desfibrilables son:¹⁰

Asistolia: es la ausencia de actividad eléctrica cardíaca. Se traduce en una línea plana en el monitor ECG lo que significa ausencia de energía y por lo tanto mayor dificultad para revertirla. No es un ritmo desfibrilable, pero en ocasiones es difícil diferenciarla de una FV y por lo tanto se debe confirmar la presencia de asistolia cambiando el eje del monitoreo eléctrico. Si la asistolia es confirmada se procede a la reanimación básica y se inician maniobras avanzadas.

La actividad eléctrica sin pulso es la presencia de un ritmo organizado (no FV ni TVSP) en el monitor ECG en ausencia de circulación (paro cardíaco). Tampoco es desfibrilable.

Administrar drogas según ritmo y PA:

Por vía endovenosa, para distribuir la medicación en la circulación central se debe, posteriormente, infundir un bolo de 20 a 30 ml de SF y elevar el brazo.

Drogas más usadas:

– Adrenalina: Es una catecolamina endógena, es la droga de elección ante un paro cardíaco, tiene un efecto alfa vasoconstrictor, uno Beta 1 aumento de la fuerza y contractibilidad cardíaca y Beta 2 es broncodilatador. Se administra de 1mg cada 3 a 5 minutos.

– Atropina: Tiene una acción parasimpaticolítica, aumenta el automatismo del nódulo sino auricular, Esta indicado en asistolia y AESP, bradicardia, administrar 3mg en bolo.

– Amiodarona: es una droga que aumenta la duración del potencial de acción miocárdica, está indicada en FV/TV a los tres primeros choques, su uso no debe retrasar la desfibrilación. Se administra en bolo inicial de 300 mg con dextrosa 5% 14 cc y el segundo bolo de 150 mg.

Vía aérea permeable (A):

Se procede a la intubación endotraqueal, para aportar oxígeno a los pulmones, y se realiza en una entidad hospitalaria.

Instrumental: El tubo endotraqueal y la hoja del laringoscopio.

Técnica: Alinear el eje de la boca, faringe y tráquea flexionando el cuello y extendiendo la cabeza (posición del husmeador).

Abrir la boca con los dedos de la mano derecha, tomar el laringoscopio con la mano izquierda, insertar la rama en el lado derecho de la boca desplazando la lengua hacia la izquierda.

Llevar la rama hacia la línea media y avanzar hacia la base de la lengua. La punta de la rama curva avanza hasta la valécula (espacio entre la base de la lengua y la cara faríngea de la epiglotis) y la punta de la rama recta hasta por debajo de la epiglotis.

Traccionar con el mango a 30 – 45 grados respecto de los pies del paciente, sin efectuar movimiento de palanca, para visualizar las cuerdas vocales.

Avanzar el tubo por el lado derecho de la boca colocándolo bajo visión directa a través de las cuerdas vocales, introduciéndolo hasta que su punta se localice

en el punto medio entre aquellas y la Carina (19 – 23 cm desde los dientes frontales. Inflar el balón con 10-20 cm³ de aire (el volumen debe ser suficiente para necesario para no auscultar fuga peritubo colocando el estetoscopio en la región laterocervical, esta maniobra debe realizarse luego de la reanimación y no forma parte de las recomendaciones AHA).

Insuflar y auscultar el epigastrio observando la expansión torácica. Si se auscultan borborignos gástricos sin expansión, extraer el tubo, ventilar con oxígeno durante 30 seg al paciente y reiniciar la maniobra.

Respiración (B)¹⁰

Chequear movimientos torácicos, sonidos respiratorios y localización del tubo.

Cuando la víctima ya haya recuperado el pulso pero no respira con normalidad los reanimadores deben realizar ventilaciones sin compresiones torácicas, lo que se conoce como ventilación de rescate. Se realiza una ventilación cada 5 a 6 segundos o 10 a 12 ventilaciones por minuto. ³

La mayor tasa de supervivencia la presentan los pacientes de cualquier edad que tienen testigos del paro y presentan un ritmo inicial de Fibrilación Ventricular o Taquicardia Ventricular Sin Pulso. En estos pacientes, los elementos iniciales fundamentales del RCP básico y avanzado, como son las compresiones torácicas y una pronta desfibrilación.

La RCP es utilizada usualmente en los ambientes hospitalarios más aun en el servicio de emergencia es muy usual observar estos eventos.

Servicio de Emergencia

Es aquel ambiente dependiente de un centro hospitalario, donde se otorgan prestaciones de salud las 24 horas del día a pacientes que demandan atención inmediata. De acuerdo a su nivel de complejidad pueden resolver diferentes categorías de daños. En este ambiente se pueden presentar situaciones de emergencia la cual es la alteración súbita y fortuita, que de no ser atendida de manera inmediata, pone a una persona en grave riesgo de perder la vida, puede conducir a la muerte o dejar secuelas invalidantes. Corresponde a pacientes con daños calificados como prioridad I y II.²⁰

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

El cuidado es una actividad que concierne a todos los profesionales de la salud, sin embargo enfermería, como profesión sanitaria, es la que destina más esfuerzo, tiempo y dedicación a los cuidados. El cuidado tiene dos dimensiones: una inmersa en la cultura, con sus prácticas individuales y colectivas; y la otra, la moral, que asigna al cuidado un valor, un bien, que legitima el actuar.²¹ Es deber de la enfermera(o) brindar atención eminentemente humana, oportuna, continua y segura, considerando la individualidad de la persona a quien cuida

Profesional de Enfermería:³

Según el Colegio de Enfermeros del Perú:

“La enfermera(o), como profesional de la Ciencia de la Salud, participa en la prestación de los servicios de salud integral, en forma científica, tecnológica y sistemática, en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante el cuidado de la persona, la familia y la comunidad, considerando el contexto social, cultural, económico, ambiental y político en el que se desenvuelve, con el propósito de contribuir a elevar la calidad de vida y lograr el bienestar de la población.

Últimamente, en el ámbito de enfermería, se ha publicado una múltiple y variada literatura sobre filosofía, teorías y modelos; quizás porque la disciplina está tomando más fuerza y visibilidad en el tema de los cuidados y su gestión, ejes centrales de los discursos actuales de enfermería.

Para esta investigación se tendrá como referencia la teoría de Jean Watson, ya que permite plantear una filosofía de cuidados, un lenguaje teórico propio y una relación entre teoría-práctica que revitaliza aspectos perdidos o invisibilizados de la enfermería,

en su revisión de las fuentes filosóficas de la teoría de Watson: el alma (espíritu, o interior de sí), el dualismo (experiencias subjetivas/objetivas), la armonía, la casualidad y el tiempo, la evolución espiritual, y la autotrascendencia, aspectos que han estado siempre presentes en enfermería pero que han sido opacados o subvalorados por el enfoque positivista y tecnológico.²¹

La teoría de Jean Watson pertenece a la Escuela del Caring (cuidado). Las teóricas de esta escuela creen que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones tales como la espiritualidad y la cultura e integran los conocimientos vinculados a estas dimensiones.

