



UNIVERSIDAD JOSE CARLOS MARIATEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACION

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACION
CARDIOPULMONAR BASICO EN EL PERSONAL DE
ENFERMERIA DEL HOSPITAL ILO MINSA II 1 - 2018**

PRESENTADA POR:

BACH. LARIZHA DEL CARMEN GUEVARA TEJADA

ASESORA:

MGR. JULIA ISABEL CORNEJO BARAYBAR

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA

MOQUEGUA – PERÚ

2020

ÍNDICE DE CONTENIDO

| | |
|--|-----------|
| PAGINA DE JURADO..... | I |
| DEDICATORIA | |
| AGRADECIMIENTO | |
| RESUMEN | 1 |
| ABSTRAC..... | 2 |
| INTRODUCCIÓN | 3 |
| I. CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION | 1 |
| 1.1 DEFINICION DEL PROBLEMA..... | 1 |
| 1.2 OBJETIVO DE LA INVESTIGACION..... | 1 |
| 1.3 CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES. | 8 |
| II. CAPITULO II: EL MARCO TEORICO | 4 |
| 2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN | 4 |
| 2.2 BASE TEORICA..... | 5 |
| 2.3 MARCO CONCEPTUAL..... | 23 |
| III. CAPITULO III: METODO..... | 25 |
| 3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN | 25 |
| 3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN..... | 25 |
| 3.3 POBLACION Y MUESTRA..... | 25 |
| 3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 26 |
| 3.5 TECNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS | 29 |
| IV. CAPITULO IV: PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS..... | 31 |
| 4.1 PRESENTACION DE RESULTADOS | 31 |
| 4.2 DISCUSION DE RESULTADOS | 42 |
| CONCLUSIONES. | 49 |
| RECOMENDACIONES..... | 50 |
| BIBLIOGRAFIA | 50 |

ANEXO 54

INDICE DE TABLAS

| | | |
|---------------------|--|----|
| TABLA Nª 01: | NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BASICO POR DIMENSIONES EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL ILO - 2018 | 37 |
| TABLA Nª 02: | NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BASICO EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA HOSPITAL ILO 2018. | 39 |
| TABLA Nª 03: | NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BASICO SEGÚN EDAD AGRUPADA EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA HOSPITAL ILO 2018. | 41 |
| TABLA Nª 04: | NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BASICO SEGUN TIEMPO DE EXPERIENCIA LABORAL DEL PERSONAL DE ENFERMERIA HOSPITAL ILO 2018. | 43 |
| TABLA Nª 05: | NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BASICO SEGUN CAPACITACION SOBRE RCP EN LOS ULTIMOS 3 AÑOS EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA HOSPITAL ILO 2018. | 45 |

INDICE DE GRAFICOS

| | | |
|----------------------|--|----|
| GRAFICO Nº 02 | NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BASICO EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA HOSPITAL ILO 2018. | 40 |
| GRAFICO Nº 03 | NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BASICO SEGÚN EDAD AGRUPADA EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA HOSPITAL ILO 2018. | 42 |
| GRAFICO Nº 04 | NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BASICO SEGUN TIEMPO DE EXPERIENCIA LABORAL DEL PERSONAL DE ENFERMERIA HOSPITAL ILO 2018. | 44 |
| GRAFICO Nº 05 | NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BASICO SEGUN CAPACITACION SOBRE RCP EN LOS ULTIMOS 3 AÑOS EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA HOSPITAL ILO 2018. | 46 |

RESUMEN

El paro cardiorrespiratorio (PCR) representa una patología de emergencia y la falta de conocimiento en las prácticas de reanimación cardiopulmonar básica (RCP) conlleva a un final fatal para los seres humanos que lo presentan, ya que cursa con la detención repentina de la función del órgano cardiaco y la actividad respiratoria espontánea, disponiendo un periodo corto de tiempo para poder ejecutar la intervención oportuna con la reanimación cardiopulmonar básica (RCP).

Esta investigación tuvo como propósito evaluar el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico en el personal de enfermería del Hospital Ilo MINSA II-1.

Fue un estudio no experimental, descriptivo, de tipo prospectivo y de corte transversal. Al momento para recolectar los datos se empleó como técnica de estudio una encuesta que consta de 19 preguntas, determinando su confiabilidad a través de un juicio de expertos para obtener la validación de dicho instrumento mediante la prueba estadística Kuder Richardson R con un valor de 0.74

Se evidenció que el mayor porcentaje se encuentra en el nivel de conocimiento bajo con 65.12%, luego de 23.26% con un nivel de conocimiento medio y en un conocimiento alto con 11.63%.

Concluyendo que 28 enfermeras del total de la población obtuvieron un nivel de conocimiento bajo con 65.12%. En cuanto a las dimensiones señaladas, en el nivel de reconocimiento y activación del protocolo de respuesta a la emergencia con un 81.40% y en desfibrilación 51.16% tienen un conocimiento medio, mientras que en las dimensiones de aplicación de compresiones torácicas con 65.12%, manejo de vía aérea con 48.84% y ventilación con 53.49% tienen un conocimiento bajo.

Palabras clave: Nivel de conocimiento, reanimación cardiopulmonar, personal de enfermería.

ABSTRAC

Cardiorespiratory arrest (CRP) is one of the major medical emergencies and ignorance of basic cardiopulmonary resuscitation (CPR) maneuvers is a fatal outcome for people who present it, since it involves a sudden interruption of the mechanical activity of the heart and of spontaneous breathing and that only 3 to 5 minutes are available to perform a first intervention with basic cardiopulmonary resuscitation technique (CPR).

The purpose of this research study was to evaluate the level of knowledge about basic cardiopulmonary resuscitation in the nursing staff of the Ilo MINSA Hospital.

It was a non-experimental, prospective, descriptive cross-sectional study. Later, during the data collection, a survey consisting of 19 questions was used as a study technique, determining its reliability through expert judgment for the validation of the instrument through the Kuder Richardson R statistical test with a value of 0.74

It was evidenced that the highest percentage is in the low level of knowledge with 65.12%, followed by 23.26% with a medium level of knowledge and high knowledge with 11.63%.

Concluding that 28 nurses of the total population obtained a low level of knowledge with 65.12%. Regarding the dimensions in the level of recognition and activation of the emergency response system with 81.40% and in defibrillation 51.16% have a medium knowledge, while in the application dimensions of thoracic compressions with 65.12%, airway management with 48.84% and ventilation with 53.49% they have low knowledge.

Keywords: Level of knowledge, cardiopulmonary resuscitation, nursing staff.

INTRODUCCIÓN

El paro cardíaco, está dentro de las principales emergencias de salud y posee un alto porcentaje de morbilidad, ya sea en las salas de urgencias o en salas hospitalarias. Se han planeado diversas investigaciones con el fin de valorar tanto el comportamiento del paro cardiorespiratorio como la distribución del personal sanitario para hacer frente con diferentes resultados (1).

El PCR, es la máxima urgencia vital y la ignorancia de las maniobras de resucitación por el personal asistencial comprometido de su cuidado presume un final inevitable para los pacientes que lo manifiestan (2).

Esta enfermedad alrededor del mundo reporta 135 millones de decesos por factores cardiovasculares y seguirá incrementándose. Los datos de la OMS muestran que entre los años 2013 a 2014, 36 millones de seres humanos murieron en todo el planeta por paros cardiorrespiratorios y el mayor porcentaje de muertes súbitas se aconteció en los nosocomios (3).

El suceso del arresto cardíaco extramural comprende entre los 20 y 140 de cada 100 000 personas y el índice de supervivencia presenta porcentajes del 2% y 11%. La mayor parte de los supervivientes quedan con secuelas a nivel cerebral y en ocasiones estas víctimas no llegan con vida a los nosocomios. Los paros cardíacos intrahospitalarios presentan resultados mínimamente más óptimos que los acontecidos fuera del hospital, con recuperación de la circulación en un 44% de los pacientes y un índice de supervivencia de 17% (4).

En Norteamérica, medio millón de niños y personas adultas acontecen un paro cardiorrespiratorio, de estos casos solo sobrevive el 15%. Este porcentaje significa un gran problema sanitario en general, superando al cáncer, accidentes de tránsito, VIH, entre otros (5).

En Cuba (2010), notaron que los saberes principales de los profesionales asistenciales, relacionados a las maniobras de RCP, el 50% denotó un

conocimiento insuficiente y en cuanto a cantidad de masaje cardiaco e insuflaciones realizadas en RCP, solo el 47.1% logro responder adecuadamente (6).

En el Perú (2010), las patologías de origen cardiaco y cerebrovascular, de acuerdo a las estadísticas realizadas por la OMS, son patologías de la sanidad de la comunidad mundial y se estima que al año 2020, las enfermedades coronarias sean una de las primeras causas de fallecimiento (7).

En el ámbito extra hospitalario, sólo entre el 5% y 12% de los niños que presentan un PCR sobreviven hasta el alta. Sin embargo, la Asociación Americana del Corazón (AHA) aconseja que la enfermedad y la posibilidad de supervivencia del paro cardiaco extramural podría disminuir de manera representativa si un porcentaje de la población civil pudiese realizar maniobras de RCP (8).

Los más propensos a sufrir un paro cardiaco son las personas de sexo masculino, promediándolos 60 años de edad y las mujeres a los 70 años. De igual manera las personas con un porcentaje de sobrepeso elevado son propensas a sufrir estas patologías. De acuerdo a los estudios realizados, menos de la mitad de personas que sufren un paro cardiaco no logran llegar a un centro de salud (9).

