

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



**CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES DE REANIMACIÓN
CARDIOPULMONAR BÁSICO EN ENFERMEROS DE UN
HOSPITAL PÚBLICO, PUNO-2021**

Tesis presentada por las enfermeras:

CONDORI BERRIOS, MILAGROS LUCÍA
PUMA CASTILLO, XIOMARA ABIGAIL

Para optar el Título de: Segunda
Especialidad en Enfermería, con mención
en: Emergencia.

Asesora:

MG. LEYVA MARQUEZ, EVELYN
GIANINA

AREQUIPA – PERÚ
2021

ÍNDICE

RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN.....	5
CAPÍTULO I : EL PROBLEMA	7
A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	7
B. OBJETIVOS.....	11
C. ALCANCES Y LIMITACIONES	11
CAPÍTULO II :MARCO TEÓRICO	12
A. ANTECEDENTES.....	12
B. BASE TEÓRICA	16
C. HIPOTESIS.....	37
D. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	37
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	40
A. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	40
B. PROCEDIMIENTO.....	40
C. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	41
D. POBLACION Y MUESTRA	41
E. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	42
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	45
A. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	45
B. DISCUSIÓN.....	54
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	57
A. CONCLUSIONES	57
B. RECOMENDACIONES	58
BIBLIOGRAFÍA.....	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
ANEXOS.....	66

RESUMEN

El presente estudio de investigación titulado “Conocimientos y Habilidades de Reanimación Cardiopulmonar Básico en Enfermeros de un Hospital Público, Puno 2021”, tuvo como objetivo determinar la relación existente entre conocimientos y las habilidades de reanimación cardiopulmonar básico en enfermeros. Es una investigación de tipo cuantitativo, método descriptivo correlacional de corte transversal, donde se utilizó como técnicas la encuesta y la observación. Participaron en este estudio la totalidad de 40 enfermeros. Dentro de los resultados se encontró que el nivel de conocimientos en RCP de los enfermeros es regular en un 35% y bueno en un 27.5%. En cuanto a las habilidades, los enfermeros presentan una habilidad buena en un 37.5 % y es deficiente en un 30%. Encontrándose deficiencias en cuanto a la postura del reanimador en la ubicación y colocación de las manos; asimismo deficiencias en la colocación de la posición de seguridad. Finalmente, según la prueba de chi cuadrado no existe relación significativa entre ambas variables.

Palabras clave: Conocimiento, Habilidad, Paro cardiorrespiratorio, Reanimación cardiopulmonar básica.

ABSTRACT

The present research study entitled "Knowledge and Skills of Basic Cardiopulmonary Resuscitation in Nurses of a Public Hospital, Puno 2021", aimed to determine the relationship between knowledge and basic cardiopulmonary resuscitation skills in nurses. It is a quantitative research, descriptive correlational cross-sectional method, where survey and observation were used as techniques. All 40 nurses participated in this study. Among the results, it was found that the level of knowledge in CPR of the nurses is regular in 35% and good in 27.5%. Regarding skills, nurses present a good skill in 37.5% and it is deficient in 30%. Finding deficiencies in the rescuer's posture in the location and placement of the hands; also deficiencies in the collation of the security position. Finally, according to the chi-square test, there is no significant relationship between both variables.

Key words: Knowledge, Skill, Cardiorespiratory arrest, Basic cardiopulmonary resuscitation.

INTRODUCCIÓN

En nuestra actualidad, los decesos por paro cardiorrespiratorio van en ascenso, es la situación el cual ágilmente coloca en peligro la vida de un sujeto y solicita, consecuentemente, de una labor contigua y eficaz de un profesional de salud con un nivel de conocimiento adecuado y habilidad de reconocer los síntomas y signos de un paro cardiorrespiratorio.

Las maniobras de RCP elemental poseen un protocolo internacional, presidido por la American Heart Association (AHA), a fin de que este protocolo sea admitido en el Perú se fundó el Consejo Peruano de Reanimación (CPR), a fin de crear que este mismo se desempeñe y el cual esté paralelo a nuestra situación.

Como las estadísticas de la American Heart Association (AHA), muestran que la reanimación cardiopulmonar (RCP) temprana y eficaz puede mejorar la supervivencia; cada 1 minuto que pasa, la probabilidad de supervivencia de la víctima se reduce entre un 7% y un 10%; después de cuatro a seis minutos, las neuronas comenzaran a dañar y después de los 10 minutos pocos intentos de reanimación tuvieron éxito. Por lo tanto, el conocimiento del soporte vital básico y las habilidades teóricas y prácticas son uno de los más determinantes de la tasa de éxito de la reanimación cardiopulmonar. Por lo tanto, es muy necesario contar con personal de salud capacitado a largo plazo.

Los enfermeros son quienes brindan cuidado a los pacientes durante su estancia hospitalaria por lo cual el enfermero debe reconocer sus signos y síntomas, conocer los protocolos actualizados de las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP), para poder actuar de modo inmediato, empezando con el soporte vital primordial y consecutivamente con el

avanzado en que las acciones del enfermero están establecidas en cada momento.

Esta investigación es necesaria porque recomienda que todos los expertos de la salud deben estar debidamente competentes y calificados a fin de participar en las actividades de RCP; deben manejarse con estándares de alta calidad para aseverar la existencia de los pacientes y brindar una atención buena y oportuna, de lo contrario los pacientes no podrán dejar el estado en el que se encontraba, resultando en la muerte.

El presente estudio titulado “Conocimientos y habilidades de Reanimación Cardiopulmonar Básico en Enfermeros de un Hospital Público. Puno-2021” tiene como objetivo conocer cuál es el nivel de conocimientos en RCP de los enfermeros; así mismo determinar si estos se relacionan con las habilidades, todo ello con el propósito de obtener información actualizada; a fin de que se elaboren programas de educación permanente para actualizar los conocimientos acerca del manejo al paciente con paro cardiorrespiratorio, con la finalidad de incentivar la aplicación y unificación de los cuidados de enfermería en beneficio de la salud y supervivencia del paciente, y así mejorar la calidad de atención, de los Servicios del Hospital Público.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

De acuerdo con la Organización Mundial de Salud (OMS), en el año 2016 indica que las enfermedades cardiovasculares (ECV) son el trascendental principio de deceso a nivel mundial, la defunción por paro cardiorrespiratorio a afectando a 17,5 millones de personas siendo el 80% por infarto de miocardio, representando en la novedad, un inconveniente de salud pública internacional. Estas enfermedades abordan a partir de la infancia, y en la edad adulta se muestran de modo súbito. Ello se debe a lo cual coexisten elementos de peligro: estilos de vida sedentario, antecedentes familiares, entre otros (1).

Reducir una tasa de mortalidad tan alta es una ansiedad en muchos estados. Por ello, es requerido vigilar los elementos de riesgo. Si esto no

es viable, se ha confirmado el cual, si se ayuda a la persona con el conocimiento de las operaciones de reanimación, se pueden producir muchas muertes. Debe evitarse la reanimación cardiopulmonar básica (2).

En Murcia, en una investigación se obtuvo de la integridad de los enfermeros encuestados no siguen los estándares mundiales de la secuencia de maniobras de reanimación cardiopulmonar por falta de cursos de reajuste. El 64,7 % se reestableció posteriormente del 2010 y 10,1% nunca se restableció (3).

En Perú, las muertes súbitas por emergencias cardíacas, accidentes cerebrovasculares y traumatismos son cada vez más frecuentes. Además, hay aproximadamente de 15.000 a 30.000 registros de atención de emergencia de casos de paro cardíaco cada año, por lo que el 7,3% y el 5,8%, respectivamente, constituyen la segunda y tercera causas de muerte en adultos, mientras que la hipertensión ocupa el 4,4% en cuarto lugar. Cabe indicar que más más del 50% de estos decesos (ocasionadas por ECV) se deben a una de las expresiones más significativas de la cardiopatía isquémica, a saber, el deceso súbito cardíaco (4).

En Perú, en una investigación se evidencio que los enfermeros poseen un grado de discernimiento medio e inferior con propensión a la inexperiencia de la variación de serie de las maniobras de Reanimación cardiopulmonar como son la dirección de vías aéreas, inhalación y compresiones torácicas (ABC) a Compresiones, administración de las vías aéreas y respiración (CAB), el sitio, la asiduidad y la depresión apropiada de las compresiones (5). Así mismo, otro estudio en enfermeros evidencio que el 61.1% tiene discernimiento en relación de RCP básico, también efectúa en manera errónea dicho medio y solo el 38.9% efectúa en forma adecuada el RCP (6).

Puno no es ajeno a este contexto, el suceso de elementos de peligro de paro cardiopulmonar va en ampliación, de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la prevalencia de hipertensión arterial es de 27,2%, la tasa de prevalencia es de 17,5%, y para la diabetes es del 3,9%. También, en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, la hipertensión arterial es la cuarta origen de atención de emergencia, con un 10%.

En Puno, en una investigación se evidencio que el 65% de los enfermeros tienen un nivel de conocimiento defectuoso, 35% regular y 5% un nivel de conocimiento bueno en relación de la secuencia de los ardides de Reanimación cardiopulmonar; en cuanto a acciones anteriores, pasos iniciales, evaluación de la escena, reconocimiento de cifras de paro cardiorrespiratorio (7).

Durante la parada respiratoria, si se forma a tiempo un control apropiado de las vías respiratorias y un soporte ventilatorio, el porcentaje de supervivientes puede ser muy alto. Con respecto al paro cardíaco, la tasa de éxito del paciente es más alta cuando la reanimación cardiopulmonar (RCP) comienza dentro de los primeros cuatro minutos después del paro cardíaco y la desfibrilación comienza dentro de los cinco minutos. En este sentido, el papel de liderazgo de las enfermeras requiere actitudes y talentos efectivos, un sentido de autocontrol y seguridad en virtud de conocimientos, habilidades y principios éticos. Todos estos factores ayudarán a coordinar de forma exacta y pertinente los requerimientos reales de los usuarios con paro cardiopulmonar (8).

En un estudio realizado en Lima en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2016, con relación en los servicios de emergencia se ha conseguido visualizar usuarios de diversas edades en paro cardíaco, en que “el

personal de salud el cual colabora rápidamente son los enfermeros y médicos, no siendo así el caso de otros expertos". Este personal "aplicó incorrectamente la reanimación cardiopulmonar en compresión y aire (asiduidad, hondonada, técnica y tiempo), descuidando siempre la desfibrilación temprana". Además, hubo "reanimación caótica y falta de liderazgo y personal de organización". Al intercambiar conocimientos sobre RCP con el personal, mencionaron que "tenemos conocimientos básicos, pero a veces fallamos en la práctica, porque esto es poco común". Cuando se les preguntó en relación de la actualización de las pautas de la AHA 2015, respondieron Diga: "La verdad es que no sabemos cuáles son los vitales cambios en las nuevas directrices", "No conozco el contenido de estas directrices", "He oído hablar de esas directrices, pero no sé qué son los cambios". (9).

En el adiestramiento y el conocimiento de las maniobras de la RCP se debe considerar de manera obligatoria que los enfermeros, deben reconocer desde los signos y síntomas tempranos de falla cardíaca o infarto del miocardio, la RCP de la víctima en paro respiratorio o cardiorrespiratorio, el apropiado manejo del desfibrilador externo automático (DAE) (10). He aquí donde el papel importante de los enfermeros que requiere tener una cualidad y capacidad seguridad, efectiva y autocontrol fruto de culturas, habilidades, habilidades y elementos éticos. Todos estos factores ayudarán a una combinación exacta, pertinente encaminada a los requerimientos reales de los sujetos en paro cardiorrespiratorio (11).

Por lo expuesto, considerando la problemática del contexto es que nos trazamos la sucesiva pregunta:

¿En qué medida los conocimientos mejoran las habilidades de reanimación cardiopulmonar básico de los enfermeros de un Hospital Público, Puno 2021?

B. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación que existe entre conocimientos y habilidades de reanimación cardiopulmonar básico en enfermeros del Hospital Público, Puno - 2021.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar a la población de estudio según edad, grado académico, condición laboral, experiencia laboral y capacitación recibida.
2. Evaluar el nivel de conocimientos sobre RCP en enfermeros del Hospital Público, Puno – 2021.
3. Valorar el nivel de habilidades sobre RCP en enfermeros del Hospital Público, Puno – 2021.
4. Relacionar las variables conocimientos y habilidades de RCP en enfermeros del Hospital Público, Puno – 2021.