Jean Watson sustenta su trabajo en desarrollar una base moral y filosófica significativa en la labor del personal de enfermería, su teoría del ejercicio profesional de la enfermería se basa en los 10 Factores Caritativos por el de Proceso Caritas o Proceso de Cuidar que fueron expuestos en su libro: Nursing: Human science and human care. A theory of nursing (Enfermería: ciencia y cuidados humano). Los tres primeros son factores interdependientes que ofrecen una base filosófica a la ciencia de la asistencia, el primero de ellos hace mención a la formulación de un sistema de valores humanos altruistas; este factor puede definirse como la satisfacción que se recibe al prestar ayuda, al realizar el trabajo con calidad y que el paciente esté satisfecho de la labor.

El segundo propicia inculcar la fe y esperanza, es un incentivo para que el paciente adopte conductas saludables. El cuidado de enfermería debe lograr que una persona, con problemas reales o potenciales de salud, reciba una atención de enfermería segura y eficiente, cuya finalidad será lograr su máximo bienestar. El cultivo de la sensibilidad ante uno mismo y los demás es el tercer factor mencionado, resulta vital para el personal de enfermería no fusionar emociones negativas de su vida privada o de trabajo con la atención de salud que le brinda al paciente.

Las personas con adecuada conciencia emocional conocen sus valores, metas y se guían por ellos, han desarrollado la capacidad de comunicación y escucha, respeto por las creencias del otro. Lo anterior sustenta el cuarto factor de la teoría al incentivar el desarrollo de una relación de ayuda – confianza. El desarrollo de una relación ayuda – confianza entre enfermera y paciente promueve y acepta la expresión de sentimientos

positivos y negativos e implica congruencia, empatía, afecto no posesivo y una comunicación eficaz.

Hace un señalamiento importante en su quinto factor cuando plantea: la enfermera debe estar preparada ante posibles sentimientos tanto positivos como negativos, y reconocer que la comprensión intelectual y emocional de una situación no tiene por qué coincidir. Lo que nos convoca es a comprender la mutua relación entre pensamientos, emociones y comportamiento.

En el sexto factor, hace un llamado al uso sistemático del método de resolución de problemas para la toma de decisiones. La promoción de la enseñanza aprendizaje, permite mantener al paciente informado pero para ello, el personal de Enfermería debe actualizar periódicamente sus conocimientos para poder avanzar en el campo de la investigación y mejorar así la calidad de los cuidados en su práctica profesional, asume en este orden de ideas el primer paso para desarrollar el séptimo factor de la teoría, la promoción de la enseñanza - aprendizaje.

El octavo factor de la teoría de Jean Watson a analizar, es que este personal debe reconocer la influencia que tiene el entorno interno y externo en la salud y la enfermedad de las personas. Conocer nuestras fortalezas y debilidades, tener una visión clara de lo que se necesita mejorar y estar abiertos a nuevas experiencias se hace imprescindible para el desarrollo profesional.

La asistencia satisfactoria de las necesidades humanas, reconocer las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales de sí misma y del paciente como noveno factor de la teoría, es esencial a la hora de manejar el término de prioridad en el cuidado, al proporcionar una visión del arte del cuidado, cual fenómeno revelado, organizado, entendido e interpretado. Como decimo factor, convoca a el fomento de las fuerzas existenciales – fenomenológicas, se traduce en que no basta la excelencia académica o intelectual, ni la capacidad técnica, se necesitan otras habilidades como la iniciativa, el optimismo, la flexibilidad, la adaptabilidad, la comunicación y las relaciones interpersonales para comprender el fenómeno en cuestión.

La gestión del cuidado en forma oportuna, segura y satisfactoria lleva implícito el imperativo ético de conservar claridad en los pensamientos y no cometer ninguna violación que influya de manera negativa en la atención al paciente.

La investigación científica como actividad que tiene como objetivo la creación del cuerpo de conocimientos y los métodos de la ciencia, es copartícipe de las transformaciones y modificaciones que en el seno de la sociedad se suscitan. Se toma como referente la definición ofrecida por Watson: La meta del cuidado transpersonal es restaurar la armonía entre la mente-cuerpo y alma en su totalidad..²¹

CAPITULO II

MÉTODOS Y MATERIALES

CAPÍTULO II: METODOS Y MATERIALES

2.1. Tipo de la Investigación

La investigación es de tipo cuantitativo transversal. La investigación cuantitativa, es considerada como la que mayor objetividad tiene, en la cual se busca que los estudios efectuados puedan replicarse. Esto significa que la meta principal es la construcción y demostración de teorías. Para este enfoque, si se siguió rigurosamente el proceso y, de acuerdo con ciertas reglas lógicas, los datos generados poseen los estándares de validez y confiabilidad²².

Además de ser no experimental es de tipo transversal estas son investigaciones que recopilan datos en un momento único²³. En la presente investigación se pudo representar la información tal y como se obtuvo en un tiempo y espacio determinado.

2.2. Diseño de la Investigación:

Es de tipo descriptivo puesto que buscó especificar las propiedades, las características y los perfiles, en este caso de personas, que se sometan a un análisis. Los estudios descriptivos únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan las variables medidas²³.

Se representa a través del siguiente esquema:



En donde:

M: Muestra: Número de Profesional de Enfermería del Hospital Regional Lambayeque.

O: Nivel de Conocimiento en RCP

2.3. Población y Muestra

La Población o universo es el conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones, deben situarse claramente en torno a sus

características de contenido, de lugar y en el tiempo²³. En este estudio la población estuvo constituida por 42 profesionales de enfermería que trabajan en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional Lambayeque, en el periodo julio a noviembre 2017.

La muestra Estuvo constituida por todos los profesionales de enfermería del servicio de emergencia, debido a que es una población pequeña por lo tanto se convierte en una muestra censal.

Criterios de inclusión:

- Profesionales de enfermería que trabajen en el servicio de emergencia.
- Profesionales de enfermería generales y especialistas
- Profesionales de enfermería que acepten participar voluntariamente en el estudio

Criterios de Exclusión:

- Profesionales de Enfermería con cargo administrativo.
- Profesionales de Enfermería que estén de licencia o vacaciones.
- Profesionales de Enfermería que se encuentren haciendo pasantía.

Por tanto esta muestra estuvo constituida por 38 enfermeros(as) que equivalen al 88% de todos los profesionales que laboran en el Hospital Regional de Lambayeque que aceptaron participar voluntariamente en la investigación y que reunían los criterios de inclusión.

2.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Para la recolección de la información se utilizó la encuesta que es un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a una muestra representativa de la población o instituciones, con el fin de conocer estados de opinión o hechos específicos²³. La intención de la encuesta es obtener un perfil compuesto de la población.

El instrumento utilizado fue el cuestionario, el cual consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir, las preguntas del formulario fueron de elección múltiple⁸. El instrumento constó de presentación, datos generales y datos específicos con 20 preguntas y/o enunciados con alternativas múltiples.