Para prevenir este desenlace se hace excesivamente indispensable una participación oportuna y eficiente, debido a que se cuenta con un tiempo limitado para poder llevar a cabo la reanimación cardiopulmonar básica. Este tiempo puede prolongarse más si se cuenta con un soporte vital avanzado, el cual es realizado con apoyo de otros elementos (10).

Las maniobras de RCP son medidas que logran rescatar vidas y son parte básica del proceso de reanimación cuando acontece un paro cardiaco. La supervivencia de este acontecimiento va a depender de la identificación temprana y el actuar inmediato de los mecanismos de respuesta a este, de igual manera las maniobras deben ser realizadas correctamente (11).

A medida que pase el tiempo, las posibilidades de supervivencia de la persona se van reduciendo, por lo cual es importante asegurar y velar por la víctima afectada (12).

Es relevante que todo el personal asistencial posea conocimientos en RCP básico. Debido a esto el personal de enfermería, licenciadas y técnicas, tienen el deber de adquirir conocimientos y destrezas en la realización del masaje cardiaco, en especial el personal que labora en los establecimientos del primer nivel (13).

El cuerpo de enfermería demanda una actitud adecuada, contar con seguridad y autorregulación que brinda el conocimiento adquirido, habilidad, destreza y bases éticas. Todos estos elementos aportan a una coordinación efectiva que servirá para poder brindar una atención adecuada a los pacientes (14).

Son estas circunstancias las que determinaron este trabajo de investigación titulado: Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico en el personal de enfermería del hospital Ilo Minsa II-1 – 2018.

Es conveniente realizar la presente investigación por que permitirá determinar el nivel de conocimiento en las licenciadas de enfermería acerca del RCP básico y adoptar medidas de capacitación, potenciar el nivel de saberes o reforzarlo de acuerdo a los resultados encontrados.

El conocimiento adecuado sobre la reanimación cardiopulmonar permite salvar vidas frente a una emergencia intra o extra hospitalaria por lo que es importante un conocimiento adecuado en la formación profesional de la enfermera.

El valor teórico incluye el nuevo conocimiento que se va a producir producto de la investigación el cual permitirá aplicar medidas preventivas y correctivas.

La relevancia social implica el beneficio de los objetivos logrados ya que se determinará el nivel de saberes acerca la reanimación cardiopulmonar y establecer planes de mejora en base a los resultados.

El instrumento fue aplicado en estudios anteriores, el primero para la región Lima en el año 2015 el cual forma una base, en la que se podrá ser reevaluado después de la ejecución de los proyectos de mejora para valorar el incremento del conocimiento.

La viabilidad de la investigación está basada en la disponibilidad de las unidades de estudio, tiempo, recursos, presupuesto, acceso a la literatura especializada, conocimiento del diseño metodológico y la previsión de las consideraciones éticas.

Existe el suficiente interés personal por el quehacer científico y la determinación del conocimiento sobre las maniobras de resucitación ya que es un área poco evaluada y que genera gran expectativa en la comunidad sobre el personal de enfermería quien debe de tener la destreza adecuada para aplicar medidas de reanimación y poder tener una participación efectiva en la continuidad de la vida.

La presente investigación calificará totalmente por ser un tema original, único en su área que llenará un vacío cognitivo en relación a la determinación del nivel de conocimiento sobre el RCP.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 DEFINICION DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico en el personal de enfermería del Hospital Ilo MINSA II-1 – 2018?

1.2 OBJETIVO DE LA INVESTIGACION

Objetivo general

Identificar el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico en el personal de enfermería del Hospital Ilo MINSA II-1– 2018.

Objetivos específicos

- Determinar el nivel de reconocimiento y activación del sistema de respuesta sobre reanimación cardiopulmonar en el personal de enfermería del Hospital Ilo MINSA II-1 – 2018.
- Identificar el nivel de conocimiento en la aplicación de compresiones torácicas sobre reanimación cardiopulmonar en el personal de enfermería del Hospital Ilo MINSA II-1 – 2018.
- Establecer el nivel de conocimiento del manejo de la vía aérea sobre reanimación cardiopulmonar básica en el personal de enfermería del Hospital Ilo MINSA II-1 – 2018

- Identificar el conocimiento en ventilaciones sobre reanimación cardiopulmonar en el personal de enfermería del Hospital Ilo MINSA II-1 – 2018.
- Evaluar el nivel de conocimiento de desfibrilación temprana sobre reanimación cardiopulmonar básico en el personal de enfermería del Hospital Ilo MINSA II-1 – 2018.

1.3 CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLE | DIMENSIÓN | INDICADOR | SUB INDICADORES | VALOR FINAL | ESCALA |
|--|--|--|---|---|---------|
| CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACION CARDIOPULMONAR | RECONOCIMIENTO Y ACTIVACION AL SISTEMA DE RESPUESTA A EMERGENCIA | Cadena de supervivencia | ALTO (> 4 pts) MEDIO (3 pts) BAJO (<2 pt) | ALTO (11-19 pts) MEDIO (10-7 pts) BAJO (6-0 pt) | ORDINAL |
| | | Causas de paro cardiaco | | | |
| | | Llamada de emergencia | | | |
| | | Secuencia de RCP | | | |
| | APLICACIÓN DE COMPRESIONES TORAXICAS | Lugar de aplicación | ALTO (> 4 pts) MEDIO (3 pts) BAJO (<2 pt) | | |
| | | Frecuencia | | | |
| | | Profundidad | | | |
| | | Técnica | | | |
| | MANEJO DE LA VIA AEREA | Técnicas para permeabilizar la vía aérea | ALTO (> 3 pts) MEDIO (2 pts) BAJO (1 pt) | | |
| | VENTILACION | Frecuencia | ALTO (> 3 pts) MEDIO (2 pts) BAJO (1 pt) | | |
| | | Tiempo | | | |
| | | Técnica | | | |
| | DESFIBRILACION | Frecuencia | ALTO (> 3 pts) MEDIO (2 pts) BAJO (1 pt) | | |
| | | Dosis de descarga | | | |
| | | Técnica | | | |

| VARIABLE | INDICADOR | UNIDAD DE MEDIDA | ESCALA |
|--|--|---|---------------|
| CARACTERIZACION DE LA POBLACION | SEXO | Femenino Masculino | Nominal |
| | EDAD | 20 – 30 años 31 – 40 años 41 – 50 años 51 – 60 años 61 años a más | Ordinal |
| | TIEMPO DE EXPERIENCIA LABORAL | 1 – 5 años 5 – 10 años 10 – 15 años 20 años a más | Ordinal |
| | CAPACITACION SOBRE REANIMACION CARDIO PULMONAR | SI NO | Nominal |

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Díaz P. desarrolló un estudio: "Reanimación Cardiopulmonar básica en personal de Enfermería" en Guatemala en el año 2014, determina que el nivel de conocimiento adquirido sobre saberes teóricos del RCP en adultos fue subóptimo, debido a que el 95% de enfermeras evaluadas obtuvo un puntaje promedio de 79 puntos. En la fase de intervención de RCP, el 84% de enfermeros obtuvo un nivel óptimo con más de 80 puntos (15).

Cueto M., realizó un estudio de investigación titulada: "Conocimiento del personal de enfermería de un hospital materno – infantil sobre técnicas de reanimación cardiopulmonar, España - 2013", concluyó que los saberes de RCP en el personal de enfermería poseen un nivel insatisfactorio, ya que el 71.6% obtuvo un puntaje de 5 a menos puntos (16).

Olivetto A. y Muglia I. realizaron un estudio de investigación titulada: "Conocimiento teórico de enfermería sobre la parada cardiorrespiratoria y resucitación cardiopulmonar en unidades no hospitalarias de atención de urgencia y emergencia", Brasil 2011, determinaron que los participantes poseían conocimientos insuficientes en varios aspectos de la reanimación cardiopulmonar (>60%); manifestaron no conocer las maniobras realizadas al momento del suceso (> 70%) y los parámetros establecidos de la

secuencia en un paro cardíaco (> 80%) e identificaron adecuadamente los fármacos empleados (100%) (17).

Romualdo G., realizó un trabajo de investigación titulado: Conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar que posee el personal asistencial del Policlínico Fiori – EsSalud. SMP – Lima. 2015, el cual concluyó que, en relación a los saberes de RCP básico, el 60% denota que posee conocimiento sobre este, por el contrario el 40% manifiesta no tener conocimientos, sobre conocimientos del paro respiratorio, el 78% del personal manifiesta conocer y el 22% manifiesta poseer poco o nulo conocimiento (18).

Osorio Y., realizó un trabajo de investigación titulado: Conocimientos sobre reanimación en las enfermeras del servicio de emergencia: Hospital Nacional Sergio Bernales, Lima - 2013, determinó que, de acuerdo a los saberes sobre RCP en el personal sanitario correspondiente al servicio de emergencia, el 63% poseen conocimientos y el 27% manifiesta no tener (19).

En nuestra región no se encontraron trabajos de investigación relacionados a los conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar básica.

2.2 BASE TEORICA

2.2.1 PARO CARDIORESPIRATORIO (PCR)

Se define como un suceso clínico que evoca a la detención imprevista, abrupta y que puede revertirse el movimiento eléctrico y mecánico del corazón, así como la inhalación y exhalación de aire (20).

CAUSAS DEL PARO CARDIACO

- Cardiovasculares: Infarto de miocardio agudo, arritmias, fibrilación ventricular, embolia pulmonar, taponamiento cardíaco, entre otros.
- Respiratorias: bloqueo de las vías respiratorias, aspiración, asfixia o ahogamiento, neumotórax.

- Metabólicas: incremento o disminución del potasio en el cuerpo.
- Traumatismo: a nivel de la cabeza, tórax, heridas o traumatismos en grandes vasos, hipovolemia.
- Shock
- Hipotermia
- Iatrogénicas: sobredosis de medicamentos anestésicos (20).