C. ALCANCES Y LIMITACIONES

ALCANCES

Los resultados logrados en el presente estudio conseguirán ser aplicados en las otras áreas el cual posean las mismas particularidades

LIMITACIONES

No hay limitaciones

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

A. ANTECEDENTES

SÁNCHEZ A. y COLABORADORES (2015) ESPAÑA. Efectuaron el estudio “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 comprender el grado de conocimientos en RCP del personal sanitario, y si se encuentran correctamente restaurados. Estudio descriptivo transversal y multicéntrico. La población fueron 408 personales de salud. Los resultados obtenidos estuvieron que el 64,7 % se restableció posteriormente del 2010 y 10,1% jamás tuvo actualización. El 30% de médicos, el 7% de enfermeros y el 90% de residentes, no superan el umbral mínimo de datos determinado por la AHA (una materia cada 2 años). Se confirma que a elevada actuación de superior nivel de conocimientos.

GODOY A. (2017) LOJA – ECUADOR. Investigó “Conocimientos sobre Soporte Vital Básico en el personal del Hospital Isidro Ayora en la ciudad de Loja”. El objetivo fue establecer el grado de conocimientos en SVB de los empelados el cual trabaja en el hospital. Estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. La muestra fue de 226 personales de salud. Los resultados conseguidos fueron que el 79% tomó un curso-taller en relación del SVB, y 48% entre galenos e internos eran en grados inmejorables para realizar la correcta manera; y que solo un 35% había seguido cursos de actualización entre un lapso de uno a dos años, evidenciando que es requerida la perpetua reajuste teórica-práctico a fin de lograr optima capacidad para atención del usuario.

MARTINEZ Y. y FERNANDEZ C. (2017) CUBA. Realizaron la investigación, “Conocimientos de reanimación cardiopulmonar en el Servicio de Medicina Interna: Escenario de los carros de paro”. Su objetivo fue valorar el discernimiento en relación de RCP y las situaciones de reanimación cardiopulmonar. Investigación descriptiva y transversal. La población fueron 63 profesionales de la salud. Los resultados conseguidos estuvieron el 75% de los colaboradores evidenciaron conocimientos inferiores. El 50% de médicos manifestó un grado de conocimiento inferior y el resto medio. En los 3 conjuntos de enfermeros desarrollados, más del 85% consiguió una deficiente calificación. El 80% de los galenos y el 83,3% de los enfermeros el cual realizaron un curso en renacimiento manifestaron un conocimiento inferior. De los 5 ambientes con las que cuenta el Servicio de Medicina Interna, solo una posee reanimación cardiopulmonar y su estado es no pasadero.

CORONEL N. y YTURBE D. (2018). CAJAMARCA. Realizaron el estudio “Conocimientos y actitudes del personal de emergencia en reanimación

cardiopulmonar básico y avanzado. Hospital José Soto Cadenillas. Chota. 2018". Su objetivo fue establecer las actitudes y conocimientos de los empleados de emergencia en RCP primordial y desarrollado. Estudio de tipo cuantitativo, descriptiva y observacional. La población fue de 36 profesionales de salud. Los resultados fueron que el 72.2 % han realizado capacitación en RCP Básico; 52.8 % no se ha tenido capacitación en RCP Desarrollado; 58.3 % tomó capacitación en RCP en los últimos tres años, 69.4 % anunció en RCP en contextos reales y 55.6 % en simuladores, y 75 % del personal ha realizado estudios, posee una cualidad real en la habilidad de RCP.

ESCRIBA C. y SULCA W. (2018). CALLAO. Realizaron el estudio "Conocimiento y habilidades en el manejo de RCP básico en profesionales de Enfermería en el Centro de Salud Licenciados. Ayacucho. 2017". Su objetivo fue establecer el vínculo entre habilidades y el conocimiento en el control de RCP Básico en enfermeros. Estudio cuantitativo, correlacional. La población fue 18 enfermeros de los servicios de emergencia. Los resultados fue que el 61.1% tiene conocimiento mediano en relación de RCP básico, además efectúa la técnica errónea el RCP y solo el 38.9% efectúa en modo adecuada el RCP; el 66.7% de enfermeras no tomaron adiestramiento en RCP básico; y el 5.6% de los enfermeros posee discernimiento elevado y el 61.1% posee discernimiento en relación del RCP primordial.

SANDOVAL M. (2018) SULLANA. Realizaron el estudio "Conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar del enfermero (a) del centro quirúrgico Hospital II Sullana 2017". Su objetivo fue establecer los conocimientos en relación de Reanimación Cardiopulmonar básico del enfermero (a) del Servicio de Centro Quirúrgico. Investigación de tipo descriptivo, cuantitativo y transversal. Estuvo formada por 21 enfermeros. Los resultados fueron

que el 57,1% poseen formación y reajuste en RCP y cuentan con cinco a diez años de permanencia en el servicio. Sobre los conocimientos en relación del RCP primordial, el 52,4% posee un discernimiento elevado, 28,6% mediano y el 19% inferior.

PALACIOS B. (2019). PIURA. Se investigo, “Conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar en enfermeros de áreas críticas en un Hospital del MINSA- Piura, febrero 2019”. Su objetivo fue establecer el discernimiento en relación de la Reanimación Cardiopulmonar Básica en Enfermeros lo cual trabajan en las Áreas Críticas en el Nosocomio del Minsa. Investigación cuantitativa, descriptiva y transversal. La muestra fue de 44 enfermeros. Los resultados identifican lo cual el nivel de conocimiento referente a RCP prepondera el nivel medio con un 56,82%, nivel bajo 25%, y nivel alto con 18,18%. Según con el nivel de conocimiento relativo a Desfibrilador Externo Automático en, se consiguió 61,36% posee un nivel bajo, 38,64% posee un nivel medio.

LIZARME E. y YUCRA M. (2019). AREQUIPA. Se investigo, “Conocimientos y Habilidades de Reanimación Cardiopulmonar Básico en enfermeras (os) del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo. Arequipa 2019”. Cuyo objetivo fue establecer el vínculo existente entre el grado de las habilidades y conocimientos en relación del RCP básico. Estudio de tipo descriptivo, correlacional. La población fue 27 enfermeros del área de Trauma Shock. Los resultados obtenidos fue el cual el grado de conocimientos sobre RCP de enfermeros es defectuoso en un 40.7% y medio en un 33.3%. Respecto a las Habilidades los enfermeros muestran una destreza usual en un 51.9 % y es buena en un 25.9%.

B. BASE TEÓRICA

1. CONOCIMIENTO

1.1. Definición

De acuerdo con René Descartes, saber que comienza con una propuesta obvia, el cual se apoya en una percepción elemental. Descartes presentó tal propuesta en su famosa frase: "Pienso, luego existo". (12).

Bunge, M., cree que el conocimiento es el fruto final del vínculo dialéctico, permanente e inevitable entre la racionalidad humana y la cognición y el mundo espacio-temporal exterior que este desarrolla, desde ahí adivinar ciertos sucesos o reaccionar ante problemas. Este producto conclusivo se basa en la capacidad de deducir y comprender, permitiendo conceptos, juicios y razonamientos, es decir, nuestras ideas basadas en la realidad (14).

Kant negó que la realidad pueda explicarse únicamente por concepciones y se planteó lograr el mismo propósito, pero intentó establecer los términos y cabidas de la cognición. Aunque coexisten juicios integrales innatos que explican las dimensiones del medio, también delinean la anchura del discernimiento (13).

Rosental, M y Ludin, P., señalaron: "El conocimiento es un desarrollo a través del cual el contexto se manifiesta y se representa en el pensamiento humano". En otras palabras, es una comprensión del mundo externo. En general, el conocimiento es la asimilación espiritual de la situación, lo cual es muy significativo para las diligencias prácticas y la solución de diversos inconvenientes, de ahí nacen teorías y conceptos. Esta asimilación consiente asemejar los caracteres, principios, leyes y enunciados del mundo objetivo, manifestando así la interacción de los factores que intervienen en el fenómeno (15).

1.2. Características del conocimiento

De acuerdo con Andreu, R. y Sieber, S, el conocimiento tiene 3 particularidades (16).

1.2.1. El conocimiento es personal. En cierto sentido, se suscita y existe en los sujetos. Las personas lo absorben de acuerdo con su oportuna práctica (es decir, su particular "comportamiento", ya sea intelectual o físico), y lo toman integrado en su legado propio. En otras palabras, todos construyen el significado de los elementos que interactúan en el fenómeno, asegurando así respuestas claras a sus preguntas e hipótesis.

1.2.2. Su uso se puede reutilizar sin "consumir" conocimientos como otros objetos, de modo que se pueda "comprender" el fenómeno que las personas perciben (cada uno "a su manera", con precisión en base a sus conocimientos en un momento explícito) y "evaluarlos". En general, la calidad del discernimiento radica en su carácter utilitario, se utiliza para resolver problemas y proporcionar fenómenos.

1.2.3. Vale de guía hacia las acciones de los sujetos, en el sentido de resolver qué formar en cada momento, ya que la acción suele estar dirigida a mejorar la percepción de todos sobre las consecuencias de los fenómenos (o incluso a cambiarlos si es viable). De hecho, el conocimiento asevera la mejora de mediaciones y procedimientos.

1.3. Niveles del conocimiento

De acuerdo con Martínez, A. y Ríos, F. el ser humano consigue atraer un elemento en 3 niveles: sensitivo, conceptual y holístico (17).

1.3.1. El conocimiento sensible incluye capturar objetos a través de los sentidos. Gracias a él, podemos almacenar la imagen, el color, el tamaño y la forma de las cosas en nuestra mente. De hecho, creamos información permanentemente desde la interacción con el medio social y físico. Por tanto, reaccionaremos de manera vaga y, con el tiempo, adoptaremos un determinado comportamiento o actitud.

1.3.2. El conocimiento conceptual reside en representaciones intangibles, no materiales, pero esenciales y universales. La importante discrepancia entre el grado sensible y el nivel conceptual es simbolizar la unidad y universalidad de estos 2 tipos de conocimiento respectivamente. Es decir, su edificación se basa en el manejo de métodos y tecnologías, a partir de la exploración, experimentos u observaciones simples se forman nuevos principios y constructores, es decir, nuevas concepciones lo cual ayudan a alcanzar innegables hechos.

1.4. Clases de conocimiento

Como dice Grajales, A. y Negri, N. el conocimiento consigue ser fraccionado de desiguales formas (18) :

1.4.1. Vulgar: El conocimiento común o vulgar se adquiere a través de la experiencia de la vida, aunque consigue ser acertado, no es muy confidencial por carencia de fundamento. La población en general genera este tipo de conocimientos todos los días, y esta

información se crea desde la percepción, la práctica, el contacto directo, etc.

1.4.2. Científico: El conocimiento científico es la actitud consciente y reflexiva del sujeto para investigar y comprender el conocimiento del mundo que lo rodea. Por tanto, es una especie de discernimiento impensado, general y metódico. El estudio científico posee como propósito el progreso de la ciencia, es un grupo de conocimientos con particularidades precisas, es decir, razonables, sistemáticos, organizados y propensos a errores.

1.4.3. Filosófico: No hay diferencia entre conocimiento filosófico y conocimiento científico en la actitud cognitiva; la característica del conocimiento filosófico radica en su proposición básica: es decir, conocimiento sin supuestos, conocimiento de sí mismo.

2. HABILIDADES

2.1. Definición

La Real Academia Española, precisa la habilidad como la cabida de una persona a fin de realizar de modo correcto y con disposición una labor o diligencia explícita. De este modo, se trata de una competencia determinada que posee una persona para una diligencia exacta, sea de índole física, social o mental.

2.2. Habilidades en Reanimación Cardiopulmonar

Es el talento, la capacidad y pericia que posee una persona para desarrollar las maniobras de Reanimación cardiopulmonar.