El cuestionario ha tenido como base el utilizado por Osorio Yasmin¹⁰ en su trabajo Conocimientos sobre Reanimación en las Enfermeras del Servicio de Emergencia. Hospital Nacional Sergio Bernales, 2013, basado en la guía AHA 2010, adaptada por las autoras a la guía del AHA 2015. (Anexo 1)

Además el presente cuestionario fue sometido juicio de expertos: 3 médicos especialistas que no tenían vínculo laboral con la institución donde se llevó a cabo la investigación. El juicio de expertos se refiere al grado en que aparentemente un instrumento de medición mide la variable en cuestión, de acuerdo con "voces calificadas" ²². Quienes dentro de sus evaluaciones, dieron sugerencias acerca de la redacción de las preguntas del cuestionario más, que problemas de fondo. (ANEXO 2)

Posteriormente se realizó la prueba piloto a fin de determinar la validez estadística del instrumento mediante el Coeficiente de Correlación de Pearson (ANEXO 3) y la confiabilidad a través de la aplicación de la prueba de Kuder Richardson con 0.78 considerándose un nivel alto de confiabilidad pues está dentro del rango de 0.60 al 0.80 (ANEXO 4).

2.5. Procedimiento de Recolección de Datos

Para llevar a cabo el presente estudio se realizó la inscripción del proyecto en la Oficina de Investigación de la Facultad de Enfermería, luego se procedió a realizar trámite administrativo mediante un oficio dirigido al Director del Hospital Regional Lambayeque para obtener el permiso para la ejecución. (Anexo6)

Una vez obtenido el permiso del director, se coordinó con la jefa de enfermeras del área de emergencia para poder entregar los consentimientos informados (Anexo 5) y realizar la recolección de datos, considerando una duración promedio de 10 minutos, aplicándolo previo consentimiento informado, realizándose al término de turno para evitar interrupciones durante el trabajo y para que las participantes se concentren en el cuestionario aplicado.

2.6. Análisis de los datos

Luego de concluida la recolección de datos, éstos se procesaron en el programa SPSS Version 21. Los resultados fueron presentados en figuras estadísticas, para la realización del análisis e interpretación de la información obtenida, teniendo en cuenta el marco teórico.

2.7. Principios Éticos

La ciencia enfermera, nos permite desenvolvernó en el campo de la investigación, permitiéndonos desarrollar e incrementar nuevos conocimientos con el fin de mejorar la prestación de nuestros servicios. Por lo que toda verdadera persona de ciencia debe cumplir con los siguientes principios,²⁴ según Decreto Supremo N° 011-2011-JUS Lineamientos para garantizar el ejercicio de la Bioética:

- *Principio de respeto de la dignidad humana:* El respeto a las personas incorpora por lo menos dos convicciones éticas: primero, que los individuos deben ser tratados como agentes autónomos, y segundo, que las personas con menos autonomía tienen derecho a protección. El ser humano es respetado no sólo como persona, sino también conforme a su pertenencia a la familia humana.

En base a este principio, se preparó un formato de consentimiento informado que fue entregado a las personas entrevistadas. (Anexo 5)

- *Principio de beneficencia:* este principio exige que las personas deben ser tratadas de una manera ética no sólo respetando sus decisiones y protegiéndolas de algún daño, sino también haciendo esfuerzos para asegurar su bienestar. En nuestra investigación no se permitió para el ser humano que represente riesgos y efectos nocivos desproporcionados a sus beneficios.
- *Principio de autonomía:* principio ético que propugna la libertad individual que cada uno tiene para determinar sus propias acciones, de acuerdo con su elección.

La investigación se desarrolló respetando el consentimiento previo, libre, expreso e informado de la persona interesada, basado en información adecuada. El consentimiento en tales términos supone el reconocimiento del derecho de la persona a ser tratado como persona libre y capaz de tomar sus decisiones.

- *Principio de igualdad, justicia y equidad:* Toda investigación y aplicación científica y tecnológica en torno a la vida humana considerará la igualdad ontológica de todos los seres humanos, indistintamente de la etapa de vida por la que éstos atraviesen. De acuerdo a las necesidades sanitarias y la disponibilidad de recursos, se adoptarán las medidas adecuadas para garantizar el acceso a la atención de salud de manera justa y equitativa. Con este principio se trató de establecer un trato equitativo y por igual entre todos los participantes.
- *Fidelidad:* entendida como el compromiso de dar cumplimiento a las obligaciones y las promesas contraídas con los participantes de la investigación y no violar las confidencias que han hecho estas personas. Teniendo en cuenta este principio se tomaron los datos obtenidos con mayor objetividad sin tergiversar ninguna respuesta.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La sociedad actual, los hábitos de vida, el aumento de la esperanza de vida y por tanto, la elevada aparición de enfermedades crónicas, propicia que el profesional de emergencias encuentre durante su desarrollo laboral una multitud de situaciones estresantes (accidentes, violencia de género, enfermedades de brusca aparición) que necesitan de una respuesta altamente especializada y donde el cuidado y la atención a la persona se complementan con la necesidad de actuar en un entorno que en ocasiones no se muestra favorable¹³.

Esta respuesta por parte del profesional de salud requiere un conjunto de conocimientos tanto técnicos como científicos que fundamenten su quehacer profesional, teniendo constantemente que estar actualizado y capacitado en la atención que va a brindar. El conocimiento es definido de diferentes puntos de vista; así en pedagogía el conocimiento es denominado como: tipo de experiencia que contiene una representación de un suceso o hecho ya vivido; también se le define como la facultad consciente o proceso de comprensión, entendimiento, que pertenece al pensamiento, percepción, inteligencia, razón¹³.

El conocimiento sustenta la práctica, especialmente la enfermera sustenta su cuidado en base al conocimiento que forma parte de su cuidado, el cual es una actividad que concierne a todos los profesionales de la salud, sin embargo enfermería, como profesión sanitaria, es la que destina más esfuerzo, tiempo y dedicación a los cuidados.

El cuidado tiene dos dimensiones: una inmersa en la cultura, con sus prácticas individuales y colectivas; y la otra, la moral, que asigna al cuidado un valor, un bien, que legitima el actuar²¹. Como parte del cuidado en pacientes en estado crítico se realiza técnicas para salvaguardar la vida de la persona como la reanimación cardiopulmonar.

En los servicios de emergencia donde se evidencian casos de paro cardiorrespiratorio es de suma importancia tener un nivel alto de conocimientos en reanimación cardiopulmonar y de esa manera actuar efectivamente ante una situación donde hay peligro inminente de muerte.

La RCP son todas las maniobras realizadas para restaurar una oxigenación y circulación eficientes en un individuo en PCR, con el objetivo de lograr una adecuada recuperación de la función nerviosa superior. Se aplica ante un paro cardíaco, independientemente de su causa¹⁵, existiendo dos tipos de reanimación: La RCP básica y la RCP avanzada.