DIAGNOSTICO

Para determinar un arresto cardiorrespiratorio es principalmente clínico y los sucesos se expresan como:

- Disminución abrupta del estado de consciencia.
- Carencia de pulsos centrales.
- Coloración azulada en las partes distales del cuerpo.
- Dificultad en la respiración o ausencia de esta.
- Pupilas dilatadas (21).

DIAGNOSTICO ELECTRICO

Existen 3 tipos de PCR:

1. Fibrilación Ventricular

La regularidad del electrocardiograma al momento inicial tiene más frecuencia en víctimas que acontecen un paro cardíaco debido a alguna patología cardíaca. La fibrilación ventricular se convierte en asistolia, a los cinco minutos de progreso careciendo de una atención solo el 50% de los pacientes se puede confirmar su asistencia.

Es preciso poder realizar una desfibrilación lo antes posible, debido a que se ha comprobado una tasa de supervivencias inmediatas de hasta un 89%, descendiendo un 5% por cada minuto transcurrido (22).

2. Asistolia

Conforma la secuencia primaria o encargado de mostrarse en una circunstancia de RCP del 25% de incidencia en el entorno nosocomial y el 5% en un ambiente fuera de este.

Sin embargo, se detecta con mayor incidencia por significar el desarrollo de la fibrilación ventricular que no cuentan con tratamiento. Su reacción a la terapia es más deficiente que la de fibrilación ventricular, cuando es debida a alguna patología de origen cardiaca, mostrando una sobrevivencia inferior a un 5%. Los promedios de sobrevivencia pueden ser más óptimos cuando existe una relación a asfixia, bradicardia severa, intoxicación por medicamentos, hipotermia o cuando es debida a una patología transitoria después de la desfibrilación (22).

3. Actividad eléctrica sin pulso

Quiere decir el movimiento eléctrico del corazón se encuentra presente sin convertirlo en un movimiento mecánico (falta del pulso de origen arterial).

Es la falta de flujo coronario en las curvas realizadas en el electrocardiograma, únicamente se puede encontrar en forma temporal. Frente a la existencia de la disociación electromecánica puede dar inicio a un panorama que presente un pronóstico negativo (sobrevivencia >5% frente a la presencia de la patología coronaria), a excepción de los pacientes con trastorno transitorio tras la desfibrilación F o secundaria a otra patología la misma que puede ser rápidamente corregida (22).

2.2.2 REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP)

Se refiere a un grupo de acciones con un orden secuencial de maniobras de reanimación, con el fin de reparar la circulación para producir un flujo sanguíneo vital y que este permita la contribución de la fuente de energía y el oxígeno hacia los órganos principales como el corazón y cerebro.

Esto quiere decir que el RCP es primordial en los instantes de acontecido el paro cardíaco ya que de no brindarse la atención requerida en el momento o el paciente no responde a esta atención en este periodo de tiempo se traduce a una muerte clínica, se le define como el paro brusco de la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria espontánea sin lesiones o daños en las células presentes en el cerebro; una vez transcurrido este tiempo hasta los 10 minutos, si aún persiste la respuesta negativa de respuesta del paciente, se notifica como muerte biológica en la cual ya hay daño en todos los órganos, de manera irreversible (23).

CAUSAS

- Dentro de las cardiopatías coronarias como: patologías cardíacas o coronarias (dolor de pecho o infarto agudo de miocardio), aceleración de la frecuencia cardíaca, etc.
- TEC moderado a severo.
- Deshidrataciones severas (como diarreas agudas)
- Hemorragias graves: pueden ser interiormente, como una lesión a un órgano o la ruptura de algún vaso sanguíneo importante, o externas como un corte profundo o lesión de algún tipo.
- Inhalación de gases tóxicos (humo, monóxido de carbono, etc.).
- Estrechamiento de la luz de la laringe, que produce asfixia.
- Crisis asmática grave.
- Accidentes por ahogamiento.
- Atragantamientos (obstrucción de la vía respiratoria)
- Ahorcamiento mecánico.
- Quemadura por calor o por frío.

- Ahogamiento en niños (24).

CONTRAINDICACIONES

- Estado médico que hace que la reanimación cardiopulmonar es una técnica inservible.
- Peligro considerable para el personal de salud que realizara la reanimación.
- Considerar que el paciente se puede rehusar a la realización de la técnica de masaje cardiaco.
- En caso de que la reanimación cardiopulmonar es producto de otra patología terminal.
- En caso de que el paciente muestra signo certero de deceso.
- En el momento en que el paro cardiorrespiratorio ocurre por más de 10 minutos de comenzar con el RCP básico es poco el progreso de recobrar alguna función cerebral. En estados de temperatura corporal anormalmente baja o intoxicación por medicamentos ansiolíticos o depresivos no se lleva a cabo dichas maniobras.
- Pasado más de media hora de haber comenzado con el masaje torácico para reanimar y la víctima no presenta funciones vitales.
- Si la reanimación cardiopulmonar retrasa el cuidado de otros pacientes que tienen más posibilidades de sobrevivir (incidentes con múltiples heridos) (25).

2.2.3. CADENA DE SUPERVIVENCIA

Se sugiere crear cadenas de supervivencia independientes para poder reconocer atención asistencial a las víctimas que padecen de un PCR dentro o fuera del hospital (26).

Abarca desde que la víctima informa al personal encargado del servicio de emergencia, RCP básico, desfibrilación oportuna y también el soporte de vida avanzado con movilización del paciente al hospital, compone un grupo de actividades que no se pueden evitar. Si algún eslabón de esta cadena

fracasa ocasionara que el paciente tenga un mal desenlace. Entonces para no desaprovechar la eficiencia de cada acción todas las acciones deben tener una correlación óptima (27).

El orden del soporte básico de vida se compone por etapas de evaluación que son esenciales. Ningún personal de salud debe doblegar a un paciente a realizarse la técnica de reanimación cardiopulmonar (posiciones, vía aérea, respiración de apoyo o compresiones torácicas) mientras no se haya comprobado la necesidad de realizarlo en una evaluación conveniente. Esto recalca lo importante que son las técnicas de evaluación para enseñar un buen método de reanimación cardiopulmonar. Cada parte de la reanimación cardiaca (ABC): aperturar la vía respiratoria, apoyo en la respiración y circulación comienzan con un periodo de estudio; si no se obtiene respuesta del paciente, si el paciente no presenta respiración y si el paciente carece de circulación, se debe activar con suma urgencia el Servicio De Emergencia Médica Local (27).

SOPORTE BASICO DE VIDA EN EL ADULTO

GARANTICE LA SEGURIDAD DEL REANIMADOR Y DE LA VÍCTIMA

La persona que realiza la reanimación debe cuidar por su seguridad y la de la víctima previniendo alguna situación que ponga en peligro como empezar con una reanimación cardiopulmonar en un lugar que este incendiándose o un paciente con paro cardio respiratorio por electricidad (28).

EVALUACIÓN

Se debe establecer la falta de respuesta o si la victima esta inconsciente. La persona que realiza la reanimación debe valorar de manera rápida el estado de consciencia. Hablar fuerte y preguntar ¿se encuentra bien? Si la víctima no responde, significa que esta inconsciente (28).

Si la persona lesionada padece de traumatismo de cráneo o cuello se puede sospechar de qué se trata de un traumatismo cervical, solo se debe movilizar a la víctima si es un caso extremadamente necesario, ya que el

desplazamiento inadecuado podrá producir consecuencias de existir un daño en la en las vértebras de dicho paciente.

PEDIDO DE AYUDA AL SERVICIO DE EMERGENCIA MÉDICA LOCAL (SMEL)

Una vez que se haya establecido el estado de consciencia de la víctima, debe proceder a pedir auxilio y tratar de activar por vía radial o vía telefónica al Servicio Médico de Emergencia Local que en general está vinculado a una cuenta telefónica. El Servicio Médico de Emergencia Local debe conocerlo la ciudadanía y debe ser gratuito. Si esta solo se debe evaluar la probabilidad de no manipular a la persona herida para encontrar una ayuda pronto. Se ha dado a conocer que el si el miembro inicial no activa esta cadena, es muy probable que el resultado sea ineficaz (29).

SECUENCIA DE REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA

A. VIA AEREA

Cuando la persona que sufrió el paro cardiaco esta inconsciente, la persona que reanima debe verificar la respiración, por lo cual debe abrir el paso de la vía aérea, haciendo esto se puede reiniciar la respiración espontanea.

TECNICAS PARA PERMEABILIZAR LA VIA AEREA

Posición de la víctima: la persona deberá hallarse recostada en posición decúbito supino encima de una base llana. De hallarse en una posición diferente se le debe mover homogéneamente el cuerpo para evitar lesiones. Cuando hay ausencia de respiración, los brazos deben ser colocados a los costados. El reanimador debe estar en una posición que le facilite las maniobras de RCP (9).

Apertura de la vía aérea: debido al estado de inconsciencia, los músculos que se encuentran en la boca se relajan y la lengua cae, debido a esto ocasiona una oclusión de esta vía. Para evitar esto deberá levantar la mandíbula hacia adelante, causando una elevación en la lengua para separarla de la garganta (9).

Si no existe ningún traumatismo, la maniobra a emplear debe ser la maniobra Frente – Mentón. De existir otros objetos obstruyentes de la vía respiratoria, deben ser retirados. Los elementos acuosos o semi acuosos se retiran con los dedos, protegidos por una tela y los elementos solidos de igual manera deben ser retirados (8).