3. PARO CARDIORESPIRATORIO

3.1. Definiciones esenciales

3.1.1. La Parada Cardiorrespiratoria (PCR) Se precisa como una condición clínica en la cual la diligencia mecánica del corazón y la respiración sincera son una interrupción repentina, accidental y potencialmente reversible.

3.1.2. La Resucitación Cardiopulmonar (RCP) Consiste en un grupo de acciones destinadas a alterar el estado de PCR, primero reemplazándolo y luego tratando de restaurar la inhalación y la circulación franca.

3.1.3. La Resucitación Cardiopulmonar Básica (RCPB): Reúne una variedad de conocimientos y pericias a fin de asemejar a las víctimas que pueden experimentar un paro cardíaco y / o respiratorio, advertir al sistema de suceso y efectuar funciones respiratorias y circulatorias de reemplazo (aunque inestables) hasta que la víctima consiga recoger un tratamiento competente.

3.1.4. EL Soporte Vital Básico (SVB): Conceptos más actuales que RCPB. Por ejemplo, el soporte vital cardíaco básico incluye la prevención de la cardiopatía isquémica, métodos para identificar un posible IAM y planes de acción para tratarlo. La contingencia de instalar de desfibriladores semiautomáticos y automáticos de fácil manejo y aprendizaje motiva esta habilidad, que tiene como objetivo completar la RCP mediante el tratamiento prematuro de la fibrilación ventricular por medio de la desfibrilación por parte

de propia no médico.

3.1.5. La Resucitación Cardiopulmonar Avanzada (RCPA): Reúne un grupo de ciencias, metodologías y operaciones diseñadas para suministrar el tratamiento concluyente para las condiciones de PCR, optimizando el reemplazo de los cargos respiratorios y circulatoria hasta el cual se restablezcan.

3.1.6. El Soporte Vital Avanzado (SVA): Una definición más allá de RCPA, en el caso de AVS cardíaco, considerar cuidados intensivos iniciales hacia pacientes críticamente enfermos con enfermedad cardíaca.

3.1.7. Niveles de recomendación para los medicamentos y técnicas de manejo en RCP:

-Clase I: Definitivamente recomendable, se han verificado muchas labores.

-Nivel II a: Son admisibles y ventajosos, y se consideran buenos y muy buenos Hay varios estudios con buenos o muy buenos resultados clínicos.

-Tipo II b: Están muy pocos estudios el cual lo avalen, generalmente con resultados positivos. Consiguen considerarse admisibles y ventajosos.

-Nivel III: Sin certeza positiva, inaceptable o útil, y posiblemente dañina.

-Incierto: no se consigue recomendar hasta que los datos de esté utilizable.

3.2. Fisiopatología del Paro Cardiorrespiratorio

3.2.1. Detección de la circulación

El cese de la circulación significa que el suministro de oxígeno y glucosa a diferentes células de los tejidos se interrumpe repentinamente. La contribución de O₂ depende de mantener un flujo tisular adecuado (que llamamos la suma del gasto cardíaco) y el grado de Hb que actúa como transportador de O₂ (14). En el caso de la PCR, el problema se debe principalmente a un gasto cardíaco insuficiente más que a una saturación insuficiente de Hb O₂. Aunque el resultado final es el mismo, porque las paradas de circulación harán que se detenga la ventilación, y recíprocamente, el hecho de que el fenómeno de la circulación sea más habitual hace que le demos prioridad a este aspecto en las medidas de renacimiento. Si la causa de la PCR es el sistema circulatorio, normalmente el grado de saturación de Hb antes del evento será normal, por lo que el tejido real necesita generar suficiente flujo sanguíneo para transportar O₂ a las células. El tiempo lo cual el flujo sanguíneo se detiene o disminuye severamente establece en gran medida el pronóstico del evento para el usuario. Desde este punto de vista, el objetivo principal de las medidas de reanimación es obviamente restablecer el gasto cardíaco normal lo antes posible de acuerdo con las necesidades de perfusión tisular (20).

3.2.2. Umbral de isquemia

La isquemia cerebral es el resultado de la reducción del flujo sanguíneo cerebral total por inferior de un nivel crítico, y su importante resultado es la carencia de oxígeno y glucosa requeridos hacia el metabolismo cerebral. Dado que el vínculo entre el metabolismo cerebral y el flujo sanguíneo por medio de la barrera hematoencefálica es un desarrollo dispuesto

hondamente completado, la dificultad del flujo sanguíneo cerebral conducirá a cambios rápidos en el metabolismo y en varias funciones cerebrales.

Aunque los determinantes neuroquímicos del daño neuronal irreversible no se comprenden completamente, ningún aspecto del metabolismo neuronal se ve afectado por la isquemia. La falta de producción de energía, la acidosis láctica, el acrecentamiento del calcio citosólico, el exuberancia de radicales libres y la acumulación de neurotransmisores extracelulares, y la aceleración posterior de los receptores y la estimulación neuronal en ausencia de suministro de oxígeno y glucosa, parecen conducir a la muerte neuronal. Estos mecanismos pueden conducir a un perjuicio secundario a la microcirculación cerebral, debido al edema y daño endotelial, agregación celular intravascular, cambios en la permeabilidad y reactividad vascular, dando como resultado un fenómeno de "no reflujo", obstruyendo el circuito y continuando el proceso (21).

La tasa de flujo normal para los adultos jóvenes es de $60 \text{ ml} \cdot \text{min}^{-1} \cdot 100 \text{ g}^{-1}$ de tejido. Por debajo de $20\text{-}25 \text{ ml} \cdot \text{min}^{-1} \cdot 100 \text{ g}^{-1}$, el EEG se ralentiza sucesivamente. Entre $18\text{-}20 \text{ mL} \cdot \text{min}^{-1} \cdot 100 \text{ g}^{-1}$, desapareció la descarga neuronal espontánea. Entre $16\text{-}18 \text{ mL} \cdot \text{min}^{-1} \cdot 100 \text{ g}^{-1}$, la respuesta eléctrica inducida por las células desaparece (umbral de falla eléctrica). Se produce el fenómeno de la "propagación de la onda despolarizante", que incluye la despolarización celular espontánea, que conduce a la planitud eléctrica y cambios regionales del flujo sanguíneo, y aumenta el área de la penumbra isquémica debido al aumento del daño de la membrana. Por debajo de $8\text{-}10 \text{ mL} \cdot \text{min}^{-1} \cdot 100 \text{ g}^{-1}$, el estado estacionario de los iones cambia, el potencial de membrana se vuelve ineficaz y el potasio se libera en grandes cantidades, en ese momento desaparece la actividad neuronal (umbral de falla de la membrana). Por inferior de $20 \text{ mL} \cdot \text{min}^{-1} \cdot 100 \text{ g}^{-1}$, ya

han aparecido síntomas neurológicos. No se necesitan más de 4 a 5 minutos para que los adultos normales alcancen la etapa de muerte isquémica celular a temperatura ambiente (22).

3.2.3. Tiempo de retorno a circulación espontánea

La terapia de PCR se centra principalmente en lograr un flujo circulante suficiente para el cerebro y corazón. En el primer caso, estos flujos consiguen ser pequeños, pero bastantes a fin de restablecer la circulación espontánea efectiva y limitar el daño y proporcionar una mejor profecía hacia el usuario. Lo preliminar evalúa y resuelve paralelamente la causa de la PCR, especialmente si no es permanente.

La forma más eficaz de lograr una circulación eficaz es lograr una recuperación temprana de la circulación espontánea. Aunque ocasionalmente se puede establecer una terapia de apoyo a la circulación artificial mecánica, el pronóstico de los usuarios el cual necesitan este control posterior a la PCR es bastante ominoso. Durante la PCR del ritmo de fibrilación ventricular, el objetivo principal es realizar rápidamente una desfibrilación eléctrica para restaurar la circulación abierta. Esta operación de desfibrilación eléctrica es la forma más segura de lograr los objetivos anteriores; se enfatiza que establecerla lo antes posible es el principal objetivo del rejuvenecimiento basada en PCR (23).

Durante la PCR, cuando el ritmo cardíaco no sea fibrilación ventricular o mientras espera el desfibrilador, inicie la operación de reanimación básica. Buscando el mismo objetivo de proporcionar flujo circulatorio a diversos órganos, seguimos realizando masaje cardíaco extracorpóreo (MCE) (24).

3.3. Etiopatogenia del Paro Cardiorrespiratorio

Son consideradas las siguientes (20):

3.3.1. Cardiovasculares

- Disrritmias.(FV/ TVSP, bradicardias, Bloqueos A-V II y II grado)
- IMA.
- Taponamiento Cardiaco.
- Embolismo Pulmonar.

3.3.2. Respiratorias

- Broncoaspiración.
- Ahogamiento o asfixia.
- Obstrucción de la vía aérea.
- Insuficiencia respiratoria.
- Depresión del Centro Respiratorio.
- Neumotórax a tensión.

3.3.3. Metabólicas

- Hipopotasemia.
- Hiperpotasemia.

3.3.4. Traumatismo

- Hemorragia Interna o externa.
- Torácico
- Craneoencefálico.
- Lesión de grandes vasos.

3.3.5. Shock

3.3.6. Hipotermia

3.3.7. Iatrogénicas

- Sobredosificación de agentes anestésicos.

3.4. Factores de riesgo

- Edad
- Aumento del colesterol LDL
- Infarto de miocardio o ataque cardiaco previo
- Factores genéticos
- Hipertensión
- Antecedentes de enfermedad coronaria
- Diabetes mellitus
- Tabaquismo
- Sexo masculino

3.5. Signos y síntomas del PCR

- Apnea y/o gaspings (respiraciones en boqueadas)
- Ausencia de pulsos centrales
- Cianosis
- Perdida brusca de la conciencia
- Midriasis (dilatación pupilar).

3.6. Diagnostico eléctrico

3.6.1. Fibrilación Ventricular (FV) o Taquicardia Ventricular sin Pulso (TVSP).

La FV es el ritmo ECG inicial más común en usuarios con PCR secundario a enfermedad arterial coronaria. La FV degenera en

Asistolia, por lo que posterior de 5 minutos de evolución sin método, menos del 50% de las víctimas pueden confirmar su existencia. La capacidad de efectuar una desfibrilación temprana es crucial, porque cuando se observa una FV y la desfibrilación es instantánea, se ha justificado que la tasa de persistencia inmediata es tan alta como el 89%. Por cada minuto perdido antes de realizar la DFA, la tasa de supervivencia se reduce en aproximadamente 5% (13).

3.6.2. Asistolia. Es el principal ritmo o motivo del 25% de las situaciones de PCR que ocurren en el ambiente hospitalario y del 5% de las situaciones de PCR que ocurren en el ambiente extrahospitalario. Sin embargo, es más común porque es el curso natural de la FV no tratada. Su contestación al método es mucho peor que la de la FV y cuando es causada por una enfermedad cardíaca, la tasa de persistencia es inferior al 5%. La supervivencia consigue ser mayor cuando se relaciona con hipotermia, ahogamiento, intoxicación por fármacos, bloqueo auriculoventricular completo por afectación de tres ramas, bradicardia extrema o fenómenos transitorios tras fibrilación ventricular DF.

3.6.3. Actividad eléctrica sin pulso: Se precisa como el aspecto de actividad eléctrica constituida del corazón, pero no convertida en diligencia mecánica (sin pulso arterial central) o SAT <60 mmHg. En alejamiento de flujo sanguíneo en las arterias coronarias, las ondas de coordinación en el electrocardiograma solo consiguen estar por un corto tiempo. La presencia de DEM conlleva un pronóstico muy precario (la supervivencia por enfermedad coronaria es inferior al 5%), salvo el cual se trate de un fenómeno

transitorio tras DF o secundario a una causa de rápida corrección. Por ello, diagnosticar y tratar a partir el principio sus viables causas, como hipoxia, hipovolemia, neumotórax a tensión, taponamiento pericárdico, alteraciones electrolíticas y ácido-base, intoxicaciones por fármacos, hipotermia, infarto agudo de miocardio, Tromboembolismo pulmonar, etc.

4. REANIMACION CARDIOPULMONAR

4.1. Definición

La reanimación cardiopulmonar es una medida para restaurar la circulación directa mediante compresiones torácicas, control de la vía aérea, desfibrilación, ventilación y otras técnicas en la situación de la causa de la parada cardiopulmonar.