A continuación, se presentan los resultados y se discuten guiados por los objetivos de la presente investigación:

Tabla 1

Nivel de Conocimientos en Reanimación Cardiopulmonar Básica, 2017.

Conocimiento	Enfermera (o)	Porcentaje
Alto	13	34,2
Medio	18	47,4
Deficiente	7	18,4
Total	38	100,0

Fuente: "Nivel de conocimientos de los enfermeros (as) sobre reanimación cardiopulmonar en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Lambayeque, Chiclayo 2017"

En la tabla 1, observamos que más de la mitad: el 65,8% de las enfermeras (os) encuestadas (os) en el servicio de emergencias del hospital Regional de Lambayeque alcanzó un nivel de conocimientos de alto a medio (47,4%) a deficiente (18,4%).

En la tabla N° 01 se observa los resultados referentes al nivel de conocimientos del profesional de enfermería sobre la reanimación cardiopulmonar básica, definida como el conjunto de medidas estandarizadas de desarrollo secuencial de maniobras de reanimación, cuya finalidad es restaurar la circulación para generar un flujo sanguíneo vital permitiendo el aporte de oxígeno y energía al corazón y al cerebro¹⁰.

En la presente tabla se observa además los niveles de conocimientos sobre esta técnica de reanimación cardiopulmonar básica determinándose que el 47,4% de los profesionales de enfermería del servicio de emergencias del Hospital Regional de Lambayeque posee nivel medio, el 34,2% un nivel alto y el 18,4% nivel deficiente.

Otro aspecto a destacar en los resultados encontrados es que el mayor porcentaje de error en las respuestas estuvieron enfocadas en lo relacionado con la cadena de supervivencia (73,7 %) y la maniobra de apertura aérea en casos de trauma cervical (55,3 %) esto es importante destacar puesto que la Guía AHA 2015¹⁸, ha recomendado la creación de cadenas de supervivencias intrahospitalaria con cinco eslabones ordenados de la siguiente manera, primer eslabón: vigilancia y prevención, segundo eslabón: reconocimiento y activación del sistema de respuesta a emergencias, tercer eslabón: RCP de alta calidad, cuarto eslabón: desfibrilación rápida, quinto eslabón: soporte vital avanzado y cuidados postparo cardíaco¹⁸. Su ejecución de manera ordenada asegura una atención con eficacia y eficiencia en el paciente en estado crítico, disminuyendo las pérdidas de tiempo en el inicio de la reanimación cardiopulmonar, de allí que los resultados son preocupantes en tanto no se cumpliría el objetivo de esta técnica en forma óptima.

Así mismo otra de las preguntas en donde se obtuvo mayor margen de error fue la relacionada con la técnica empleada para “apertura de vías aérea cuando se sospecha de trauma cervical”, dado que la técnica en estos casos consiste en tracción o de empuje mandibular, la cual es el paso más seguro para abrir la vía aérea cuando se sospecha de lesión cervical. Esta técnica consiste en sostener la cabeza sin moverla ni rotarla, el desplazamiento de la mandíbula hacia delante, también puede conseguirse agarrando los ángulos de la mandíbula, levantándolos con las dos manos, una a cada lado y desplazarla hacia delante. Los codos del reanimador pueden apoyarse sobre la superficie donde está acostado el paciente.¹⁰ Es importante tener en cuenta estos resultados debido a que una mala realización podría causar daños a nivel medular ocasionando secuelas irreversibles en el paciente.

Los resultados obtenidos en la presente investigación difieren de los encontrados por Benito¹¹, quien concluyó que en cuanto a los conocimientos sobre Reanimación Cardiopulmonar básica en el adulto, el mayor porcentaje (55%) conoce en los aspectos referidos a paro cardiorrespiratorio y RCP básico.

Por otro lado, la RCP avanzada frente a una parada cardiorrespiratoria es definida como maniobras realizadas para restablecer la ventilación y la circulación eficaces para la estabilización hemodinámica, en un paciente que ha sufrido un parada cardiorrespiratoria. Se realiza cuando se dispone de material adecuado y personal entrenado para optimizar la RCP básica, seguido de la canalización de vía periférica y la

administración de fármacos que ayudan a favorecer y mejorar la contractibilidad miocárdica, como la adrenalina, la atropina, también se utilizan sedantes para evitar que el paciente luche en el momento que se está procediendo a la intubación endotraqueal, monitorización electrocardiográfica y desfibrilación inmediata ante la presencia de fibrilación ventricular¹⁰.

Tabla 2

Nivel de Conocimientos en Reanimación Cardiopulmonar Avanzada, 2017

Conocimiento	Enfermera (o)	Porcentaje
Alto	20	52,6
Medio	12	31,6
Deficiente	6	15,8
Total	38	100,0

Fuente: “Nivel de conocimientos de los enfermeros (as) sobre reanimación cardiopulmonar en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Lambayeque, Chiclayo 2017

En la tabla 2, el 47,4% posee un nivel de medio a deficiente de conocimientos en reanimación cardiopulmonar avanzada y solo el 52,6% de las enfermeras (os) encuestados en el servicio de emergencias del Hospital Regional de Lambayeque posee nivel alto de conocimientos, siendo este un resultado favorable, pues indica que en su mayoría, los profesionales de emergencia se están capacitando para realizar una adecuada actuación oportuna y segura.

Sin embargo, es preocupante que un 15,8 % de los profesionales de enfermería presenten un nivel deficiente, puesto que por ser profesionales que laboran en un área crítica deberían estar actualizadas y prestas a una actuación ante un caso de parada cardiorrespiratoria. La explicación de este porcentaje de enfermeras con conocimientos deficientes en RCP avanzado podría ser una falta de capacitación por motivos personales o institucionales que deberían ser resueltos ya que está en juego la vida de un ser humano.

Es importante mencionar que la pregunta en la que hubo mayor dificultad para responder y por ende mayor porcentaje de encuestados se equivocaron (68,4%) fue la relacionada la energía de descarga para desfibrilar bifásico en un adulto. Estas cifras

resultan preocupantes en tanto los aspectos fundamentales del RCP avanzada incluyen: vigilancia y prevención, reconocimiento inmediato del paro cardíaco y activación del sistema de respuesta de emergencia, RCP precoz con énfasis en las compresiones torácica.

Este dato es preocupante puesto que la mayor morbilidad y mortalidad es el persistente daño cerebral y sin una buena información de cuantos joules se necesitan para realizar una descarga inicial en el paciente no se revertiría el cuadro de paro cardíaco y el paciente puede morir, o también dentro de otras complicaciones están las extensas quemaduras que pueden llegar a ser hasta de grado 3 y pueden comprometer seriamente la vida del paciente. Los joules necesarios son 150 J. ¹⁸

Estos resultados difieren con las cifras encontradas por Machado⁷, quien concluyó que existe un insuficiente nivel de conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar cerebral en el centro nacional de cirugía de mínimo acceso.

Tabla 3

Nivel de Conocimientos en Reanimación Cardiopulmonar, 2017.