Maniobra FRENTE – MENTÓN, "cabeza atrás - mentón arriba": se posiciona una mano en la corona de la persona, moviendo la cabeza, después de posicionan los dedos de la mano opuesta por debajo del maxilar inferior, elevándola, trayendo el mentón hacia adelante, casi bloqueando los dientes, por lo cual se sujeta el maxilar y esto apoya a inclinar la cabeza (31).

Maniobra de "tracción o de empuje mandibular": Esta técnica se realiza sujetando delicadamente la cabeza de la víctima, totalmente inmóvil, se colocan ambas manos en cada uno de los ángulos de la mandíbula y se los impulsa hacia el frente.

Presión en cartílago cricoides: La insuflación de RCP, más aún si se practica de manera rápida, puede producir distensión gástrica. Esta puede detener la respiración que se está brindando, causando una elevación en el diafragma y pudiendo provocar una disminución en el volumen del pulmón. Esta maniobra puede aumentar el riesgo de provocar un reflujo gástrico. Para evitar esto, se debe proporcionar una respiración de apoyo lenta (31).

B. VENTILACION

Evaluación Corroborar la falta de respiraciones. Para comprobar la existencia de la respiración espontanea, el reanimador coloca su oído frente a la cara del paciente, conservando de igual manera las vías respiratorias sin obstrucción.

Si no hay circulación torácica ni exhalación del aire, el paciente no está respirando. Esta evaluación debe durar un corto tiempo y debe descartar

que, a pesar de hallar esfuerzos respiratorios en el paciente, las vías respiratorias pueden hallarse obstruidas, siendo indispensable despejar esta misma. Además, los jadeos pueden presentarse al comienzo del desarrollo del paro cardíaco. El reanimador debe estar pendiente del paciente, al momento de reestablecer a la persona, se debe conservar la vía aérea (15).

Ventilación de apoyo: Cuando el paciente no presenta respiración espontánea, el personal reanimador debe insuflar correctamente los órganos pulmonares del paciente con cada inhalación realizada, debe realizarse por lo menos 10 veces transcurrido unos segundos. El aire proporcionado por el personal reanimador debe contener el oxígeno suficiente para saciar los requerimientos de oxígeno de la víctima.

Boca a boca: Esta técnica es la manera más eficaz y veloz para proporcionar oxígeno a la persona. De igual manera sostiene una vía respiratoria despejada, aplicándola con los movimientos de frente – mentón, el reanimador tapa las narices con una mano, luego realiza dos respiraciones lentas, de dos segundos cada una.

El reanimador debe inhalar aire después de cada respiración, y cada inflación debe tener la capacidad de llenar de aire los pulmones del afectado. En los adultos generalmente se obtiene con 10 ml/kg (700 ml a 1 lt) en los primeros segundos. Una respiración de apoyo apropiada se verifica al:

- Ver el tórax expandirse y contraerse
- Oír el aire expulsado por el paciente
- Sentir el aire expulsado

Una masa de oxígeno y un paso de secreción inspiratoria abundante pueden provocar una hinchazón abdominal. Continuamente sea propicio, por ejemplo, en las maniobras realizadas por dos reanimadores, se debe garantizar la vía respiratoria despejada para así evitar esta distensión.

Si estos intentos no obtienen los resultados esperados, se requiere colocar en una nueva posición la cabeza para desocupar la vía respiratoria y reintentar la respiración de apoyo. De no ser posible ventilar a la víctima luego de volver a colocar la cabeza en una nueva posición, el reanimador capacitado debe poner en práctica maniobras para liberar la OVACE (Obstrucción de la Vía Aérea por un Cuerpo Extraño). El motivo más habitual es la oclusión de la respiración en una víctima desvanecida, en una ubicación inapropiada de la mandíbula y la cabeza con la tracción de la lengua (32).

Boca a nariz: Este procedimiento es indicado cuando no se puede brindar una respiración adecuada por la boca del paciente, debido a diversas causas como lesiones, incapacidad para abrir la boca, etc. Al momento de realizar esta maniobra, se utiliza primero la maniobra frente – mentón, cerrando la boca y luego inhalando aire y expulsándolo en las fosas nasales del paciente, de manera pausada. Se debe abrir la boca en ocasiones para así garantizar la espiración del aire ya que puede haber una obstrucción nasal (18).

Boca a estoma: Esta indicado a los pacientes que poseen un orificio de manera permanente ubicado en la tráquea o cuello. Cuando un paciente con este tipo de dispositivo debe recibir respiración de apoyo, se debe garantizar un cierre adecuado de la boca con la estoma, exhalando sostenidamente para así poder expandir el tórax del paciente. En estas víctimas se realiza una exhalación pasiva en el momento en el que el personal de salud deja de soplar por la estoma.

Otros pacientes tienen una traqueotomía temporal.

Otros pacientes pueden presentar un tubo producto de una traqueotomía temporal. A pesar de que estos pacientes sean ventilados, se debe cerrar el orificio bucal y las fosas nasales del paciente con los dedos para así omitir la fuga del aire brindado al momento que el personal de salud exhala por el dispositivo de traqueotomía (24).

Boca a dispositivo de barrera: Evidencian dos tipos de niveles en estos elementos: aparato tipo máscara y los dispositivos que protegen el rostro. Los primeros poseen una válvula de una sola dirección, por lo cual impide el reingreso del aire exhalado. Los protectores de cara, a comparación, no cuentan con la válvula y a veces el aire fuga por los costados de este.

Cuando se proporciona respiración de apoyo, este dispositivo de barrera debe estar por encima de la nariz del paciente, luego se comienza con la ventilación de boca a dispositivo con respiraciones pausadas (24).

Recomendaciones para la respiración de apoyo

Para comenzar debe aplicar un par de ventilaciones de soporte con dos segundos de intervalo entre cada respiración y las cuales deben ser ejecutadas con un flujo lento, permitiendo así el soplo entre el intervalo de inhalación y respiración. Este tipo de técnica provoca distensión gástrica, vomito o aspiración en algunos pacientes.

La asociación de compresión y respiración de apoyo durante las maniobras de RCP realizadas por dos reanimadores es de 15 compresiones y 2 respiraciones cuando el canal respiratorio está bloqueado por algún dispositivo.

Ventilación de rescate: cuando no hay una muestra de respiración de manera espontánea, se debe mantener las vías respiratorias sin obstrucción por medio de la maniobra frente - mentón. Cautelosamente aparte todo objeto que pueda estar generando alguna obstrucción de esta vía, el reanimador debe inhalar profundamente y efectuar la respiración de apoyo. Con cada respiración realizada se debe conservar un flujo de aire adecuado para observar el movimiento del tórax. Se debe generar dos respiraciones de manera pausada en un intervalo de 2 segundos entre cada una, se debe realizar una pausa entre cada una para poder inhalar el suficiente aire y así incrementar la concentración de oxígeno y disminuir el dióxido entre cada respiración brindada. La mayoría de pacientes pediátricos de paro cardíaco manifiestan hipoxia e incremento del dióxido

de carbono. Entonces, el personal de apoyo debe garantizar de que estas respiraciones sean eficientes y producir un alzamiento admisible y perceptible del tórax (32).

C. CIRCULACIÓN

Evaluación: Sin verificación de pulso para reanimadores no profesionales de la salud: A partir del año 1968, la corroboración de los pulsos ha sido lo esencial para precisar si el corazón presentaba latidos. En el proceso de RCP, la falta del pulso indica arresto cardíaco y la obligación de efectuar masaje cardíaco. La falta de pulso es un indicio para llamar a un DAE. No obstante, se han difundido numerosas investigaciones poniendo en duda la certificación del pulso como corroboración del arresto cardíaco, en particular cuando ésta se lleva a cabo por profesionales o personal no capacitado, deduciendo que la certificación de este como un elemento diagnóstico del paro cardíaco posee varias restricciones en su precisión, especificidad y sensibilidad.

Por consiguiente, el reanimador no capacitado no puede confiar en cerciorar el pulso para decidir el comienzo de las maniobras de resucitación o usar el DAE, mientras valora otros elementos que comprueben la circulación, como la inhalación y exhalación espontánea, movimiento, tos. Estos consejos se utilizan en pacientes de cualquier edad. El personal asistencial debe continuar corroborando el pulso como un signo de circulación (27).

Verificar signos de circulación: Para el reanimador no capacitado compromete: proporcionar respiraciones de soporte primarias y valorar si el paciente posee respiración espontánea, movimientos o tos. Analizara, oír y sentirá si presenta respiración en tanto halla otros indicios de movimiento, debe cerciorar que la respiración se encuentre normal para así disminuir el desconcierto con dificultad para respirar.

El personal asistencial controla otros signos de circulación, también corroboran el pulso, a la vez que averiguan la respiración, tos o movimiento. Se aconseja a este personal que averigüen la respiración, porque en su aprendizaje están capacitados para diferenciar entre la dificultad respiratoria y otras maneras de ventilación.

El reanimador no profesional determina con los siguientes pasos los indicadores de circulación activa:

1. Provee primero respiración artificial al paciente cuando no presenta una respiración espontánea.
2. Averigua signos de la existencia de la circulación.
 - a. Aproximar la oreja cerca a la cavidad bucal del paciente y determinar si existe respiración espontánea o dificultosa.
 - b. Analiza de manera rápida al paciente para encontrar signos de movimiento.
3. Si el paciente no posee una respiración regular, no tose, no hay movimiento, empieza al instante las maniobras de resucitación.

Esta valoración no debe tomar más de 10 segundos. El equipo de salud debe cerciorarse del pulso, a su vez valorar otros signos o indicios de circulación. Si no está con seguridad de que exista circulación, se inicia inmediatamente el masaje cardíaco.