El paro cardiopulmonar es una interrupción repentina, de improviso y latentemente cambiable de la diligencia mecánica del corazón y el aliento espontáneo.

No obstante, hay muchas causas de paro cardíaco y respiratorio, desde la perspectiva de la enfermería, a menudo se trata como una entidad impar llamada PCR. La interrupción de una de las 2 funciones importantes conducirá inevitablemente rápidamente a la dilación de la otra, por lo que su gestión se maneja de modo conjunto. En un paro cardíaco, la inspiración inicialmente se ralentiza, prontamente se obstruye y finalmente se detiene por completo después de 30 a 60 segundos (25).

4.2. Soporte Vital Básico (SVB) (AHA 2020)

Un conjunto de acciones diseñadas para mantener la circulación y la respiración por medio del manejo de compresiones torácicas y el aire exhalado de los pulmones del rescatador. Utilice métodos que no requieran habilidades especiales: realice un masaje cardíaco externo, abra las vías respiratorias con las manos del reanimador y proporcione soporte ventilatorio a través de la respiración boca a boca. Salvo accesorios como la bolsa Mask-valve-Basic, se puede realizar sin equipo a fin de impedir el contacto directo boca a boca o boca a nasal. La creencia de la jerarquía de la desfibrilación precoz en pacientes adultos con paro cardíaco comprobado llevó al uso de desfibriladores externos automáticos (DAE) (25).

Los aspectos esenciales del SVB contienen:

- Afirmación contigua del Paro Cardíaco y aceleración del sistema de contestación de emergencia.
- RCP prematuro con énfasis en las presiones pectorales
- Desfibrilación expedita con uso de DEA (Desfibrilador Externo Automático)
- Soporte Vital Evolucionado enérgica (comprendida la estabilidad y la transferencia rápida a la unidad de cuidados postparo cardíaco)
- Cuidados postparo cardíaco multidisciplinarios.
- Una RCP de elevada calidad progresa las posibilidades de persistencia de la víctima, lo cual incluye:
 - Principiar las compresiones en los diez segundos de igualar el paro cardíaco.
 - Prensar rápido y fuerte: comprimir con una periodicidad de cien a doscientos cpm, con una hondura de al menos de 5cm en adultos y

niños, en lactantes una profundidad de 4cm.

- Consentir una diversión torácica completa posterior de cada compresión
- Reducir las dificultades de las compresiones
- Efectuar ventilaciones enérgicas para hacer que el tórax se eleve
- Obviar una ventilación excesiva
- En la situación de usuarios adultos internados, el paro cardiaco se suele provocar como efecto de una decadencia de cuadros respiratorios o rotatorios graves.
- Los eslabones de la cadena de persistencia a fin de un adulto lo cual sufre un paro cardiaco en el nosocomio son:



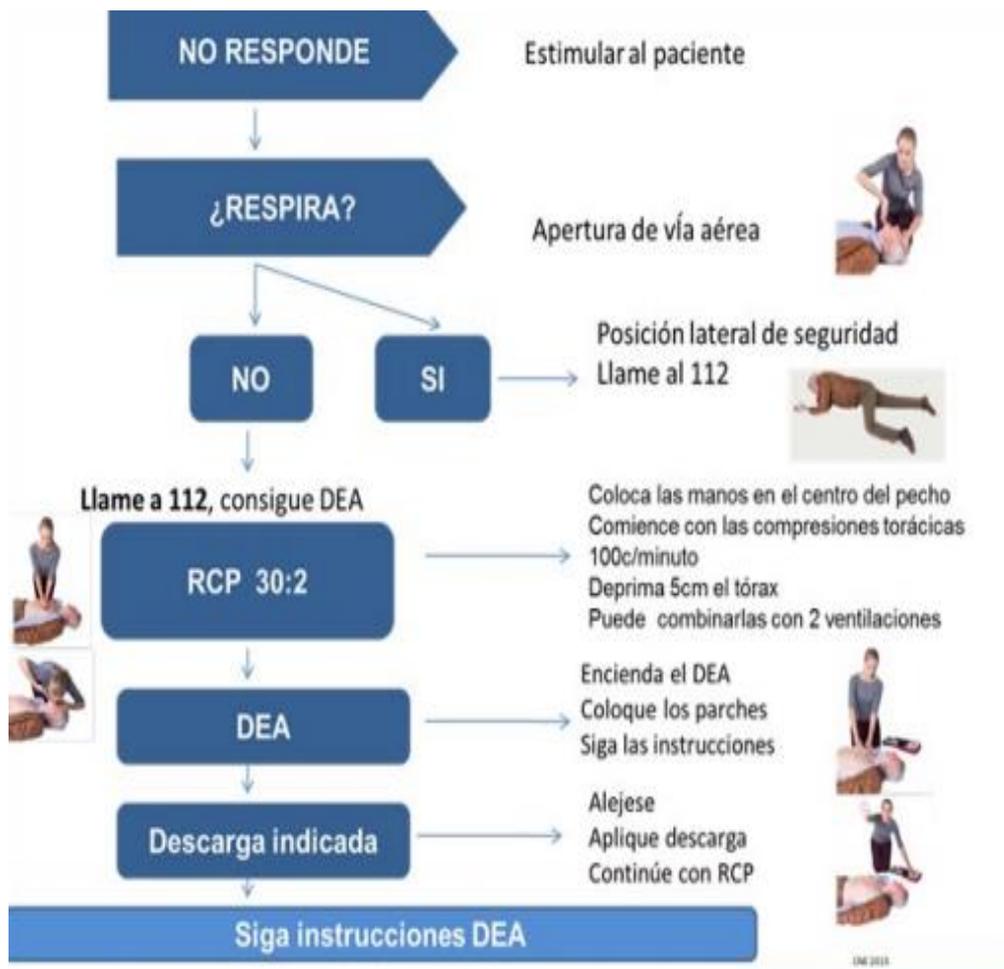
- Vigilancia, tratamiento y prevención de los cuadros clínicos preliminares al paro respiratorio
- Creencia contiguo del paro cardiaco y aceleración del sistema de contestación de sucesos
- Desfibrilación rápida
- Cuidados postparo cardiaco multidisciplinarios
- Recuperación
- Los eslabones de la cadena de persistencia a fin de un adulto lo cual sufre un paro cardiaco externamente del nosocomio son:



- Creencia inmediata del paro cardiaco y aceleración del sistema de contestación a emergencias
- RCP prematuro con énfasis en las compresiones torácicas
- Soporte vital evolucionado eficaz
- Cuidados postparo cardiaco multidisciplinarios
- Recuperación (26).

4.3. Soporte Vital Básico y calidad de la RCP realizada por reanimador lego

- Un reanimador lego se define como una persona no profesional de la salud. Para iniciar el RCP la seguridad del lugar es primordial tanto para el reanimador y para la víctima:
- En primer lugar, es necesario identificar que la víctima se encuentra en un estado de paro cardíaco evidenciando que no contesta, que no respira (o que no respira normalmente, o que simplemente está jadeando / jadeando) y que no tiene pulso.
- Después de confirmar el paro cardíaco de la víctima, el lego activa el sistema de contestación de emergencia o pide a otros el cual lo hagan.
- Si el paciente tiene un paro cardíaco, inicie RCP 30 compresiones torácicas de alta calidad seguidas de 2 ventilaciones (30: 2 ciclos). Si la ventilación no es posible, extienda con las compresiones solo hasta la venida del DEA o de un rescatista capacitado.



4.4. Soporto Vital Básico y calidad de la RCP realizada por reanimadores profesionales de salud

Los profesionales de la salud deben buscar asistencia en las víctimas el cual no responden, pero es aconsejable lo cual los profesionales de la salud continúen valorando la respiración y el pulso al mismo tiempo hasta que el sistema de respuesta de emergencia esté completamente activado. Evalúe si no hay respiración o solo jadeo o jadeo, y si no se descubre un pulso palpable en 10 segundos (los controles del pulso y la respiración se consiguen realizar juntamente en 10 segundos).

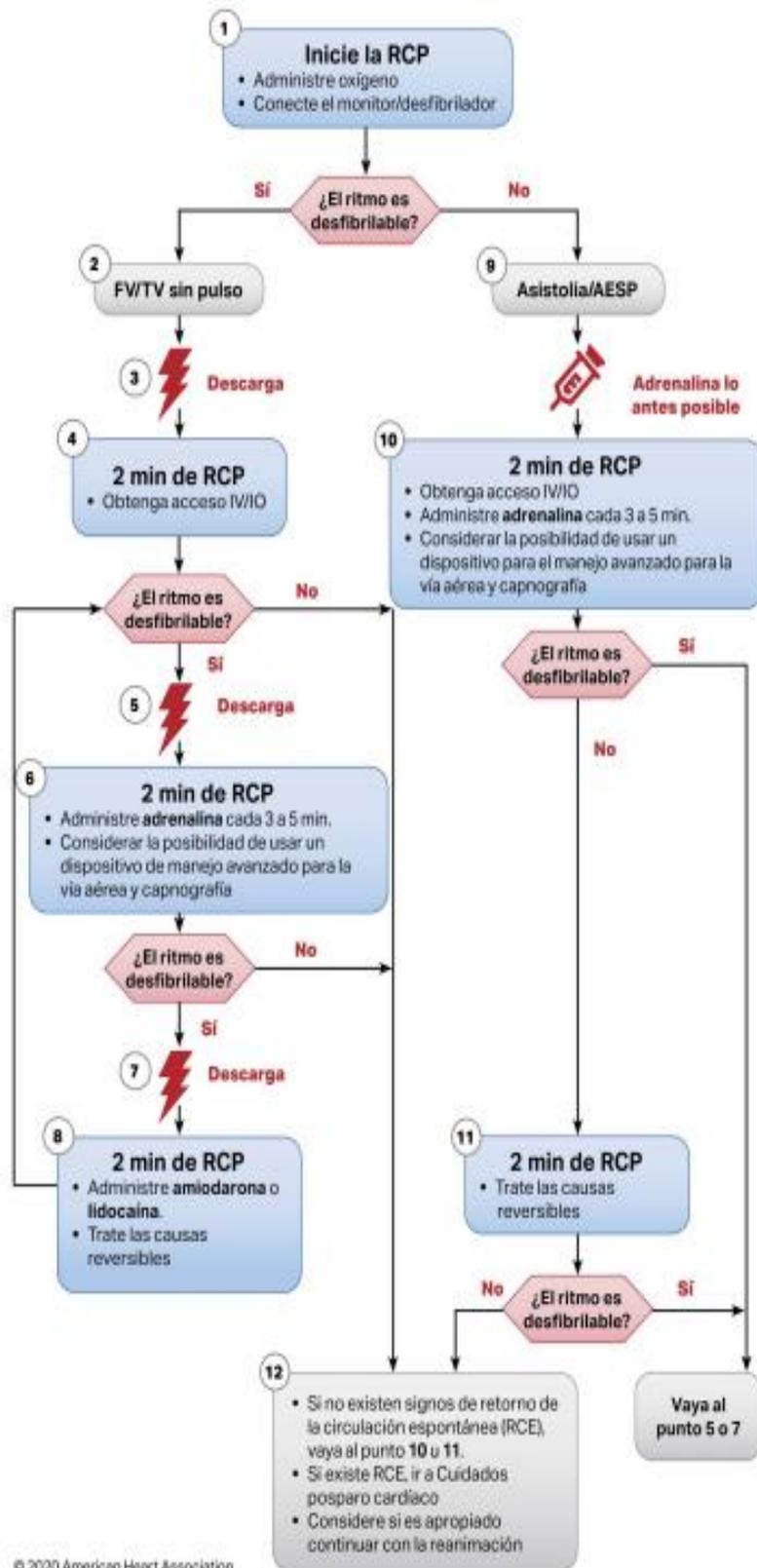
El objetivo es minimizar los retrasos tanto como sea posible mediante una evaluación sincrónica y una contestación vertiginosa y eficaz, en lugar de un enfoque lento y metódico paso a paso. Un equipo de rescate integral con una formación extensa puede utilizar un método de coreografía para realizar varios pasos y evaluaciones simultáneamente, en lugar de realizarlos secuencialmente como un solo rescatador. Es muy significativo que los profesionales sanitarios efectúen compresiones torácicas y ventilación en todos los usuarios con paro cardíaco (27).