Conocimiento	Enfermera (o)	Porcentaje
Alto	14	36,8
Medio	21	55,3
Deficiente	3	7,9
Total	38	100,0

Fuente: “Nivel de conocimientos de los enfermeros (as) sobre reanimación cardiopulmonar en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Lambayeque, Chiclayo 2017

En la tabla 3, que responde al objetivo general de la presente investigación se puede observar que el 55,3% de las enfermeras (os) encuestados en el servicio de emergencias del Hospital Regional de Lambayeque tienen un nivel medio de conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar, seguido por el 36,8% que tienen un nivel alto de conocimientos y solo el 7,9% tiene un nivel deficiente.

Estos resultados evidencian los profesionales de enfermería presentan en mayor porcentaje un nivel de conocimientos medio sobre RCP, lo cual es preocupante debido al nivel de complejidad del establecimiento de salud y más aún si se considera que es un servicio de emergencia, donde se otorgan prestaciones de salud las 24 horas del día a pacientes que demandan atención inmediata y que de acuerdo a su nivel de complejidad se deben resolver diferentes categorías de daños en pacientes con daños calificados como prioridad I y II ²⁰.

Así mismo se obtuvo un 7,9% de profesionales de enfermero con un nivel deficiente de conocimientos en reanimación cardiopulmonar, resultado que podría tener implicancias negativas para la víctima de paro cardiorespiratorio.

Los resultados encontrados también difieren de la investigación realizada por Osorio¹⁰, quien concluyó que la mayoría de las enfermeras conocen sobre Reanimación cardiopulmonar básica y avanzada, sin embargo en la presente investigación los resultados no fueron favorables pues solo se obtuvo que la mitad de profesionales de enfermería (55,3 %) posee un nivel de conocimientos medio.

Cabe resaltar que es el profesional de enfermería quien está en contacto en primera instancia con los pacientes que llegan a la emergencia, y el actuar efectivo que tenga influirá en la evolución del estado de salud del paciente. Esta respuesta por parte de este profesional requiere un conjunto de conocimientos tanto técnicos como científicos que fundamenten su quehacer profesional, teniendo constantemente que estar actualizado y capacitado en la atención que va a brindar¹⁵.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimiento de las enfermeras en reanimación cardiopulmonar está dentro del nivel medio (55,3%) seguido de un nivel alto (36,8%) y un nivel deficiente en 7,9%.
2. En cuanto a la reanimación cardiopulmonar básica el 47,4% de los profesionales de enfermería presentan un nivel de conocimientos medio, siendo los puntos donde se detectaron mayor error la cadena de supervivencia y la técnica para apertura de vía aérea con un 73,7% y 55,3% respectivamente.
3. El nivel de conocimientos sobre la reanimación cardiopulmonar avanzada indica que un 52,6% presenta un nivel de conocimientos alto, encontrando mayor error en la respuesta sobre el número de joule para la desfibrilación con un 68,4%.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

A los profesionales de enfermería

- Reflexionar sobre la importancia de la capacitación permanente en aspectos relacionados con la reanimación cardiopulmonar y el manejo de técnicas adecuadas para enfrentar a pacientes en estas situaciones críticas, enfatizando la cadena de supervivencia y las técnicas de apertura de la vía aérea.

A las autoridades del Hospital Regional de Lambayeque:

- Brindar cursos de capacitación permanentes y evaluación de desempeño de los profesionales, especialmente los que laboran en áreas críticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santana Juliana, Bauer Ana, Minamisava Ruth, Quiroz, Gomes Mariana. Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza, 2014, Rev. Latino-Am. Enfermagem, URL disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00454.pdf
2. Ramos Jorge, Muerte súbita y Emergencias cardiovasculares: problemática actual, 2008, Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública URL Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36311608014>
3. Díaz Paola, Perez Dayrin, Sosa Saúl, Reanimación Cardiopulmonar Básica En Personal De Enfermería. 2014 Guatemala URL Disponible en: http://cunori.edu.gt/descargas/RCP_BASICA_EN_PERSONAL_DE_ENFERMERIA.pdf
4. Olivetto Angélica, Esmenia Izilda, Barcellos Maria, Araujo Sebastian. Conocimiento teórico de los enfermeros sobre parada cardiorrespiratoria y resucitación cardiopulmonar en unidades no hospitalarias de atención de urgencia y emergencia Rev. Latino-Am Enfermagem, 2011 URL Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/es_06.pdf
5. Falcon Madeleine Lima 2014 Nivel De Conocimiento Sobre Reanimación Cardiopulmonar Del Enfermero (A) De La Segunda Especialidad En Enfermería UNMSM 2014 URL Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4133/1/Falcon_am.pdf
6. Comité Peruano de Resucitación. Norma Técnica de Reanimación Básica Adulto 2000. PDF en línea <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/NORMA%20CPR-PCR%202000.pdf>
7. Machado Mayuri , Roque Rosalba, Barrios Irene, Nodal Josefina, Olive Juan, Quintana Ingrid. Nivel de conocimientos en reanimación cardiopulmonar cerebral en el Centro Nacional de Cirugía de mínimo acceso. La Habana, Cuba. Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación. 2010 URL Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/scar/v9n2/ane04210.pdf>
8. Sánchez Ana, Fernández José, Pérez Alonso, Hernandez Isabel, Navarro Raquel, Rosillo Daniela, Valoración del nivel de conocimientos y su adecuación en materia de RCP en el personal sanitario de los servicios de urgencias hospitalarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Rev. Enfermería Global 2015 URL Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365841436012>

9. Balcazar Luis, Mendoza Luis, Ramirez Yunis. Reanimación cardiopulmonar: nivel de conocimientos entre el personal de un servicio de urgencias. México 2015 Rev.Esp Med. Quir. URL Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2015/rmq152u.pdf>
10. Osorio Yasmin, Conocimientos sobre reanimación en las enfermeras del Servicio de Emergencia. Hospital Nacional Sergio Bernales, 2013, Portal Regional de la BVS, URL Disponible en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4448/3/Osorio_Rivadeneyra_Yasmin_Luisa_2014.pdf
11. Benito Katherine, Conocimientos de las enfermeras sobre la reanimación cardiopulmonar básica en el adulto en el Programa Nacional SAMU, Lima - Perú 2013 , URL Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-737434>
12. Alarcon Celita, Guidotti Rosario, Vicente Gabriela, Obando Patricia. Nivel de conocimientos de las enfermeras, sobre maniobras de resucitación cardiopulmonar URL Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-605417>
13. Falcon Madeleine Lima 2014 Nivel De Conocimiento Sobre Reanimación Cardiopulmonar Del Enfermero (A) De La Segunda Especialidad En Enfermería UNMSM 2014 URL Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4133/1/Falcon_am.pdf
14. Ramos Jorge, Muerte súbita y Emergencias cardiovasculares: problemática actual, 2008, Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública URL Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36311608014>
15. Navarro Rene, Rodriguez Gabriel. Reanimación Cardiopulmonar Básica URL Disponible en <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/4rcp.pdf>
16. Comité Peruano de Resucitación. Norma Técnica de Reanimación Básica Adulto 2000. PDF en línea <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/NORMA%20CPR-PCR%202000.pdf>
17. Reynoso Pinto, Linda. Nivel de Conocimiento sobre las Maniobras de Reanimación Cardiopulmonar “RCP” en docentes y alumnos del VIII y X Semestre de la Clínica Odontológica De La Universidad Católica De Santa María Arequipa 2012. Perú. URL Diponible en: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/4520>
18. American Heart Association. Aspectos Destacados de la actualización de la Guías de la AHA para RCP y ACE del 2015. URL Disponible en:

- <http://www.cercp.org/images/stories/recursos/Guias%202015/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Spanish.pdf>
19. Asociación Española de Enfermería en Cardiología. Desfibrilador. 2014 España URL Disponible en: https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/electro_14.pdf
 20. Dirección General de Salud de las Personas Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud. Norma Técnica de los Servicios de Emergencia de Hospitales del Sector Salud 2004 URL Dispñible en: <http://www.minsa.gob.pe/portalminsa/destacados/archivos/44/Norma%20T%C3%A9cnica%20Emergencias.pdf>
 21. Urra Eugenia, Jana Alejandra, García Marcela. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Chile 2011 URL Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art02.pdf>
 22. Monje Carlos, Metodología de la Investigación Cuantitativa y Cualitativa. Colombia 2011. Guía didáctica http://congreso enfermeria.com/2016/sites/default/files/styles/monjecarlosarturo-guiadidacticametodologiadelainvestigacion_1421658502527.pdf
 23. Hernández Roberto, Baptista Pilar y Fernández Carlos, Metodología de la Investigación 4ta Edición, Mac Graw-Hill URL Disponible en: https://competenciashg.files.wordpress.com/2012/10/sampieri-et-al-metodologia-de-la-investigacion-4ta-edicion-sampieri-2006_ocr.pdf
 24. Decreto Supremo N° 011-2011-JUS - Aprueban Lineamientos para garantizar el ejercicio de la Bioética desde el reconocimiento de los Derechos Humanos. Lima, 2011 Disponible en: <http://sistemas3.minjus.gob.pe/sites/default/files/documentos/difusionlegislativa/DS-N-011-2011-JUS-EL-PERUANO.pdf>

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO



ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA:..... HORA:.....

Por la presente:

Yo.....con DNI N°.....

Autorizo a la Lic. Miluska Pérez Abad y Lic. Denia Sánchez Cuenca a participar en la investigación titulada “Nivel de conocimientos de los enfermeros sobre reanimación cardiopulmonar en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Lambayeque, Chiclayo 2017” por cuanto me ha explicado la actividad expresada anteriormente, incluyendo el propósito de la actividad, entiendo la actividad y deseo participar, autorizando a las Licenciadas para de la investigación y aportando a la enfermería.

Certifico que he leído el consentimiento anterior para la actividad y que las explicaciones requeridas fueron claras y precisas y voluntariamente consiento participar en el estudio.

Firma del Participante

Fecha:

DNI N°



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO



ANEXO 2
INSTRUMENTO
PRESENTACIÓN

Estimado colega, buenos días, soy estudiante de la Especialidad de Emergencia –UNPRG, en esta oportunidad estoy realizando un estudio sobre “Nivel de conocimientos de los enfermeros (as) sobre reanimación cardiopulmonar en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Lambayeque, Chiclayo 2017”, para lo cual solicito su colaboración a través de sus respuestas sinceras, explicándole que es de carácter anónimo y confidencial.

Agradezco de antemano su colaboración.

INSTRUCCIONES

A continuación usted encontrará una serie de preguntas que deberá marcar un aspa x o una cruz

+

I.DATOS GENERALES:

-Edad: 20 -24 años ☐

25 -54 años ☐

55 – más años ☐

-Sexo: Femenino ☐

Masculino ☐

- Estado civil: Soltera ☐

Casada ☐

Viuda ☐

Divorciada ☐

- Ha participado en algún curso de RCP: Si: ☐

No: ☐

-Tiempo de servicio: 0 m – 1 a: ☐

6a – 10 a: ☐

2a – 5 a:

>=10 a:

- Especialidad que ha realizado: -----

II.CONTENIDO:

1. La reanimación cardiopulmonar básica se define como:

- a. Un conjunto de acciones para restablecer la función respiratoria.
- b. Un cese inesperado brusco de las funciones respiratorias y circulatorias.
- c. Un conjunto de acciones para restaurar las funciones cardiacas y respiratorias, evitando daño cerebral.
- d. Realizar compresiones torácicas, para restaurar la parada cardiaca.
- e. Brindar desfibrilación para despolarizar completamente el miocardio.

2. Se define muerte biológica cuando:

- a. Hay daño cerebral, y pasaron 10 minutos.
- b. No hay daño cerebral, y pasaron los 4 minutos.
- c. No hay daño cerebral y pasaron los 10 minutos.
- d. Hay daño cerebral y pasó 1 minuto.
- e. Hay cese de la función respiratoria y cardiaca, sin tiempo.

3. La secuencia en la cadena de supervivencia intrahospitalaria es:

- a. Realizar una llamada de emergencia, controlar signos vitales, colocar vía periférica, RCP precoz, RCP avanzada.
- b. Vigilancia y prevención, reconocimiento y activación del sistema de respuesta de emergencia, RCP de calidad inmediata, desfibrilación rápida, soporte vital avanzado.
- c. Activa el SEM, evalúa el estado de conciencia, RCP precoz, desfibrila, cuidados postparo.
- d. Realizar masajes cardiacos, mantener vía aérea permeable, ventilar al paciente, administrar drogas, cuidados postparo.
- e. Activar el sistema de alarma, Realizar RCP precoz, RCP avanzada, desfibrilar, cuidados postparo

4. La Secuencia de RCP básico según la Guía técnica del 2015 es:

- a. Circulación, vía aérea permeable y respiración.
- b. Vía aérea permeable, respiración y circulación.
- c. Vía aérea permeable, circulación y respiración.
- d. Respiración, circulación y vías aéreas permeables.
- e. Circulación, Respiración y vías aéreas permeables.