Al comprobar el pulso de un paciente menor de un año, por elección se emplea la arteria carótida, sin embargo, se puede usar de manera opcional la arteria femoral. Estos pulsos arteriales mencionados aún se pueden verificar a pesar de que exista hipotensión e hipo perfusión periférica. La arteria carótida se halla en un canal el cual está compuesto por los músculos del cuello y la tráquea.

Se debe mantener la ubicación adecuada del cráneo, poniendo los dedos encima de la frente, el personal posiciona la tráquea de la víctima y con tres de los dedos de la mano contraria, traslada hacia el lado de este.

Se debe sentir de manera suave el pulso arterial para así no comprimir de este. El pulso carotideo puede perdurar a pesar de que ya no se palpen otros pulsos periféricos.

El personal asistencial debe tener en cuenta la especificación de la existencia o no del pulso también se puede efectuar en la arteria posterior del fémur; aunque, este pulso es complejo de localizar en el paciente con ropa (28).

COMPRESIONES TORÁCICAS

Este procedimiento también llamado masaje cardiaco, consta de compresiones rítmicas en serie, que significa en la aplicación de una presión sostenida encima de la parte baja del esternón. Es posible que la circulación sanguínea expedida en dirección a los órganos pulmonares debido a las compresiones del tórax, junto con la respiración artificial brindada por el reanimador, proporciona oxígeno al cerebro y demás órganos para que se ejecutar la desfibrilación

Para poder realizar el masaje cardiaco, el paciente debe encontrarse en posición de decúbito supino, recostado de espaldas sobre un espacio plano. No se debe realizar las maniobras de resucitación en una cama. En los nosocomios regularmente se coloca una superficie firme debajo del paciente para proporcionar una mayor eficacia del masaje cardiaco (28).

Técnica de compresión torácica

Un adecuado posicionamiento de las palmas se logrará al ubicar correctamente la parte baja del esternón. Para esto, el personal reanimador se debe ubicar con estas recomendaciones:

- El reanimador debe posicionarse continuo al tórax del paciente.
- Ubicar la base de la mano dominante al medio del tórax, en la línea media de este que se encuentra entre los pezones.

- Entrecruzar los dedos de ambas manos y garantizar una compresión adecuada, no en las costillas, el abdomen o cualquier otra parte ajena al esternón.
- Ubicarse verticalmente por encima del tórax del paciente, los brazos del reanimador deben estar extendidos, no flexionados.
- Empezar con las maniobras de reanimación, empujando hacia abajo, haciendo compresiones de 5 centímetros a una frecuencia de 100 a 120 compresiones por minuto.
- Esperar a que la caja torácica retome la anatomía natural luego de realizar cada compresión, evitando las interrupciones en el momento de ejecutar las compresiones y no realizar ventilaciones exageradas.
- Después de 30 masajes cardiacos se proporciona 2 respiraciones de soporte por 1 segundo en cada uno de los ciclos.

Después de realizar estas maniobras, se reevalúa el pulso y de aun hallarse ausente, se prosigue con las maniobras de resucitación. Si ya apareciera el pulso, monitorizar la respiración y situar al paciente en una postura de recuperación y continuar con las reevaluaciones cada dos minutos.

Si aún no hay respuesta de respiración, pero ya se halla el pulso, se proporciona dos respiraciones de apoyo a una frecuencia de exhalación en cada 5 segundos transcurridos y monitorizar la circulación cada dos minutos (27).

D. DESFIBRILACION

La razón con más incidencia de arresto cardiaco en los adultos observado y sin lesiones es debido a la fibrilación ventricular, debido a que el tiempo que transcurre desde la perdida de la conciencia hasta la desfibrilación es la razón principal de subsistencia. La sobrevivencia después del arresto cardiorrespiratorio por una fibrilación minimiza aproximadamente del 7 al 10% transcurrido cada minuto sin haberse efectuado esta. Todos los personales asistenciales deben hallarse capacitados, preparados y correctamente equipados para poder ejecutar adecuadamente una

desfibrilación previa a un caso de arresto cardiaco intempestivo. La desfibrilación temprana está comprendida como la descarga eléctrica aplicada a los minutos de requerir apoyo del SMELocal. La desfibrilación temprana de igual manera debe ser puesta en práctica en todos los nosocomios y centros de salud del país, siendo los primeros en atender estas emergencias y deben estar capacitados correctamente en la descarga a víctimas inconscientes con fibrilación ventricular en cualquier ambiente o servicios nosocomiales o centros de atención, en el tiempo comprendido de 1 a 3 minutos del paro cardiaco. Para alcanzar estos objetivos, el personal asistencial y equipo médico deben encontrarse certificados en soporte vital básico, preparados y equipados para utilizar los desfibriladores y poner en práctica el uso de este (29).

Desfibrilador Externo Automático (DEA): Un Desfibrilador Externo Automático, es un aparato con la capacidad para precisar automáticamente la presencia de fibrilación ventricular. Da instrucciones al personal que lo emplea, controla la posición de los electrodos, examina la frecuencia cardiaca e identifica una patología cardiaca acontecida. reúne la energía necesaria y envía orden para presionar el accionado para emitir la descarga. No realiza el procedimiento si la frecuencia emitida no corresponde a una fibrilación. Los pasos a seguir son:

- Prender el DEA y ubicarlo en el tórax de la víctima, posicionar adecuadamente los electrodos, si se encuentra más de un personal asistencial, este debe proseguir con el RCP, mientras el otro enciende el DEA.
- Se debe separar totalmente de algún contacto a tierra o elementos que contengan metal para poder prevenir heridas en el sitio de descarga.
- Continuar con las indicaciones auditivas y graficas emitidas por el DEA. Vigilar que el paciente no sea manipulado mientras el dispositivo realiza la evaluación del pulso.

- Cuando el desfibrilador detecta la Taquicardia Ventricular con pulso ausente garantiza a la víctima no sea manipulada y presionar el botón que emite la descarga. Posteriormente a la descarga, se debe continuar de inmediato con el RCP.
- Cuando el desfibrilador no detecta ninguna de estas, solo siga con la secuencia de maniobras de resucitación (27).

Dosis de descarga

- Desfibrilador manual de una sola carga: 360 joules (cada dosis).
- Desfibrilador manual de varias cargas: dosis inicial de 150 joules.
- Si no se conoce el tipo de desfibrilador que se emplea, se debe descargar una dosis de 200 joules (27).

Después de cada descarga eléctrica se debe tomar el pulso. Si aún permaneciera la fibrilación ventricular se debe continuar con las maniobras de RCP y contemplar el ritmo del pulso, si existe el riesgo de los fármacos empleados (28).

2.3 DEFINICION SEGÚN AUTORES

Tousaks y Vladimirov definen el conocimiento como la destreza de cada persona para realizar juicios o distinciones relacionadas al contexto o teoría (33)

Platón define el conocimiento como un grupo de saberes recolectada por medio del aprendizaje o experiencia. En una visión más expandida, se define que es el análisis de diversos datos que se relacionan entre sí y al tomarse de manera individual, tienen un valor cualitativo inferior (34).

Teoría de Virginia Henderson define el fundamento de los saberes de la practica enfermera actual proyecta los principios en el proceso de enfermería. El método científico ha sido adaptado hacia los cuidados. Además de que emplea un procedimiento de trabajo organizado, el personal de enfermería requiere definir el campo de labor. El incremento

de los modelos de cuidado dado por enfermería aprueba una decisión o percepción basada en esta, determinar su origen, visión y objetivos, basados en las ideas y el actuar desde un marco de conceptos específicos.

Preparar y emplear una teoría de cuidado atribuye beneficios fundamentales al personal de enfermería, ya que presenta de una manera mucho más evidente la ideología de enfermería; apoyar a progresar y mantener característica de la profesión, participación en las discusiones teóricas – prácticas, posibilitando una mejor comunicación entre dos partes por medio de los estudios y se incentiva a la discusión teórica con contenido del trabajo principal de enfermería. El modelo de cuidado que tuvo más aceptación en el ámbito es el de Virginia Henderson. Múltiples motivos han favorecido su aplicación y efectividad en los últimos tiempos y son adaptables a las funciones de enfermería clínica. Este modelo propuesto por Henderson es básicamente adaptable y puesto a realizarse en la práctica diaria (35).

Concepto de Necesidad: Henderson dispone de 14 exigencias esenciales que las personas poseen. Estos requerimientos generalmente están cubiertos por una persona sana y posee el apto saber para desempeñarlo. Cada necesidad planteada forma el parte de la esfera básica que comprende cada ser humano. Las 14 necesidades comprendidas en su modelo de enfermería son:

1. Poder respirar adecuadamente.
2. Poder alimentarse e hidratarse.
3. Eliminación por medio de nuestras vías corporales.
4. Permitir el movimiento y poder tener una postura correcta.
5. Poder descansar y conciliar el sueño.
6. Elegir la vestimenta, cambiarse la ropa.
7. Equilibrar una temperatura idónea.

8. Conservar la limpieza y cuidar nuestra piel.
9. Evadir los peligros del ambiente y evitar herir a otros.
10. Efectuar una comunicación oportuna y poder expresar los sentimientos.
11. Poseer valores y creencias propias.
12. Realización personal y satisfacción con uno mismo.
13. Ser parte de actividades que permitan la socialización.
14. Poder aprender, desarrollarse y cubrir las curiosidades que permiten la salud óptima.

Cada uno de estos requerimientos posee un concepto específico cuando son estudiadas a partir del significado ambiguo de especificidad y universalidad. Son universales porque se presentan en todos los individuos y esenciales para cada uno de nosotros; especificidad ya que se desarrollan de diferente tipo en cada persona (36).