4.5. Pasos de la reanimación cardiopulmonar

La reanimación cardiopulmonar empieza con un RCP de elevada calidad significa empleando compresiones con la hondura y la asiduidad correcta, aseverando de no persistir afirmado en relación del tórax y conservando las interrupciones al mínimo absoluto, los 5 factores esenciales a fin de una RCP de elevada calidad:

- Periodicidad de cien a doscientos compresiones/minuto.
- Hondura de las compresiones de 5-6 cm (2-2,4 pulgadas).
- Impedir persistir apoyado en relación del tórax, consintiendo la descompresión completa tras cada compresión.
- Restar las pausas entre compresiones (porción de compresión del tórax > 60 %).
- Obviar la ventilación enorme (dos respiraciones/treinta compresiones sin vía aérea delantera; diez respiraciones/minuto con vía aérea delantera) (26).

Según AHA (2020), este es el algoritmo de paro cardíaco en adultos (25):



© 2020 American Heart Association

Calidad de la RCP
<ul style="list-style-type: none"> • Comprima fuerte (al menos 5 cm [2 pulgadas]) y rápido (entre 100 y 120 c.p.m.), y permita una expansión torácica completa. • Minimice las interrupciones entre compresiones. • Evite una ventilación excesiva. • Cambie de compresor cada 2 minutos, o antes si está cansado. • Si no hay un dispositivo de manejo avanzado de la vía aérea, considere una relación de compresión-ventilación debe ser de 30:2. • Capnografía cuantitativa <ul style="list-style-type: none"> - Si la PETCO₂ es bajo o está en disminución, vuelva a evaluar la calidad de la RCP.
Energía de descarga para desfibrilación
<ul style="list-style-type: none"> • Bifásica: recomendación del fabricante (por ejemplo, dosis inicial de 120 a 200 J); si se desconoce, use el valor máximo disponible. La segunda descarga y las posteriores deben ser equivalentes, y puede considerarse la administración de valores superiores. • Monofásica: 360 J.
Farmacoterapia
<ul style="list-style-type: none"> • Dosis IV/IO de adrenalina: 1 mg cada 3 a 5 minutos • Dosis IV/IO de amiodarona: Primera dosis: bolo de 300 mg. Segunda dosis: 150 mg. • Dosis IV/IO de lidocaína: Primera dosis: De 1 a 1,5 mg/kg. Segunda dosis: De 0,5 a 0,75 mg/kg.
Manejo avanzado de la vía aérea
<ul style="list-style-type: none"> • Intubación endotraqueal o dispositivo supraglótico para el manejo avanzado de la vía aérea. • Capnometría o capnografía para confirmar y monitorizar la colocación del tubo ET. • Una vez llevado a cabo el manejo avanzado de la vía aérea, realice 1 ventilación cada 6 segundos (10 ventilaciones por minuto) con compresiones torácicas continuas.
Retorno de la circulación espontánea (RCE)
<ul style="list-style-type: none"> • Pulso y presión arterial • Aumento repentino y sostenido de la PETCO₂ (normalmente de ≥40 mm Hg). • Ondas espontáneas de presión arterial con monitoreo intraarterial
Causas reversibles
<ul style="list-style-type: none"> • Hipovolemia • Hipoxia • Hidrogenión (acidosis) • Hipo-/hiperpotasemia • Hipotermia • Tensión, neumotórax • Taponamiento cardíaco • Toxinas • Trombosis pulmonar • Trombosis coronaria

4.6. Consideraciones éticas

La reanimación cardiopulmonar (RCP) es una actividad médica con importantes cuestiones éticas. Al igual que en otras áreas de la ética de la enfermería, las decisiones sobre la RCP deben basarse en los principios de autonomía, buena voluntad, inocencia y justicia distributiva. Las emergencias que amenazan la vida dificultan la toma de decisiones y el hecho de que los usuarios sean inferiores de edad o hayan alcanzado la edad legal los obliga a considerar las decisiones de sus padres, ellos y sus familias. En algunos casos, el inicio de la RCP está claramente indicado, mientras que, en otros casos, es razonable suspender las operaciones de reanimación. El equipo de reanimación debe cumplir con el documento "Orden de no reanimación" (28).

En general, se encarga lo cual se suspendan las medidas de RCP cuando:

- Se evidencie que hay signos ciertos de deceso biológico.
- El reparador esté extenuado o en grave riesgo.
- Otros sujetos con más posibilidades de redención soliciten la RCP.
- En contextos de incidentes o desastres en los que varios sujetos constriñen asistencia, es ineludible en primer lugar catalogar a los usuarios de acuerdo con sus requerimientos de RCP y posibilidades de persistencia, a fin de resolver a quién se debe atender en primer lugar.
- Se demuestre la apariencia por escrito de una "orden de no reanimar". Una vez probada la presencia de dicho escrito hay que enajenar todas las maniobras de RCP, aunque fueran siendo en

parte seguras.

- Se haya ejecutado una RCP básica y delantera efectiva durante al menos veinte minutos sin el recobro de la circulación franca
- Tras iniciarse la RCP se corrobora el diagnóstico de un padecimiento incurable.

4.7. Desfibrilación

En la desfibrilación se usa el dispositivo DEA (Desfibrilador Externo Automático), es un dispositivo el cual estudia y busca ritmos cardíacos desfibrilables, notifica al reanimador si existe el requerimiento de una desfibrilación y, de ser así, emplea una descarga.

Se coloca una paleta de desfibrilación a lo largo del borde derecho del esternón entre la clavícula y el segundo espacio intercostal, y por encima del quinto o sexto espacio intercostal en la punta del corazón (línea axilar media). Las palas de desfibrilador tradicionales usan gel o pasta conductora; esos desfibriladores inconscientes poseen gel asociado. Se encomienda dar solo 1 descarga inicial (anticipadamente se recomendaba un total de 3 descargas) y luego continuar con la compresión. El nivel de energía de descarga inicial para los desfibriladores bifásicos está entre 120 y 200 julios (2 julios / kg para niños); el nivel de energía de descarga inicial hacia los desfibriladores monofásicos se establece en 360 julios. Controle el ritmo después de la descarga 2 minutos después de las compresiones torácicas. Las descargas posteriores se administran al mismo nivel de energía o superior (máximo 360 julios para adultos o 10 julios / kg para niños). Los usuarios con fibrilación ventricular persistente o taquicardia ventricular deben tomar compresiones

torácicas y ventilación continuas y medicación forzosa (29).

4.8. Rol del profesional de enfermería en la RCP

Antes de iniciar la operación de RCP, el profesional de enfermería debe ser resolutivo, conocedor del tema, calificado, tener dotes de liderazgo, destrezas y habilidades, todas ellas son parte del profesional, pues él siempre está cuidando al paciente; de esta manera, se puede Mediante el establecimiento de un marco de referencia práctico para proteger vidas, restaurar la salud, aliviar el sufrimiento, limitar la discapacidad de los pacientes pediátricos y promover variaciones en los profesionales y sistemas de salud, y optimizar la calidad del papel de los pacientes pediátricos. Profesionales de la salud. Atención urgente y salvar más vidas (30).

A. HIPOTESIS

Existe relación entre el nivel de conocimiento y las habilidades de Reanimación Cardiopulmonar Básico en enfermeros del Hospital Público, Puno-2021.

B. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

1. NIVEL DE CONOCIMIENTO

Es el grupo de información que los enfermeros poseen por medio de su formación profesional acerca de Reanimación Cardiopulmonar Básico. El nivel de conocimiento se estableció por medio de un cuestionario auto aplicado, usando una escala vigesimal. Es una variable cuantitativa y se medirá mediante un cuestionario hecho por César Gálvez en 2016. Validado por juicio de expertos, incluyendo 9 servicios de urgencias y

enfermeras docentes que trabajan en el Hospital de Urgencias José Casimiro Ulloa.

Los indicadores son:

- Frecuencia de las comprensiones torácicas
- Profundidad de las comprensiones
- Permeabilidad de las vías aéreas
- Expansión torácica
- Restar las interrupciones de las comprensiones

Consta de 20 interrogantes y las respuestas se puntúan según las sucesivas puntuaciones:

- Respuesta correcta = 1,
- Respuesta incorrecta= 0.

La puntuación consigue variar de 0 a 20 puntos. Crea las sucesivas categorías:

- Nivel de conocimiento Deficiente: 0 a 10 puntos
- Nivel de conocimiento Regular: 11 a 13 puntos
- Nivel de conocimiento Bueno: 14 a 16 puntos.
- Nivel de conocimiento muy bueno: 17 a 20 puntos

2. HABILIDADES

Es la capacidad de una persona a fin de desarrollar las maniobras de Reanimación Cardiopulmonar. La determinación de la habilidad se establecerá mediante la entrevista y la observación. Es una variable

cuantitativa, será medida por una lista de chequeo elaborada por Elva Lizarme y María Yucra (2019), adaptado de la American Hearth, por último, la calificación es la sucesiva:

SUCESIÓN CORRECTA (26 ítems A, B, C, D, E, F, G, H, I)

- SI
- NO

La puntuación consigue alterar entre 0 y 26 puntos. Instituir las sucesivas categorías:

- Habilidad Deficiente: 0 a 6 puntos
- Habilidad Regular: 7 a 13 puntos
- Habilidad Buena: 14 a 20 puntos
- Habilidad Muy buena: 21 a 26 puntos

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

A. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo cuantitativo, método descriptivo correlacional y de corte transversal.

B. PROCEDIMIENTO

Hacia el actual estudio se usó los sucesivos procedimientos:

1. Se gestionó la autorización ante las autoridades del Hospital San Martín de Porres Macusani, Puno.
2. Se sistematizó con la jefa de enfermeras de cada de servicio para la

- ejecución de los instrumentos.
3. Se obtuvo el consentimiento entendido de las unidades de estudio, antepuesta definición de los objetivos y contribución de la investigación, así como de la categoría de su participación que será confidencial y anónima.
 4. Se aplicó los instrumentos: cuestionario y lista de chequeo
 5. Se procesó y analizó los resultados.

C. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

La presente investigación se lleva a cabo en el Hospital San Martín de Porres de Macusani de Nivel II-1 que pertenece a la Gerencia Regional de Salud Puno, Red Salud Carabaya -, se encuentra ubicado en la carretera salida Ayapata, es un centro de referencia, siendo el principal Hospital de la Provincia de Carabaya.

Posee una distribución de dos pisos con una capacidad de 50 camas organizadas en siete áreas: consulta externa, emergencia (tópico de cirugía- medicina, tópico de pediatría, tópico de gineco-obstetricia y UVI, sala de operaciones, sala de partos, neonatología y hospitalización (medicina – cirugía – ginecología – pediatría), hospitalización obstetricia.

Los servicios considerados para la investigación es el Consulto Externos, Emergencia, Centro Quirúrgico y Hospitalización.

D. POBLACION Y MUESTRA

La población de esta investigación es formada por el número total de enfermeras de un Hospital Público; se cuenta con un total de 40 personas. La población de este estudio es no probabilística de tipo convencional

tomando al 100% de la población de investigación.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Enfermeros que tengan un tiempo mayor a 3 meses laborando en la institución.
- Enfermeros que admitan participar en el estudio

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Enfermeros con licencia por enfermedad u otro.

E. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

El método utilizado es la encuesta y la observación, como cuestionario y observación de la técnica de investigación; y como la siguiente herramienta de recolección de datos:

1. CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS DE REANIMACION

CARDIOPULMONAR: Creado en el plazo de un año por Cesar André Gálvez (Universidad Nacional Mayor de San Marcos), este instrumento ha sido verificado por juicio de expertos, se procesa en la tabla de consistencia y prueba binomial. Para confiabilidad, se aplica la fórmula de K. Richarson y el resultado es 0.74. Entonces se convierte en una herramienta confiable.

Constituye de veinte interrogantes cuyas contestaciones fueron calificadas según los sucesivos puntajes:

- Respuesta correcta = 1,
- Respuesta incorrecta= 0.