5. Cuándo se realiza el masaje cardiaco la depresión del esternón en el adulto debe ser:
- a. 2-5cm.
 - b. 3-4 cm.
 - c. 5-6cm.
 - d. 2-6cm
 - e. 8 cm.
6. La relación de compresiones torácicas y ventilaciones en un adulto en el RCP básico cuando hay un reanimador es:
- a. 1/2
 - b. 20/3
 - c. 30/2
 - d. 25/2
 - e. 100/8
7. Cuándo se sospecha de trauma cervical la técnica que se debe utilizar para aperturar vías aéreas es:
- a. Maniobra frente –mentón.
 - b. Maniobra de la tracción mandibular.
 - c. Se hiperextiende el cuello.
 - d. Maniobra de Hemlich.
 - e. Maniobra de leopold.
8. En cuanto a la respiración en el RCP básico, la técnica para aportar oxígeno al organismo es:
- a. Se sella la nariz y se brinda 2 respiraciones por la boca.
 - b. Se utiliza la maniobra frente mentón, se sella la nariz, se ventila por la boca, hasta que se eleve el tórax.
 - c. Sin sellar la nariz se brinda ventilaciones por la boca.
 - d. Se coloca la máscara de oxígeno en posición semifowler.
 - e. Se da ventilación asistida con bolsa de resucitador (ambú).
9. Enumera la técnica que debe tener el reanimador al realizar RCP es:
- a. Arrodillado a la altura del tórax de la víctima. ()
 - b. Deprimir el tórax 5 cm, a un ritmo de 100 por minuto ()
 - c. Colocarse verticalmente sobre el tórax manteniendo los brazos rectos.()
 - d. Colocar el talón de la otra mano encima de la primera.()
 - e. Dar 30 compresiones por 2 respiraciones ()

10. El RCP avanzado se define como:

- a. Son cuidados que se brindan en la vía pública cuando una persona está en paro cardiorespiratorio.
- b. Medidas que se aplican para el tratamiento definitivo de la parada, agrupadas en tres apartados fundamentales que son: vía aérea y ventilación; accesos vasculares, fármacos y líquidos; diagnóstico y tratamiento de las arritmias.
- c. Son acciones que utiliza la enfermera en el hogar, para salvar una vida.
- d. Colocación de Vía venosa y administración de medicamentos.
- e. Las compresiones torácicas deben ser a una frecuencia de 100 x', profundas (4-5 cms), con una recuperación completa del diámetro del tórax.

11. La secuencia del RCP avanzado:

- a. Manejo de hemorragias, uso de drogas y reconocimiento de arritmias, intubación endotraqueal y ventilación.
- b. Vías aéreas permeables, accesos vasculares y ventilación.
- c. Respiración, circulación y ventilación.
- d. Ventilación, circulación, respiración.
- e. Circulación (desfibrilación), intubación endotraqueal, ventilación asistida

12. El manejo de la vía aérea en el RCP avanzado es:

- a. Maniobra frente –mentón.
- b. Intubación endotraqueal.
- c. Uso de oxigenoterapia.
- d. Se coloca bolsa de reservorio.
- e. Se nebuliza al paciente.

13. Dispositivo ALTERNATIVO más usado para el manejo de la vía aérea en RCPA es:

- a. Mascarilla con reservorio.
- b. Máscara laríngea
- c. Cánula binasal
- d. b y c
- e. a y b

14. Según la Guía del 2015, la adrenalina se puede administrar por vía:

- a. Endovenosa.
- b. Endotraqueal.
- c. Intraósea.

- d. Rectal.
 - e. Subcutánea.
15. El medicamento de elección en situación de paro cardiorespiratorio es:
- a. Atropina.
 - b. Adrenalina.
 - c. Amiodarona.
 - d. Fentanilo.
 - e. Dopamina.
16. La adrenalina es un:
- a. Vasopresor.
 - b. Anti arrítmico.
 - c. Inotrópico.
 - d. Antihipertensivo.
 - e. Sedante.
17. Para la administración inicial de líquidos y drogas que vía utiliza:
- a. Vía venosa central.
 - b. Vía endotraqueal.
 - c. Vía venosa periférica.
 - d. Vía intraósea.
 - e. Vía rectal.
18. El caso en el que se debe desfibrilar a un paciente es:
- a. En Taquicardia ventricular y fibrilación ventricular sin pulso
 - b. Taquicardia auricular y fibrilación auricular.
 - c. En asistolia.
 - d. Actividad eléctrica sin pulso.
 - e. Bloqueo AV de 1er grado.
19. La posición de los parches del desfibrilador es:
- a. Parte superior derecha y parte superior izquierda.
 - b. Parte inferior derecha y parte superior izquierda.
 - c. En el esternón, y la línea axilar izquierda.
 - d. En la parte superior derecha debajo de la clavícula y a la izquierda de la mamila
 - e. Parte inferior derecha y parte inferior izquierda.
20. La energía de descarga para desfibrilar bifásico en un adulto es:
- a. 2 joule por Kg. De peso.
 - b. 120 a 200 joule.
 - c. 360 joule.
 - d. 150 joule.
- GRACIAS POR SU COLABORACIÓN*



e. 30 joule



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO

ANEXO 3

**CARTILLA DE VALIDACION NO EXPERIMENTAL POR JUICIO DE
EXPERTOS**

1. NOMBRE DEL JUEZ	
2. PROFESIÓN	
TÍTULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	
ESPECIALIDAD	
EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	
CARGO	
Nivel de conocimientos de los enfermeros (as) sobre reanimación cardiopulmonar en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Lambayeque, Chiclayo 2017	
3. NOMBRE DEL TESISISTA	
4. INSTRUMENTO EVALUADO	Cuestionario: Tipo Encuesta Contexto: Autoadministrado
5. OBJETIVO DEL INSTRUMENTO	Determinar el nivel de conocimientos de los enfermeros (as) sobre reanimación cardiopulmonar en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Lambayeque, Chiclayo 2016
EVALÚE CADA ITEM DEL INSTRUMENTO MARCANDO CON UN ASPA “TA” SI ESTÁ TOTALMENTE DE ACUERDO O CON EL ITEM “TD” SI ESTÁ TOTALMENTE	

EN DESACUERDO, SI ESTÁ EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS.

<p>6. DETALLE DEL INSTRUMENTO</p>	<p>El instrumento consta de 20 Reactivos y ha sido construido, teniendo en cuenta la revisión de la literatura, luego del juicio de expertos que determinará la validez de contenido será sometido a prueba de piloto para el cálculo de la confiabilidad con el coeficiente de alfa de Cronbach y finalmente será aplicado a las unidades de análisis de esta investigación.</p>
<p>DEFINICION</p> <p>1. La reanimación cardiopulmonar básica se define como:</p> <p>a. Un conjunto de acciones para restablecer la función respiratoria.</p> <p>b. Un cese inesperado brusco de las funciones respiratorias y circulatorias.</p> <p>c. Un conjunto de acciones para restaurar las funciones cardiacas y respiratorias, evitando daño cerebral.</p> <p>d. Realizar compresiones torácicas, para restaurar la parada cardiaca.</p> <p>e. Brindar desfibrilación para despolarizar completamente el miocardio.</p>	<p>TA() TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>2. Se define muerte biológica cuando:</p> <p>a. Hay daño cerebral, y pasaron 10 minutos.</p> <p>b. No hay daño cerebral, y pasaron los 4 minutos.</p> <p>c. No hay daño cerebral y pasaron los 10 minutos.</p> <p>d. Hay daño cerebral y pasó 1 minuto.</p> <p>e. Hay cese de la función respiratoria y cardiaca, sin tiempo.</p>	<p>TA() TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