2.3 MARCO CONCEPTUAL

CONOCIMIENTO

Es el nivel de saberes que presenta el equipo de enfermería acerca de reanimación cardiopulmonar en relación a las dimensiones de estudio.

PARO CARDIORESPIRATORIO (PCR)

Se refiere a la detención abrupta de las funciones respiratorias, impidiendo el suministro de sangre al cerebro.

REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP)

Es un conjunto de técnicas que tienen por objetivo revertir el paro cardiaco y continuar la circulación para así permitir el aporte esencial del oxígeno hacia los órganos principales.

APLICACIÓN DE COMPRESIONES TORAXICAS

Esta técnica se basa en ejercer una presión rítmica y seriada sobre el tórax, en la parte inferior del esternón, con compresiones que tienen una profundidad de 5 cm.

MANEJO DE LA VIA AEREA

Es la inspección del conducto respiratorio para verificar su permeabilidad y aplicar medidas correctivas.

VENTILACION

La ventilación consiste en intercambiar aire entre el medio ambiente y los pulmones por medio de la inhalación y exhalación.

DEFIBRILACION

Es el procedimiento que se emplea para restituir el ritmo normal y coordinado de los latidos a través de una descarga eléctrica.

CADENA DE SUPERVIVENCIA

Es la secuencia de hechos consecuentes y sucesivos que posibilita rescatar la vida de una víctima de un acontecimiento patológico cardiaco.

SIGNOS DE PARO CARDIACO

Son las manifestaciones clínicas que se observan en el examen físico de las personas afectadas con la patología, se pueden presentar con la ausencia de consciencia, falta de ritmo cardiaco, dificultad respiratoria, etc.

CAPITULO III

METODO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de estudio es prospectivo porque el efecto se recoge a partir del inicio del estudio, transversal porque no hay seguimiento de la variable, se mide solo una sola vez (37).

3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño es no experimental, descriptivo porque se van a recolectar hechos y acontecimientos en el escenario natural de unidad de análisis (38).

3.3 POBLACION Y MUESTRA

POBLACION

La población de estudio está conformada por el personal de enfermería del Hospital Ilo MINSA II-1, que incluye:

- Enfermeras = 43

MUESTRA

No se considera muestra por el tamaño de la población.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Personal de enfermería que trabaja en el hospital MINSA Ilo

-Personal de enfermería que aceptaron participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

-Personal de enfermería que estuvieron de vacaciones o licencia por enfermedad.

-Personal de enfermería que estuvo contratado bajo la modalidad de terceros.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1 TECNICA.

En este proyecto de investigación la técnica que se utilizó es la encuesta ya que esta es la herramienta más utilizada de la investigación, donde el sujeto encuestado plasma por sí mismo su respuesta.

3.4.2 INSTRUMENTOS PARA RECOLECTAR DATOS.

El instrumento que se utilizó es 01 cuestionario para la valoración del conocimiento.

AUTOR: César Andrés Gálvez Centeno

TITULO DEL TRABAJO: “Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico del personal de enfermería en un establecimiento de primer nivel de atención Essalud de Lima –Perú 2015”

AÑO Y LUGAR DE LA PUBLICACION: 2015 - Lima

INSTITUCION: Universidad Nacional Mayor de San Marcos

CONFIABILIDAD: Posee una confiabilidad que fue determinado mediante la fórmula de Ceder Richarson $R = 0.741663584 = \text{El instrumento es confiable.}$

VALIDEZ: La validez se realizó a través de juicio de expertos obteniendo un $p < 0.05$ la concordancia es significativa, por lo tanto, el instrumento es válido.

La encuesta constó de 19 preguntas donde se clasifica en 5 dimensiones las cuales son: reconocimiento y activación al sistema de respuesta a emergencia, aplicación de compresiones torácicas, manejo de la vía aérea, ventilación, desfibrilación. La encuesta se dividió en 3 partes:

PRIMERA PARTE: Presentación.

SEGUNDA PARTE: Nos muestra los datos generales, el sexo, la edad, tiempo de experiencia laboral y la interrogante ¿ha participado en alguna capacitación sobre RCP en los últimos 3 años?

TERCERA PARTE: Nos muestra datos específicos, donde se desarrollan un total de 19 preguntas cada pregunta con 4 alternativas de respuesta incluyendo dentro de ellas la opción correcta, dando como puntaje 0 a la respuesta incorrecta y 1 a la respuesta correcta.

| TIPO DE RESPUESTA | PUNTAJE |
|--------------------------|----------------|
| RESPUESTA INCORRECTA | 0 puntos |
| RESPUESTA CORRECTA | 1 punto |

| NIVEL DE CONOCIMIENTO | PUNTAJE |
|------------------------------|----------------|
| ALTO | 14 – 19 puntos |
| MEDIO | 11 – 13 puntos |
| BAJO | 0 – 10 puntos |

Según ítems:

| ÍTEMS | DIMENSIONES | | | | |
|-------|--|--------------------------------------|---------------------|-------------|---------------|
| | RECONOCIMIENTO Y ACTIVACION AL SISTEMA DE RESPUESTA A EMERGENCIA | APLICACIÓN DE COMPRESIONES TORAXICAS | MANEJO DE VIA AEREA | VENTILACION | DEFIBRILACION |
| | 1,2,3,4,5 | 6,7,8,9,10 | 11,12,13 | 14,15,16 | 17,18,19 |

Tabla de respuestas correctas:

| | |
|-------------|-------------|
| PREGUNTA 1 | RESPUESTA A |
| PREGUNTA 2 | RESPUESTA B |
| PREGUNTA 3 | RESPUESTA A |
| PREGUNTA 4 | RESPUESTA C |
| PREGUNTA 5 | RESPUESTA D |
| PREGUNTA 6 | RESPUESTA D |
| PREGUNTA 7 | RESPUESTA A |
| PREGUNTA 8 | RESPUESTA B |
| PREGUNTA 9 | RESPUESTA B |
| PREGUNTA 10 | RESPUESTA D |
| PREGUNTA 11 | RESPUESTA D |
| PREGUNTA 12 | RESPUESTA B |
| PREGUNTA 13 | RESPUESTA C |
| PREGUNTA 14 | RESPUESTA B |

| | |
|-------------|-------------|
| PREGUNTA 15 | RESPUESTA A |
| PREGUNTA 16 | RESPUESTA B |
| PREGUNTA 17 | RESPUESTA B |
| PREGUNTA 18 | RESPUESTA B |
| PREGUNTA 19 | RESPUESTA B |

3.4.3 ESTRATEGIA DE RECOLECCION DE DATOS

1. Para la técnica de recolección de datos se coordinó con el director de la universidad obteniendo una carta de presentación, la cual fue entregada al director del Hospital Ilo MINSA II1.
2. Se coordinó con la jefa de enfermeras del Hospital Ilo MINSA II 1, teniendo acceso a los servicios para aplicar las encuestas. Así mismo se coordinó la fecha para la aplicación de la encuesta.
3. Se realizó un cronograma de actividades colocando la fecha de aplicación y el tiempo que dura la aplicación en cada servicio.
4. Se entregó consentimiento informado obteniéndose la autorización de la aplicación de las encuestas.
5. Se aplicó las encuestas en el personal de enfermería, utilizando 1 cuestionario sobre conocimientos que consta de 19 ítems, las cuales se realizó de forma personal, anónima y a voluntad del personal de enfermería.
6. Se realizó la recolección de las encuestas, se agradeció la atención y la predisposición del tiempo del personal de enfermería.
7. Se procedió al análisis de datos.

3.5 TECNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

En el presente estudio invariado, se realizó el análisis de estadística descriptiva para determinar y analizar información según las dimensiones de la variable de estudio. Se utilizó el software estadístico informático SPSS

en su versión 22 para el procesamiento de la base de datos, también recurriremos al software Microsoft Excel perteneciente al paquete ofimático Microsoft Office a través de sus hojas de cálculo y la elaboración de tablas de distribución de frecuencias para la presentación de resultados.

CAPITULO IV

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

1.4 PRESENTACION DE RESULTADOS

El análisis de los resultados de la investigación, se realizó basándose en los objetivos e hipótesis planteadas.

Tablas y grafios de información general

Tablas y gráficos de Comprobación de hipótesis

TABLA 1

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN
CARDIOPULMONAR BASICO POR DIMENSIONES EN EL PERSONAL
DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL ILO - 2018**

| Nivel de reconocimiento y activación al sistema de respuesta a emergencia | N | % |
|--|-----------|---------------|
| Alto | 4 | 9.30 |
| Medio | 35 | 81.40 |
| Bajo | 4 | 9.30 |
| Aplicación de compresiones torácicas | N | % |
| Alto | 8 | 18.60 |
| Medio | 7 | 16.28 |
| Bajo | 28 | 65.12 |
| Manejo de vía aérea | N | % |
| Alto | 6 | 13.95 |
| Medio | 16 | 37.21 |
| Bajo | 21 | 48.84 |
| Ventilación | N | % |
| Alto | 6 | 13.95 |
| Medio | 14 | 32.56 |
| Bajo | 23 | 53.49 |
| Desfibrilación | N | % |
| Alto | 9 | 20.93 |
| Medio | 22 | 51.16 |
| Bajo | 12 | 27.91 |
| TOTAL | 43 | 100.00 |

En el presente cuadro se observa que en relación al nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico por dimensiones se tiene que en el nivel de reconocimiento y activación más de la mitad tiene un conocimiento medio con 81.40% seguido de un conocimiento alto de 9.3% al igual que un conocimiento bajo con 9.3%; en la dimensión de aplicación de compresiones torácicas el mayor porcentaje se encuentra que más de la mitad de la población tiene un conocimiento bajo con 65.12% y en menor porcentaje un conocimiento medio de 16.28%; en la dimensión de manejo de vía aérea el mayor porcentaje se encuentra en el nivel de conocimiento bajo, con casi la mitad 48.84%, mientras que en menor porcentaje se encuentra el nivel de conocimiento alto con 13.95%; en la dimensión de ventilación el mayor porcentaje se encuentra en el conocimiento bajo con un 53.49% y en menor porcentaje de la población un 13.95% tiene un conocimiento bajo; en la dimensión de desfibrilación en mayor porcentaje se encuentra que más de la mitad de la población tiene un conocimiento medio con un 51.16% seguido del menor porcentaje con un conocimiento alto con 20.93%.