La calificación logra variar entre cero y veinte puntos. Instaurando las sucesivas clases:

- Nivel de conocimiento Deficiente: 0 a 10 puntos
- Nivel de conocimiento Regular: 11 a 13 puntos
- Nivel de conocimiento Bueno: 14 a 16 puntos.
- Nivel de conocimiento muy bueno: 17 a 20 puntos

2. LISTA DE CHEQUEO: Se manejó una lista de chequeo hecha por Elva Lizarme y Maria Yucra (2019), adaptado de la American Heart Association 2015, esta escala se aplicó a personas con características similares a las de este estudio, y la validez de la escala se verificó mediante juicios de expertos en los que participaron 5 expertos del servicio de urgencias. Para confiabilidad, se aplica la fórmula V de Aiken $p < 0.05$, el instrumento es efectiva y de consistencia significativa, la confiabilidad de > 0.7 a > 0.9 es aceptable a excelente y el Alfa de Cronbach es 0.77, por lo que el instrumento es confiable.

El instrumento observa 2 aspectos: la correcta sucesión de pasos y la correcta realización de las operaciones a efectuar. Además, la medición se realizará mediante preguntas orales relacionadas con la sucesión de operaciones a efectuar. La prueba de ejecución real consta de 26 ítems, a cada uno de los cuales se le fijará una puntuación. Para calificaciones finales, si la persona efectúa correctamente la sucesión y realiza las acciones correspondientes, se considera suficiente.

El tiempo promedio hacia la medición de esta variable es de cinco a diez minutos aproximadamente. En conclusión, la calificación es la

sucesiva:

2.1. SECUENCIA CORRECTA (ítems A, B, C, D, E, F, G, H, I)

- SI
- NO

2.2. EJECUCIÓN CORRECTA

La puntuación consigue variar de 0 a 26 puntos. Crea las sucesivas categorías:

- Habilidad Deficiente: 0 a 6 puntos
- Habilidad Regular: 7 a 13 puntos
- Habilidad Buena: 14 a 20 puntos
- Habilidad Muy buena: 21 a 26 puntos

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

A. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el presente apartado se dan a conocer los resultados del estudio realizado, estos datos conseguidos se muestran en tablas sistemáticas de la sucesiva manera:

- Determinación de la población de investigación: tabla 1 a la tabla 3
- Desarrollo de objetivos específicos: tabla 4 y tabla 5
- Comprobación de la hipótesis: tabla 6

TABLA N° 1

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN ENFERMEROS DE
UN HOSPITAL PÚBLICO, PUNO-2021.**

CARACTERÍSTICAS EDAD	N	%
De 20 a 30 años	17	42.5
De 31 a 40 años	23	57.5
De 41 a 60 años	0	0
Más de 60 años	0	0
TOTAL	40	100
SEXO		
Varón	3	7.5
Mujer	37	92.5
TOTAL	40	100

En la tabla N° 1 se visualiza que el 57.5% de los enfermeros sus edades oscilan entre 31 a 40 años. En cuanto al sexo el 92.5% son enfermeras y el 7.5% son enfermeros.

TABLA N° 2

**CARACTERÍSTICAS LABORALES EN ENFERMEROS DE UN
HOSPITAL PÚBLICO, PUNO-2021.**

CARACTERÍSTICAS	N	%
GRADO ACADÉMICO		
Licenciado/a	40	100
Magister	0	0
Doctor/a	0	0
TOTAL	40	100
SEGUNDA ESPECIALIDAD		
Emergencia	15	37.5
Unidad de Cuidados Intensivos	2	5
Centro quirúrgico	1	2.5
Otra área	22	55
TOTAL	40	100
CONDICIÓN LABORAL		
Nombrado	5	12.5
Contrato CAS 1057	35	87.5
Contrato Indeterminado	0	0
Por terceros	0	0
TOTAL	40	100
EXPERIENCIA LABORAL EN EL ÁREA		
Menor de 1 año	5	12.5
De 1 a 5 años	21	52.5
De 6 a 10 años	9	22.5
Mas de 10 años	5	12.5
TOTAL	40	100

En la tabla N° 2 da a conocer las características laborales de la población; en cuanto grado académico el 100% de los enfermeros de un Hospital Público son Licenciados en Enfermería. En cuanto a la Segunda Especialidad el 55% de los enfermeros tiene especialidad en otras áreas (exceptuando emergencias – cuidados intensivos, centro quirúrgico), seguido del 37.5% que tiene la especialidad de Emergencias. En cuanto a la condición laboral el 87.5% tienen contrato tipo CAS 1057, seguido del 12.5% que son nombrados y además de ello el 52.5% posee de 1 a 5 años de experiencia laboral.

TABLA N° 3

CARACTERÍSTICAS LABORALES (CAPACITACIÓN) EN ENFERMEROS DE UN HOSPITAL PÚBLICO, PUNO-2021.

CARACTERÍSTICAS	N	%
CAPACITACIÓN EN SVB		
Si	14	35
No	26	65
TOTAL	40	100
HACE CUANTO SE CAPACITÓ SVB		
Hace menos de 2 años	5	35.7
Hace 2 a 5 años	6	42.9
Hace más de 5 años	3	21.4
TOTAL	14	100
CAPACITACIÓN EN ATLS		
Si	12	30
No	28	70
TOTAL	40	100
HACE CUANTO SE CAPACITÓ EN ATLS		
Hace menos de 2 años	4	33.3
Hace 2 a 5 años	5	41.7
Hace más de 5 años	3	25
TOTAL	12	100
CAPACITACIÓN EN PHTLS		
Si	13	32.5
No	27	67.5
TOTAL	40	100
HACE CUANTO SE CAPACITÓ EN PHTLS		
Hace menos de 2 años	5	38.5
Hace 2 a 5 años	5	38.5
Hace más de 5 años	3	23
TOTAL	13	100

En la tabla N° 3 se visualiza que el 35% de los enfermeros de un Hospital Público tienen capacitación en soporte vital básico y de ellos el 42.5% que recibió la capacitación fue hace 2 a 5 años; en cuanto capacitación en ATLS el 30% no tiene capacitación, y de ellos el 41.5% recibió la capacitación fue hace 2 a 5 años; en cuanto capacitación en PHTLS el 32.5% tiene capacitación, y de ellos el 38.5% se capacito hace menos de 2 años.

TABLA N° 4

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR
(RCP) BÁSICO EN ENFERMEROS DE UN HOSPITAL PÚBLICO,
PUNO-2021.**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	N	%
Muy bueno	5	12.5
Bueno	11	27.5
Regular	14	35
Deficiente	10	25
TOTAL	40	100

En tabla N° 4 se visualiza que el 35% de los enfermeros de un Hospital Público posee un nivel regular de conocimientos en reanimación cardiopulmonar con calificaciones de 11 a 13 puntos en un cuestionario de 0 a 20 puntos, seguido de un 27.5% que posee un nivel de conocimientos bueno.

TABLA N° 5

**HABILIDADES EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)
BÁSICO EN ENFERMEROS DE UN HOSPITAL PÚBLICO, PUNO-2021.**

HABILIDADES DE RCP	N	%
SECUENCIA CORRECTA		
Si	28	70
No	12	30
TOTAL	40	100
EJECUCIÓN		
Muy Buena	3	7.5
Buena	15	37.5
Regular	10	25
Deficiente	12	30
TOTAL	40	100

En la tabla N° 5 se visualiza que el 70% de los enfermeros de un Hospital Público realizan la secuencia correcta de la RCP básica, en cuanto a la ejecución el 37.5% de enfermeros tienen una habilidad buena al realizar el RCP básica hallándose carencias en cuanto a la postura del reanimador en la ubicación y distribución de las manos; además deficiencias en la colocación de la posición de seguridad.

TABLA N° 6

**CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN REANIMACIÓN
CARDIOPULMONAR (RCP) BÁSICO EN ENFERMEROS DE UN
HOSPITAL PÚBLICO, PUNO-2021.**

HABILIDADES	MUY BUENA		BUENA		REGULAR		DEFICIENTE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MUY BUENO	10	80	3	21.4	1	9.1	0	0	12	30
BUENO	1	10	9	64.3	0	0	0	0	10	25
REGULAR	1	10	2	14.3	10	90.9	2	40	15	37.5
DEFICIENTE	0	0	0	0	0	0	3	60	3	7.5
TOTAL	10	100	14	100	11	100	5	100	40	100

En la tabla N° 6 se visualiza la relación entre el nivel de conocimientos y las habilidades en Reanimación cardiopulmonar (RCP) básico de los/las enfermeros/as, hallándose mediante el Chi-Cuadrado $X^2 = 58.726$, $gl = 2$, $p = 0.000$, como la significancia es inferior que 0.05 se refuta Hipótesis nula, y se admite la hipótesis alternativa significando el cual los datos están relacionados (son dependientes) con una confiabilidad mayor al 95%.

B. DISCUSIÓN

El paro cardiorrespiratorio (PCR) actualmente representa un significativo inconveniente de salud pública mundial. Esta es una condición en la que la respiración y la circulación se interrumpen repentinamente, lo que resulta en una reducción del transporte de oxígeno y posiblemente la muerte. Sin soporte vital básico, el paciente entrará en coma por hipoxia cerebral 10 segundos después del inicio de un paro cardíaco, y después de 1 a 3 minutos, el paciente entrará en apnea central debido al daño en las neuronas del cerebro, corazón y centro respiratorio. Por otro lado, la obstrucción completa de las vías respiratorias puede causar asfixia, que luego puede evolucionar a apnea (parada de la respiración) y hacer que el corazón deje de latir debido a la falta de oxígeno en el tejido en 5 a 10 minutos (30).

En nuestro estudio, el predominio del sexo femenino en un 92.5%, el grado académico de licenciado en segunda especialidad en 100%, la condición laboral de contrato CAS 1057 en un 87.5% y la experiencia laboral de 1 a 5 años en un 52.5%, la totalidad de los enfermeros encuestados poseen un contrato temporal y no tienen una estabilidad laboral coincide con los resultados del estudio de Lizarme (32) en cuanto características de la población en estudio.

En cuanto al nivel de conocimiento en Reanimación Cardiopulmonar en nuestro estudio los enfermeros tienen el nivel de conocimiento deficiente en un 40.7%, y regular en 33.3%; coincide con los resultados de Lizarme (32), con el nivel de conocimiento RCP de los/as enfermeros/as es deficiente en un 40.7% y regular en un 33.3%; de igual manera para Arapa (34), en su estudio obtuvo un 82.5% posee un nivel de conocimiento deficiente, el 17.5% regular y ninguno conocimiento bueno; nuestros

resultados difieren para López (33) , en su estudio el nivel de conocimiento el 92. 3% un Nivel medio y el 7,7% un Nivel Bajo en los enfermeros, es por ello por lo que coincidimos con Kidd y Bellan (31) han manifestado que el entrenamiento teórico – versado es más eficaz que la alineación solo teórica.

La habilidad en nuestro estudio los enfermeros tienen un 70% de los enfermeros realizan la secuencia correcta de la RCP básica , en cuanto a la ejecución el 37.5% de enfermeros tienen una habilidad buena al realizar el RCP básica hallándose deficiencias en cuanto a la actitud del reanimador en la ubicación y distribución de las manos; además deficiencias en la colocación de la posición de seguridad; coincide con los resultados de Lizarme (32) el 59.3% de las enfermeras no efectúa la serie correcta de RCP básico, en cuanto a la ejecución el 51.9 muestra una habilidad regular.

En relación del conocimiento y habilidades en Reanimación Cardiopulmonar y habilidades en Reanimación Cardiopulmonar básico de los/las enfermeros/as, hallándose la significancia es menor que 0.05 aceptándose la hipótesis alternativa significando que los datos en nuestro estudio tienen una confiabilidad mayor al 95%.

El conocimiento en relación del paro cardio respiratorio es fundamental. Es por eso por lo que el enfermero debe tener un conocimiento claro y restablecido sobre el paro cardiorrespiratorio (PCR) para la iniciación de la RCP, debe conocer las diferentes definiciones básicas, sucesión de maniobra y los pasos que contienen la cadena de supervivencia y en que contextos críticos, para así poder proceder científicamente y con seguridad ante un RCP. Por lo cual el enfermero debe actualizarse según con los avances científicos, tecnológicos en relación del control de la RCP e

intentar la mejora de la calidad de vida del usuario (32).