<p>CADENA DE SUPERVIVENCIA</p> <p>3. La secuencia en la cadena de supervivencia intrahospitalaria es:</p> <p>a. Realizar una llamada de emergencia, controlar signos vitales, colocar vía periférica, RCP precoz, RCP avanzada.</p> <p>b. Vigilancia y prevención, reconocimiento y activación del sistema de respuesta de emergencia, RCP de calidad inmediata, desfibrilación rápida, soporte vital avanzado.</p> <p>c. Activa el SEM, evalúa el estado de conciencia, RCP precoz, desfibrila, cuidados postparo.</p> <p>d. Realizar masajes cardiacos, mantener vía aérea permeable, ventilar al paciente, administrar drogas, cuidados postparo.</p> <p>e. Activar el sistema de alarma, Realizar RCP precoz, RCP avanzada, desfibrilar, cuidados postparo.</p>	<p>TA() TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>SECUENCIA DE RCP BÁSICO</p> <p>4. La Secuencia de RCP básico según la Guía técnica del 2015 es:</p> <p>a. Circulación, vía aérea permeable y respiración.</p> <p>b. Vía aérea permeable, respiración y circulación.</p> <p>c. Vía aérea permeable, circulación y respiración.</p> <p>d. Respiración, circulación y vías aéreas permeables.</p> <p>e. Circulación, Respiración y vías aéreas permeables.</p>	<p>TA() TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

<p>CIRCULACION</p> <p>5. Cuándo se realiza el masaje cardiaco la depresión del esternón en el adulto debe ser:</p> <p>a. 2-5cm. b. 3-4 cm. c. 5-6cm. d. 2-6cm e. 8 cm.</p>	<p>TA() TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>6. La relación de compresiones torácicas y ventilaciones en un adulto en el RCP básico cuando hay un reanimador es:</p> <p>a. 1/2 b. 20/3 c. 30/2 d. 25/2 e. 100/8</p>	<p>TA() TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>VIAS AEREAS PERMEABLES</p> <p>7. Cuándo se sospecha de trauma cervical la técnica que se debe utilizar para aperturar vías aéreas es:</p> <p>a. Maniobra frente –mentón. b. Maniobra de la tracción mandibular. c. Se hiperextiende el cuello. d. Maniobra de Hemlich. e. Maniobra de leopold.</p>	<p>TA() TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>RESÍRACION</p> <p>8. En cuanto a la respiración en el RCP básico, la técnica para aportar oxígeno al organismo es:</p> <p>a. Se sella la nariz y se brinda 2 respiraciones por la boca.</p>	<p>TA() TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

<p>y líquidos; diagnóstico y tratamiento de las arritmias.</p> <p>c. Son acciones que utiliza la enfermera en el hogar, para salvar una vida.</p> <p>d. Colocación de Vía venosa y administración de medicamentos.</p> <p>e. Las compresiones torácicas deben ser a una frecuencia de 100 x', profundas (4-5 cms), con una recuperación completa del diámetro del tórax.</p> <p>SECUENCIA DEL RCP AVANZADO</p> <p>11. La secuencia del RCP avanzado:</p> <p>a. Manejo de hemorragias, uso de drogas y reconocimiento de arritmias, intubación endotraqueal y ventilación.</p> <p>b. Vías aéreas permeables, accesos vasculares y ventilación.</p> <p>c. Respiración, circulación y ventilación.</p> <p>d. Ventilación, circulación, respiración.</p> <p>e. Circulación (desfibrilación), intubación endotraqueal, ventilación asistida.</p>	<p>TA() TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>TA() TD()</p>
<p>MANEJO DE LA VÍA AÉREA</p> <p>12. El manejo de la vía aérea en el RCP avanzado es:</p> <p>a. Maniobra frente –mentón.</p> <p>b. Intubación endotraqueal.</p> <p>c. Uso de oxigenoterapia.</p> <p>d. Se coloca bolsa de reservorio.</p> <p>e. Se nebuliza al paciente.</p>	<p>SUGERENCIAS:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>TA() TD()</p>
	<p>SUGERENCIAS:</p>

<p>13. Dispositivo ALTERNATIVO más usado para el manejo de la vía aérea en RCPA es:</p> <p>a. Mascarilla con reservorio.</p> <p>b. Máscara laríngea</p> <p>c. Cánula binasal</p> <p>d. b y c</p> <p>e. a y b</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>USO DE DROGAS</p> <p>14. Según la Guía del 2015, la adrenalina se puede administrar por vía:</p> <p>a. Endovenosa.</p> <p>b. Endotraqueal.</p> <p>c. Intraósea.</p> <p>d. Rectal.</p> <p>e. Subcutánea.</p>	<p>TA() TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>USO DE DROGAS</p> <p>15. El medicamento de elección en situación de paro cardiorespiratorio es:</p> <p>a. Atropina.</p> <p>b. Adrenalina.</p> <p>c. Amiodarona.</p> <p>d. Fentanilo.</p> <p>e. Dopamina.</p>	<p>TA() TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>TA() TD()</p>
<p>USO DE DROGAS</p>	<p>SUGERENCIAS:</p>

<p>16. La adrenalina es un:</p> <p>a. Vasopresor.</p> <p>b. Anti arrítmico.</p> <p>c. Inotrópico.</p> <p>d. Antihipertensivo.</p> <p>e. Sedante.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>USO DE DROGAS</p> <p>17. Para la administración inicial de líquidos y drogas que vía utiliza:</p> <p>a. Vía venosa central.</p> <p>b. Vía endotraqueal.</p> <p>c. Vía venosa periférica.</p> <p>d. Vía intraósea.</p> <p>e. Vía rectal.</p>	<p>TA() TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>DESFIBRILACION</p> <p>18. El caso en el que se debe desfibrilar a un paciente es:</p> <p>a. En Taquicardia ventricular y fibrilación ventricular sin pulso</p> <p>b. Taquicardia auricular y fibrilación auricular.</p> <p>c. En asistolia.</p> <p>d. Actividad eléctrica sin pulso.</p> <p>e. Bloqueo AV de 1er grado.</p>	<p>TA() TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>DESFIBRILACION</p> <p>19. La posición de los parches del desfibrilador es:</p> <p>a. Parte superior derecha y parte superior izquierda.</p>	<p>TA() TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/> <hr/>

<p>b. Parte inferior derecha y parte superior izquierda.</p> <p>c. En el esternón, y la línea axilar izquierda.</p> <p>d. En la parte superior derecha debajo de la clavícula y a la izquierda de la mamila</p> <p>e. Parte inferior derecha y parte inferior izquierda.</p> <p>20. La energía de descarga para desfibrilar bifásico en un adulto es:</p> <p>a. 2 joule por Kg. De peso.</p> <p>b. 120 a 200 joule.</p> <p>c. 360 joule.</p> <p>d. 150 joule.</p> <p>e. 30 joule.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>TA() TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
--	--

JUEZ

NOMBRE Y COLEGIATURA