TABLA 2
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN
CARDIOPULMONAR BASICO EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA
HOSPITAL ILO 2018

| Nivel de conocimiento | N | % |
|------------------------------|----------|----------|
| Alto | 5 | 11.63% |
| Medio | 10 | 23.26% |
| Bajo | 28 | 65.12% |
| Total | 43 | 100.00% |

En el presente cuadro se observa el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico en mayor porcentaje más de la mitad del personal de enfermería tiene un conocimiento bajo con 65.12%, seguido de 23.26% con un nivel de conocimiento medio y en menor porcentaje un conocimiento alto con 11.63%.

GRAFICO 2
Nivel de conocimiento sobre RPC basico en el
personal de enfermeria Hospital ILO 2018

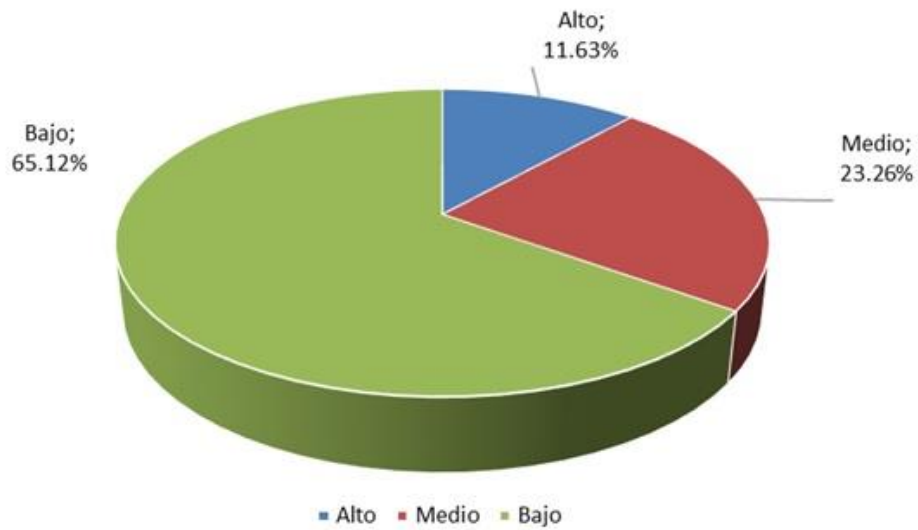


TABLA 3
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN
CARDIOPULMONAR BASICO SEGÚN EDAD AGRUPADA EN EL
PERSONAL DE ENFERMERIA HOSPITAL ILO 2018

| Conocimiento Edad | Alto | | Medio | | Bajo | | Total | |
|--------------------------|------|-------|-------|-------|------|-------|-------|--------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 26-32 años | 1 | 2.3% | 1 | 2.3% | 3 | 7.0% | 5 | 11.6% |
| 33-39 años | - | 0.0% | - | 0.0% | 2 | 4.7% | 2 | 4.7% |
| 40-46 años | - | 0.0% | 2 | 4.7% | 7 | 16.3% | 9 | 20.9% |
| 47-53 años | 2 | 4.7% | 3 | 7.0% | 11 | 25.6% | 16 | 37.2% |
| 54-60 años | 2 | 4.7% | 4 | 9.3% | 5 | 11.6% | 11 | 25.6% |
| Total | 5 | 11.6% | 10 | 23.3% | 28 | 65.1% | 43 | 100.0% |

En el presente cuadro se observa la distribución de la edad agrupada según nivel de conocimiento sobre RCP básico en el personal de enfermería, donde el mayor porcentaje de enfermeros se ubica en el grupo etáreo de 47 – 53 años con un 37.2% seguido del grupo etáreo de 54 – 60 años con un 25.6% y en menor porcentaje el grupo etáreo de 33 – 39 años con un 4.7%. En relación al nivel de conocimiento alto el mayor porcentaje se ubica en el grupo etáreo de 47 – 53 años y 54 – 60 años con 4.7% cada uno, en el nivel de conocimiento medio el mayor porcentaje se ubica en el grupo etáreo de 54 – 60 años con 9.3% y en el nivel de conocimiento bajo el mayor porcentaje se ubica en el grupo etáreo de 47 – 53 años con un 25.6%.

GRAFICO 3
Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar
basico en edad agrupada en el personal de enfermeria
Hospital ILO 2018.

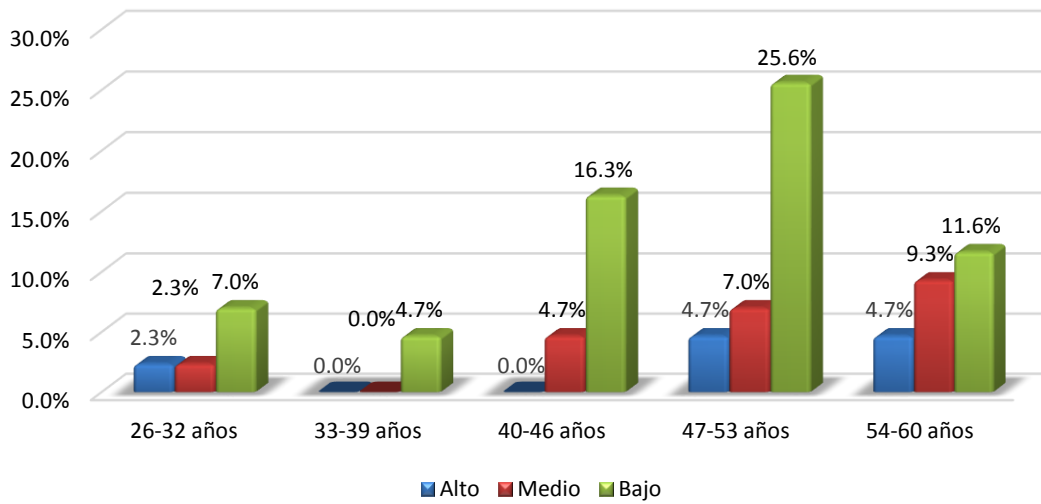


TABLA 4

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN
CARDIOPULMONAR BASICO SEGUN TIEMPO DE EXPERIENCIA
LABORAL DEL PERSONAL DE ENFERMERIA HOSPITAL ILO 2018.**

| Conocimiento Tiempo de experiencia laboral | Alto | | Medio | | Bajo | | Total | |
|---|-------------|--------------|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|---------------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 1-5 años | 1 | 2.3% | 1 | 2.3% | 3 | 7.0% | 5 | 11.6% |
| 6-10 años | - | 0.0% | 1 | 2.3% | 4 | 9.3% | 5 | 11.6% |
| 11-15 años | 2 | 4.7% | - | 0.0% | 2 | 4.7% | 4 | 9.3% |
| 16-20 años | 1 | 2.3% | 3 | 7.0% | 10 | 23.3% | 14 | 32.6% |
| 21-25 años | - | 0.0% | 3 | 7.0% | 7 | 16.3% | 10 | 23.3% |
| 26-30 años | 1 | 2.3% | 2 | 4.7% | 2 | 4.7% | 5 | 11.6% |
| Total | 5 | 11.6% | 10 | 23.3% | 28 | 65.1% | 43 | 100.0% |

En el presente cuadro se observa el nivel de conocimiento sobre RCP básico según tiempo de experiencia laboral del personal de enfermería, donde más de la mitad (65.1%) del personal tiene un nivel de conocimiento bajo, seguido del 23.3% de personal con un nivel de conocimiento medio y solo el 11.6% del personal con un nivel de conocimiento alto. En relación al nivel de conocimiento alto el mayor porcentaje se ubica el tiempo de experiencia laboral de 11 – 15 años con un 4.7%, en el nivel de conocimiento medio el mayor porcentaje se ubica en el tiempo de experiencia laboral de 16 – 20 años y 21 – 25 años con un 7.0% cada uno y en el nivel de conocimiento bajo el mayor porcentaje se ubica en el tiempo de experiencia laboral de 16 – 20 años con un 23.3%.

GRAFICO 4
Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar
basico segun tiempo de experiencia laboral en el personal
de enfermeria Hospital ILO 2018.