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

PRIMERA

En la población de investigación se evidencio que la mayoría tiene entre 31 a 40 años (57.5%), predominando el sexo femenino (92.5%), teniendo el grado académico de licenciado en segunda especialidad (100%), la condición laboral que predomina es de tipo contrato CAS 1057 (87.5%) y la mayoría tiene la experiencia laboral de 1 a 5 años (52.5%). La mayoría no tiene capacitación en soporte vital básico (65%), y los que si se capacitaron fue hace de 2 a 5 años; en cuanto capacitación en ATLS lo tiene (30%), y los que si se capacitaron fue hace de 2 a 5 años; en cuanto capacitación en PHTLS L lo tiene (32.5%), y los que si se capacitaron fue hace de 2 a 5 años de los

enfermeros que laboran en el Hospital Público de Puno.

SEGUNDA

El nivel de conocimientos de los enfermeros que trabajan en el Hospital Público de Puno sobre reanimación cardiopulmonar básico es de nivel regular (35%), seguido de un nivel bueno (27.5%).

TERCERA

El nivel de habilidades en la ejecución y la secuencia de las maniobras de reanimación cardiopulmonar básico en enfermeros del Hospital Público de Puno, solo un 70% realiza una secuencia correcta, de los cuales un 37.5% tiene una buena habilidad en su ejecución.

CUARTA

De acuerdo con la prueba estadística Chi Cuadrado aplicada en la población de estudio manifiesta que existe relación significativa entre un buen nivel de conocimiento y una regular habilidad al realizar la secuencia correcta de las maniobras de la reanimación cardiopulmonar básica.

B. RECOMENDACIONES

1. Pasantías y cursos de RCP básico y avanzado convocando a expertos en Reanimación Cardiopulmonar certificados, usando una metodología activa tales como simuladores de RCP, trazando casos reales, ya que poseen mayor aceptación y entusiasmo por parte de las enfermeras.

2. Las evaluaciones periódicas por parte de la jefatura enfermería; para establecer el impacto real de los aprendizajes programados y no programados, que sean conducentes no solo en los conocimientos, sino que además contengan práctica y actitudes (demostraciones).
3. Las universidades deben programar cursos periódicos de Reanimación Cardiopulmonar como parte de la formación académica de la enfermera no solo desarrolla en las distintas especialidades, sino como una formación básica en el pregrado.
4. Ejecución de protocolos de atención en RCP básico, estandarizados por el MINSA y según al nivel de atención.

BIBLIOGRAFÍA

- CANALES, M. (2000) Metodología de la investigación. Santiago de Chile. Editorial Limusa.
- HERNANDEZ Y SAMPIERI. (2006) Metodología de la investigación. Cuarta edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. México
- MARINI, J. (2009) Medicina Crítica y Cuidados Intensivos. Editorial Journal. Argentina
- AMERICAN HEARTH ASSOCIATION. (2016) Soporte vital básico. Edición en español. Editorial Integracolor.
- SEMICYUC (2016) Guia de Soporte Vital Basico
- AMERICAN HEARTH ASSOCIATION. (2016) Recomendaciones RCP Y Soporte Vital AHA y ERC- 2015 a 2020

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial Salud. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES [Internet]; 2017 [citado 2020 Diciembre 16]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
2. Palacio B. “CONOCIMIENTOS SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN ENFERMEROS DE ÁREAS CRÍTICAS EN UN HOSPITAL DEL MINSA - PIURA, FEBRERO 2019”. [Internet]; 2017 [citado 2020 Diciembre 18]. Disponible en: <http://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/1760/MED-PAL-BAR-2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Sánchez A. Fernández J. 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 [Internet]; 2015 [citado 2020 Diciembre 16]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000300012
4. Ramos J. Muerte súbita y emergencias cardiovasculares: problemática actual Murcia [Internet]; 2017 [citado 2020 Diciembre 16]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342008000200014
5. Falcon A., Madeleine P. Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar del enfermero (a) de la segunda especialidad en enfermería UNMSM 2014. Internet]; 2015 [citado 2020 Diciembre 16]. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/4133>
6. Escriba C., Sulca W. CONOCIMIENTO Y HABILIDADES EN EL MANEJO DE RCP BÁSICO EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL CENTRO DE SALUD LICENCIADOS. AYACUCHO 2017. 2018

- [citado 2020 Diciembre 16]. Disponible en: http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/UNAC/3294/ESCRIBA%20CARMEN-SULCA%20WILBERT_TESIS_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. Arapa A. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA DEL ADULTO EN INTERNOS DE ENFERMERÍA, UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO – PUNO, 2017. [citado 2020 Diciembre 16]. Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/6329/Arapa_Quispe_Ana_Maria.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 8. Robert E. O'Connor -. Reanimación cardiopulmonar (RCP) en adultos.2019 [citado 2020 Diciembre 16]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/cuidados-cr%C3%ADticos/paro-card%C3%ADaco-y-rcp/reanimaci%C3%B3n-cardiopulmonar-rcp-en-adultos>
 9. Saenz Madrigal M. Paro Cardiaco en el Embarazo. Rev. Costarr. Cardiol. 2016, Volumen 15, N.º 2. Disponible en:<http://www.scielo.sa.cr/pdf/rcc/v15n2/art06v15n2.pdf>
 10. Vigo J. NORMA PERUANA DE RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA DEL ADULTO. 2018 [citado 2020 Diciembre 18]. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/NORMA%20CPR-PCR%202000.pdf>
 11. Lizarme E., Yucra M. “CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICO EN ENFERMERAS (OS) DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO. ESSALUD. AREQUIPA. 2019” [citado 2020 Diciembre 18]. Disponible en:<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/9777/SElifee%26yuhumy1.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
 12. Unidad de Estadística e Informática del Hospital Regional Manuel

- Núñez Butron. Boletín: [En línea].; 2013 [acceso 15 enero 2017]. Disponible en: <http://hospitalregional-mnbpuno.gob.pe/images/MORBIINTRAHANUAL.pdf>.
13. Mc Millan J.H. Teoría del conocimiento. Lima – Perú; 2008.
 14. Bunge. La ciencia, su método y su filosofía. Buenos Aires: Ediciones Siglo Veinte; 1997.
 15. Enfoque teórico de la investigación. [Online].; 2016 [cited 2017 Diciembre 16. Available from: <https://elcomunicativo.files.wordpress.com/2012/07/enfoque-tec3b3rico-de-la-investigac3b3n.pdf>.
 16. Andreu, R.S. La Gestión Integral del Conocimiento y del Aprendizaje; 2000.
 17. Martínez, RF. Los Conceptos de Conocimiento, Epistemología y Paradigma, como Base Diferencial en la Orientación Metodológica del Trabajo de Grado. [Online].; 2006 [cited 2017 Diciembre 16. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/10111>.
 18. Grajales, A. y Negri, N. Manual de introducción al pensamiento científico [Internet]. [Online].; 2017 [cited 2017 Diciembre 15. Available from: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/60315/Documento_completo___.pdf-PDFA.pdf?sequence=3..
 19. Nodal P.1 López J. y La Llera G. Paro cardiorrespiratorio (PCR). Etiología. Diagnóstico. Tratamiento. Rev Cubana Cir 2006; 45 (3-4) Ciudad de la Habana jul.-dic. 2006. Disponible en URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932006000300019
 20. Escobar J. Fisiopatología del Paro Cardiorrespiratorio. Fisiología de la reanimación cardiopulmonar. Rev Chil Anest, 2012; 41: 18-22. Disponible en URL: http://www.sachile.cl/upfiles/revistas/5168312d3c98e_fisiopatologia_escobar.pdf

21. Gazmuri RJ. Tendencias en resucitación cardiopulmonar. Med. Intensiva v.33 n.1 Madrid ene.-feb. 2009.
22. Gómez LM. Fisiología y preservación cerebral durante el paro cardíaco. Vulnerabilidad del cerebro a la anoxia-isquemia. IATREIA Vol 4 No. 3 Nov 1991.
23. Kern KB. Importancia de las compresiones torácicas continuas durante la reanimación cardiopulmonar: mejor resultado durante un escenario simulado de un solo reanimador lego. Circulación 2002; 105: 645-64
24. Kolarova J. Momento óptimo para la desfibrilación eléctrica después de una fibrilación ventricular prolongada no tratada. Crit Care Med 2003; 31: 2022-2028

25. GUZMAQN R, Y OTROS GUÍA DE REANIMACIÓN CARDIO PULMONAR BÁSICA ESSALUD. 2015. [citado 2020 Diciembre 20]. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/downloads/escuela_emergencia/GUIA_CARDIOPULMONAR.pdf
26. AHA. 2016 SOPORTE VITAL BASICO. [citado 2021 Enero 20]. Disponible en: https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines/files/highlights/hghlghts_2020eccguidelines_spanish.pdf
27. ZOLL Medical Corporation. 2020. [citado 2021 Enero 20]. Disponible en: <https://www.zoll.com/es/tecnolog%C3%ADa-m%C3%A9dica/rcp>
28. RODRIGUEZ, J. 2018. Ética y reanimación cardiopulmonar pediátrica [citado 2021 enero 20]. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-etica-reanimacion-cardiopulmonar-pediatria-articulo-13097359>
29. ROBERT E. O'CONNOR. 2018. Reanimación cardiopulmonar (RCP) en Adultos.2020. [citado 2021 febrero 20]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/cuidados-cr%C3%ADticos/paro-card%C3%ADaco-y-rcp/reanimaci%C3%B3n->

cardiopulmonar-rcp-en-adultos

30. CAYAO C. TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES. 2018. [citado 2021 Febrero 20]. Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/20.500.12423/1858/T_L_CayaoChungaCristina.pdf?sequence=1&isAllowed
31. Paro Cardiorespiratorio. Consideraciones Históricas y Terapéuticas. Rodríguez Sanchez, Luis Antonio. 2, Ecuador : Portales Médicos, 2014, Vol.
32. Lizarme E. y Yucra M. 2016. "Conocimientos y habilidades de reanimación cardiopulmonar básico en enfermeras (os) del servicio de emergencia del hospital nacional carlos alberto seguin escobedo. Essalud. Arequipa. 2019", disponible en; <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/unsa/9777/selifee%26yuhumy1.pdf?sequence=3&isallowed=y>
33. Lopez 2016. RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SOPORTE VITAL BÁSICO Y EL TIEMPO DE EXPERIENCIA PROFESIONAL, DE LOS ENFERMEROS DE LA SEGUNDA ESPECIALIDAD DE EMERGENCIAS Y DESASTRES DE LA UNT", disponible en; <https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/14242/2E%20287.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
34. Arapa 2017." NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA DEL ADULTO EN ENFERMERÍA, UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO –PUNO, 2017" , disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/6329/Arapa_Qui spe_Ana_Maria.pdf?sequence=1&isAllowed=y
35. Palacios M. 2019 "CONOCIMIENTOS SOBRE REANIMACIÓN

CARDIOPULMONAR EN ENFERMEROS DE ÁREAS CRÍTICAS EN UN HOSPITAL DEL MINSA - PIURA, FEBRERO 2019” disponible en : <https://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/1760/MED-PAL-BAR-2019.pdf?Sequence=1&isallowed=y>

ANEXOS

ANEXO N° 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN
FACULTAD DE ENFERMERÍA



CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICO EN ENFERMEROS DEL HOSPITAL PUBLICO, PUNO-2021

La presente investigación consiste en el llenado de un cuestionario, con una duración de 5 a 10 minutos. Para llevar a cabo este estudio necesitamos de su participación, sus respuestas a los cuestionarios serán codificadas y por lo tanto, serán anónimas., la información recolectada no se usará para ningún otro propósito fuera de los de este estudio. Así mismo, sí tiene alguna duda, puede hacer preguntas en cualquier momento y puede retirarse en cualquier momento. Su participación en este estudio es estrictamente voluntaria.

Ante lo expuesto anteriormente, acepto participar en el estudio: **“CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICO EN ENFERMEROS DEL HOSPITAL PUBLICO, PUNO-2021”**, luego de haber recibido toda la información necesaria, se me ha explicado la naturaleza y el objetivo del estudio, así como la importancia que tiene mi participación en el mismo, la cual será totalmente anónima y puedo retirarme de la investigación si así lo deseo. La información que brinde será mantenida mediante estricta confidencialidad, por lo que accedo a participar voluntariamente en el estudio, brindando información con total veracidad.

Arequipa,.....de..... del 2021.

Participante

Investigadora

ANEXO N° 2: FICHA INDIVIDUAL



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN DE AREQUIPA
FACULTAD DE ENFERMERIA
SEGUNDA ESPECIALIDAD



INSTRUCCIONES: Este cuestionario consta de 2 partes, la primera valora los datos generales del enfermero(a), y la segunda parte sus conocimientos en RCP. El tiempo aproximado para resolverlo es de 5 a 10 minutos.

I. DATOS GENERALES

1. EDAD:

- 20- 30 Años ()
- 31 - 40 años ()
- 41 - 60 años ()
- Más de 60 años ()

2. SEXO

- Hombre ()
- Mujer ()

3. GRADO ACADEMICO

- Solo Enfermera(o) ()
- Magister ()
- Doctorado ()

4. ESPECIALIDAD

- Emergencia ()
- Unidad de Cuidados Intensivos ()
- Centro Quirurgico()
- Otra () Especifique

5. CONDICION LABORAL

- Nombrado ()

- Contratado 1057 ()

- Contratado 728 ()

- Por terceros ()

6. EXPERIENCIA LABORAL EN EL AREA DE EMERGENCIA

- Más de seis meses ()
- Menos de 1 año ()
- De 1 a 5 años ()
- De 6 a 10 años ()
- Más de 10 años ()

7. RECIBIO CAPACITACION EN SOPORTE VITAL BASICO

SI () NO ()

7.1. ¿HACE CUANTO?

- Hace menos de 2 años ()
- De 2 a 5 años ()
- Hace más de 5 años ()

8. ¿RECIBIO CAPACITACIÓN EN ATLS?

SI () NO ()

8.1.¿HACE CUANTO?

- Hace menos de 2 años ()
- De 2 a 5 años ()
- Hace más de 5 años ()

**9. RECIBIO
CAPACITACION EN
PHTLS?**

SI () NO ()

9.1 HACE CUANTO?

- Hace menos de 2 años ()
- De 2 a 5 años ()
- Hace más de 5 años

ANEXO N° 3: INSTRUMENTO 1



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN DE AREQUIPA
FACULTAD DE ENFERMERIA
SEGUNDA ESPECIALIDAD



**CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE REANIMACION
CARDIOPULMONAR**

A continuación, se presentarán una serie de preguntas con respuestas múltiples. Encierre en un círculo (O) equis (x), la letra que considere ser la respuesta correcta:

1. Es considerado un paro cardiorespiratorio cuando hay:

- a. Interrupción brusca, inesperada de la actividad del corazón y de la respiración.
- b. Pérdida de la conciencia y disminución de la respiración.
- c. Ausencia del pulso a nivel distal.
- d. Piel pálida, sudoración fría, dolor precordial.

2. La reanimación cardiopulmonar básica se define como:

- a. Un conjunto de acciones para establecer la función respiratoria
- b. Un conjunto de acciones para restaurar las funciones cardíacas y respiratorias, evitando el daño cerebral.
- c. Brindar desfibrilación temprana para despolarizar el miocardio
- d. La aplicación de compresiones para hacer bombear el corazón.

3. Ante la presencia de una persona en paro cardiorrespiratorio, usted debe aplicar la maniobra de RCP, por lo tanto, la secuencia de las acciones según la Asociación Americana del Corazón (AHA por sus siglas en inglés) es:

- a. Apertura de la vía aérea, compresiones y ventilación
- b. Ventilación, apertura de la vía aérea y compresiones
- c. Toma del pulso, ventilación y compresiones
- d. Compresiones, apertura de la vía aérea y ventilaciones

4. La cadena de supervivencia intrahospitalario incluye:

- a. Reconocimiento y activación del sistema de emergencia, llegada del servicio de emergencia y soporte vital avanzado y cuidados post paro

b. Reconocimiento y activación del sistema de emergencia, desfibrilación rápida, RCP de calidad, llegada del servicio de emergencia y soporte vital avanzado y cuidados post paro

c. Vigilancia y prevención, reconocimiento y activación del sistema de emergencia, RCP de calidad, desfibrilación rápida, soporte vital avanzado y cuidados post paro

d. RCP de calidad, activación del sistema de emergencias, llegada del servicio de emergencia y soporte vital avanzado y cuidados post paro

5. La activación del sistema de respuesta de emergencias es de suma importancia porque:

a. Da la alerta de un paro cardiorespiratorio

b. Permite el despliegue a tiempo de un desfibrilador externo automático

c. Permite informar sobre lo sucedido

d. Da a conocer el estado de la víctima y permite anticipar el tratamiento que requiere.

6. La frecuencia de compresiones según la Guía de la AHA 2015 es:

a. Al menos 100 cpm

b. De 80 a 100 cpm

c. 100 cpm

d. De 100 a 120 cpm

7. La profundidad de una compresión torácica en un adulto debe de ser:

a. Al menos 5cm pero menor de 6cm

b. Solo 5 cm

c. Superior de 6 cm

d. Al menos 4cm per menor de 5 cm

8. El masaje cardiaco se aplica en:

a. El hemitorax izquierdo

b. En el hueso esternón a nivel de la apófisis xifoides

c. En el hueso esternón entre las dos tetillas

d. En el mango del hueso esternón

9. La relación de compresiones torácicas y ventilaciones en un adulto cuando hay un reanimador es de

- a. 20/3
- b. 30/2
- c. 25/2
- d. 10/2

10. Según la AHA 2015, la RCP de alta calidad se caracteriza por:

- a. Aplicar las compresiones lo más rápido posible y las ventilaciones en una relación de 30:2
- b. Compresiones torácicas adecuadas, interrupciones no más de 20 segundos, y evitando las ventilaciones excesivas
- c. Compresiones torácicas adecuadas, permitiendo la descompresión torácica, reduciendo al mínimo las interrupciones y evitando ventilaciones excesivas.
- d. Compresiones torácicas de frecuencia y profundidad adecuada y permitiendo la descompresión del tórax

11. La principal causa de obstrucción de la vía aérea en un paro cardiorespiratorio es por:

- a. Presencia de prótesis
- b. Aumento de secreciones.
- c. Presencia de un alimento
- d. Caída de la lengua

12. La técnica usada para la permeabilización de la vía aérea en una víctima que ha sufrido traumatismo cervical es:

- a. Maniobra frente – mentón
- b. Maniobra de tracción mandibular
- c. Hiperextensión del cuello
- d. Lateralización de la cabeza

13. Cuando la víctima de paro cardíaco tiene la vía aérea obstruida y no presenta lesión cervical, se aplica:

- a. Maniobra de tracción mandibular
- b. Colocación de tubo orofaríngeo
- c. Maniobra frente – mentón

d. Intentar retirar cuerpos extraños con los dedos

14. El tiempo de duración de cada ventilación es de:

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

15. Como se coloca los parches del DEA:

- a. Un parche por debajo de la clavícula derecha y el otro parche junto al pezón izquierdo
- b. Un parche en el lado izquierdo del torax,y el otro parche al lado izquierdo de la espalda cerca de la columna.
- c. Un parche a cada Hemitorax por debajo de las dos clavículas
- d. a y b

16. En el RCP básico, la técnica para aplicar las ventilaciones es:

- a. Se sella la nariz y se da 2 respiraciones por la boca hasta que se eleve el tórax
- b. Se realiza la maniobra frente-mentón, se sella la nariz, se ventila por la boca hasta que se eleve el tórax
- c. Solo se da ventilaciones por la boca
- d. Se coloca la máscara de oxígeno en posición semifowler

17. Los casos en los que se debe desfibrilar a un paciente en paro cardiorespiratorio es:

- a. En asistolia y taquicardia ventricular
- b. Actividad eléctrica sin pulso
- c. Taquicardia ventricular sin pulso y fibrilación ventricular
- d. Taquicardia auricular y bloqueo AV.

18. Si se cuenta con un desfibrilador externo automático de descarga monofásica y se observa que la persona esta con fibrilación ventricular, la dosis de descarga a aplicar es de:

- a. 150 joules
- b. 200 joules

- c. 250 joules
- d. La máxima descarga

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

- a. Sostener los hombros en caso de convulsiones
- b. No tocar a la víctima
- c. Continuar las compresiones mientras se da la descarga
- d. Evaluar el pulso y las respiraciones mientras se da la descarga.

20. ¿Cuál es el tercer eslabón de la cadena de supervivencia extrahospitalaria en adultos?:

- a. Soporte vital avanzado
- b. RCP de alta calidad
- c. Prevención del paro
- d. Desfibrilación rápida

GRACIAS POR SU COLABORACION

ANEXO N° 4: INSTRUMENTO 2



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN DE AREQUIPA
FACULTAD DE ENFERMERIA
SEGUNDA ESPECIALIDAD



**LISTA DE CHEQUEO HABILIDADES DE ENFERMERIA EN LA RESUCITACION
CARDIOPULMONAR EXAMEN PRÁCTICO EN MANIQUI DE RCP (Adaptado de
la American Heart Association 2015)**

Observador: Marque si la secuencia es correcta en los recuadros Observador: Marque si la ejecución es correcta	Observador: Marque si la secuencia es correcta en los recuadros Observador: Marque si la ejecución es correcta
A. Confirmar la seguridad de la escena	1. La enfermera (o) valora la seguridad de la escena (*La víctima se encuentra inconsciente en el suelo de cubito lateral).
B. Determinación de la falta de respuesta C. Activación del SEM	2. Toma a la víctima en el hombro u hombros 3. Exclama y pregunta ¿esta Ud. bien? 4. Si la víctima no responde pedir ayuda y activar el SEM, en este ítem la persona puede llamar por teléfono al sistema de emergencias local o encargar a alguien que lo haga, indicando la necesidad de un DEA
D. Apertura de la vía aérea	5. Colocar al paciente tumbado sobre la espalda cuidando la posición de la columna cervical. 6. Permeabiliza la vía aérea con las maniobras frente mentón o tracción mandibular si sospecha de TCM 7. Evalúa la presencia de cuerpo extraño o lengua en retroversión. (*No hay cuerpo

	extraño)
E. Verifica la ausencia de respiración y pulso	<p>8. Observa, escucha y siente la respiración</p> <p>9. Determina si la persona no respira o solo jadea</p> <p>10. Palpa el pulso carotideo en el costado más próximo (*La victima no respira no tiene pulso)</p>
F. Inicia RCP de alta calidad	<p>11. Postura del reanimador adecuada</p>  <p>12. Empieza por las compresiones 30 compresiones/2 ventilaciones.</p> <p>13. Comprime con una frecuencia de 100 – 120 cpm.</p> <p>14. Comprime el torax 5 cm como minimo</p> <p>12. Permite que el torax se expanda completamente después de cada compresión.</p> <p>15. Apertura la via aérea y administra ventilación.</p> <p>16. Se fija que se produzca elevación torácica visible con cada ventilación.</p>
G. Administra la Desfibrilación (Simulación)	<p>*Llega el desfibrilador Automatico Externo DEA</p> <p>17. Descubre el tórax</p> <p>18. Enciende el DEA</p> <p>19. Coloca los parches adecuadamente</p>

	20. Evalúa el ritmo 21. El operador ordena alejarse de la víctima 22. Realiza la descarga 23. Evalúa el ritmo
H. Comprobación del retorno del pulso y la respiración	24. Palpación del pulso carotideo 25. Evalúa la respiración
I. Cuidados pos paro	26. Coloca a la víctima en posición de seguridad

Fuente: LIZARME Y YUCRA (2019)

EVALUACION FINAL:

SECUENCIA CORRECTA (ítems A,B,C,D,E,F,G,H,I)

- SI
- NO

EJECUCION CORRECTA (ítems 1 al 26)

Cada ítem realizado correctamente tiene el valor de 1 punto.

Puntaje bruto:

- Habilidad Muy buena: 21 a 26 puntos
- Habilidad Buena: 14 a 20 puntos.
- Habilidad Regular: 7 a 13 puntos

Habilidad Deficiente: 0 a 6 puntos