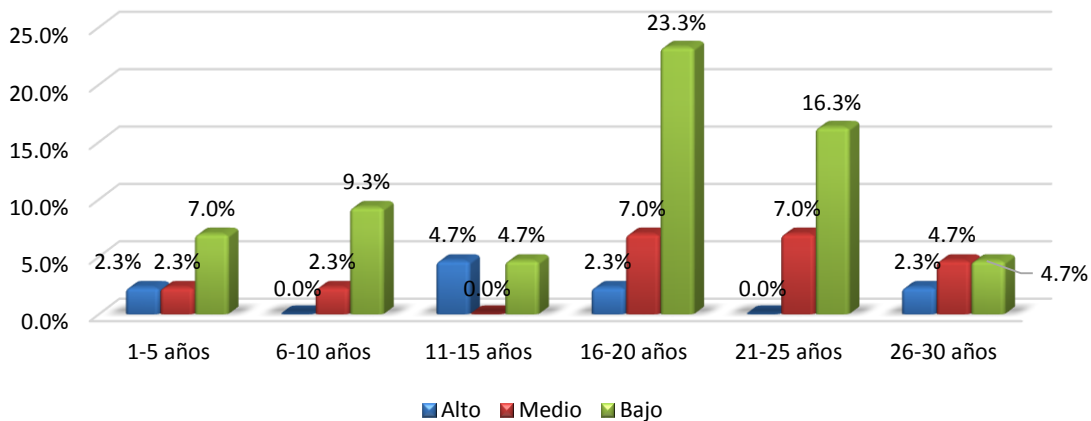
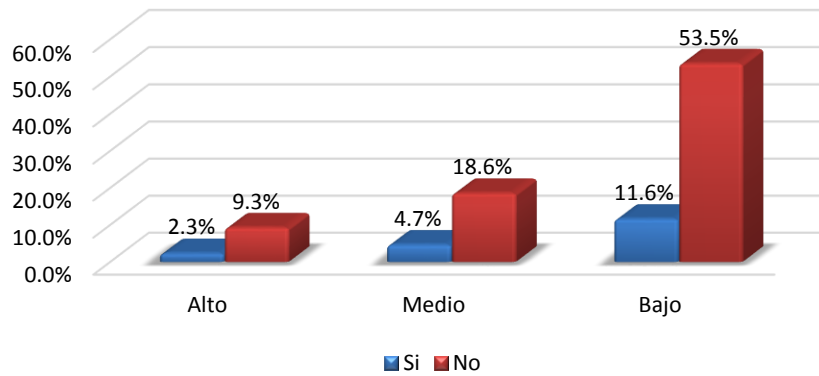


TABLA 5
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN
CARDIOPULMONAR BASICO SEGUN CAPACITACION SOBRE RCP
EN LOS ULTIMOS 3 AÑOS EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA
HOSPITAL ILO 2018.

| Conocimiento Participación en capacitación sobre RCP | Alto | | Medio | | Bajo | | Total | |
|---|------|-------|-------|-------|------|-------|-------|--------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Si | 1 | 2.3% | 2 | 4.7% | 5 | 11.6% | 8 | 18.6% |
| No | 4 | 9.3% | 8 | 18.6% | 23 | 53.5% | 35 | 81.4% |
| Total | 5 | 11.6% | 10 | 23.3% | 28 | 65.1% | 43 | 100.0% |

En el presente cuadro se observa la participación en capacitación sobre RCP en los últimos 3 años donde el mayor porcentaje se encuentra con un 81.4% del personal de enfermería que no ha recibido capacitación sobre RCP en los últimos 3 años, mientras que solo el 18.6% del personal de enfermería si ha recibido capacitación. En relación al nivel de conocimiento alto el mayor porcentaje se ubica con 9.3% del personal que no ha recibido capacitación, en el nivel de conocimiento medio el mayor porcentaje se ubica con un 18.6% del personal que tampoco ha recibido capacitación y en el nivel de conocimiento bajo el mayor porcentaje se ubica con un 53.5% del personal sin capacitación.

GRAFICO 5
Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar basico segun capacitacion sobre RCP en los ultimos 3 años en el personal de enfermeria Hospital ILO 2018.



1.5 DISCUSION DE RESULTADOS

- En la tabla 1 se observa la relación al nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico por dimensiones se tiene que en el nivel de reconocimiento y activación más de la mitad tiene un conocimiento medio con 81.40% seguido de un conocimiento alto de 9.3% al igual que un conocimiento bajo con 9.3%; en la dimensión de aplicación de compresiones torácicas el mayor porcentaje se encuentra que más de la mitad de la población tiene un conocimiento medio con 65.12% y en menor porcentaje un conocimiento medio de 16.28%; en la dimensión de manejo de vía aérea el mayor porcentaje se encuentra en el nivel de conocimiento bajo, con casi la mitad 48.84%, mientras que en menor porcentaje se encuentra el nivel de conocimiento alto con 13.95%; en la dimensión de ventilación el mayor porcentaje se encuentra en el conocimiento bajo con un 53.49% y en menor porcentaje de la población un 13.95% tiene un conocimiento bajo; en la dimensión de desfibrilación en mayor porcentaje se encuentra que más de la mitad de la población tiene un conocimiento medio con un 51.16% seguido del menor porcentaje con un conocimiento alto con 20.93%.

Es probable que en los resultados obtenidos se evidencia que en la mayoría de las dimensiones se tuvo como resultado un nivel de conocimiento bajo, como en la dimensión de aplicaciones de compresiones torácicas, manejo de vía aérea, ventilación y de nivel medio en menores porcentajes, como la dimensión de reconocimiento y activación y desfibrilación; no existiendo ninguna dimensión en el nivel alto, lo que pudiera deberse principalmente a la falta de capacitación del personal de enfermería en relación a la reanimación cardiopulmonar, y las que si presentan capacitación no está actualizada.

Esto engloba desde que se realiza el llamado a emergencias hospitalarias, las maniobras de resucitación básicas, brindar una desfibrilación temprana hasta el RCP avanzado y el llevado al nosocomio cercano. Todas estas medidas corresponden a una serie de hechos

esenciales que, de fallar alguno, provocara la ineficacia del sistema de respuesta, donde puede perderse una vida.

La secuencia del soporte básico de vida es necesario conocerla y aplicarla, dado que puede salvar muchas vidas y garantiza la seguridad de la atención. No se debe aplicar las medidas de resucitación cardiopulmonar antes de ser verificado el paciente de la no existencia de pulso, sin antes recibir un examen pronto y adecuado. Por todo esto es esencial conocer las fases de un diagnóstico del RCP. Estos pasos: despejar la vía respiratoria, respiración de soporte y la circulación comienzan con la primera fase de evaluación diagnóstica: verificar la no respuesta, la inconsciencia, falta de respiración espontánea y la falta de circulación (27).

Similar resultado se encontró con Díaz P., et al., donde realizaron un trabajo de investigación titulado: "Reanimación Cardiopulmonar básica en personal de Enfermería" en Guatemala en el año 2014 donde determinaron que el nivel de conocimiento adquirido sobre saberes teóricos del RCP en adultos fue subóptimo, ya que el 95% del personal de enfermería evaluado obtuvo un puntaje promedio de 79 puntos. En la fase de intervención de RCP, el 84% de enfermeros obtuvo un nivel óptimo.

- En la tabla 2 se observa que en relación al nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico el mayor porcentaje del personal de enfermería tiene un conocimiento bajo con 65.12%, seguido del 23.26% con un nivel de conocimiento medio y en menor porcentaje un conocimiento alto con 11.63%.

Es probable que los resultados obtenidos en el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico se tuvo un nivel de conocimiento bajo, el personal de enfermería con conocimiento bajo no posee las mismas características que el personal que obtuvo un conocimiento alto, debido a que las necesidades de pasos de acción

sean rápidos y eficaces, es probable que no hayan alcanzado los niveles requeridos para invertir o no provocar las consecuencias.

El masaje cardíaco y sus maniobras son procedimientos que salvan vidas y forman parte de las acciones de reanimación esenciales ante un paro cardíaco. La sobrevivencia ante un episodio de estos va a depender de la identificación prematura de este acontecimiento y del actuar pronto del sistema de respuesta frente a las emergencias, a la vez que la calidad de las maniobras resucitadoras juega un papel importante (11).

Similares resultados se encontraron con Ovietto A., et al, realizaron un estudio de investigación titulada: “Conocimiento teórico de los enfermeros sobre la parada cardiorrespiratoria y resucitación cardiopulmonar en unidades no hospitalarias de atención de urgencia y emergencia”, en Brasil en el año 2011, determinaron que los participantes poseían conocimientos insuficientes en varios aspectos de la reanimación cardiopulmonar (>60%); manifestaron no conocer las maniobras realizadas al momento del suceso (> 70%) y los parámetros establecidos de la secuencia en un paro cardíaco (> 80%) e identificaron adecuadamente los fármacos empleados (100%) (17).

- En la tabla 3 se observa que la distribución de la edad agrupada según nivel de conocimiento sobre RCP básico en el personal de enfermería, donde el mayor porcentaje de enfermeros se ubica en el grupo etáreo de 47 – 53 años con un 37.2% seguido del grupo etáreo de 54 – 60 años con un 25.6% y en menor porcentaje el grupo etáreo de 33 – 39 años con un 4.7%. En relación al nivel de conocimiento alto el mayor porcentaje se ubica en el grupo etáreo de 74 – 53 años y 54 – 60 años con 4.7% cada uno, en el nivel de conocimiento medio el mayor porcentaje se ubica en el grupo etáreo de 54 – 60 años con 9.3% y en el nivel de conocimiento bajo el mayor porcentaje se ubica en el grupo etáreo de 47 – 53 años con un 25.6%.

Es probable que en los resultados obtenidos se evidencia que en la distribución de edad agrupada se tuvo como resultado un nivel de conocimiento bajo, probablemente el personal esta descontinuado en actualizaciones importantes como es el aprendizaje del RCP básico, no hay una identificación sobre la trascendencia ni por el empleador, ni por el personal, dado que siendo personal de salud es vital tener el conocimiento mínimo aceptable.

Es de vital relevancia que todo el equipo multidisciplinario de salud posea los conocimientos esenciales en el RCP básico. Por esto, es que básicamente el personal enfermero, tanto profesional como técnico, debe incrementar y adquirir saberes, destrezas y habilidades en este procedimiento descrito, con especial énfasis en el personal que labora en centros de primer nivel de atención debido a que los casos de muerte súbita y paros cardiacos concurren en el hogar de la víctima y en la sociedad donde el nivel de sobrevivencia es mínimo. Recibiendo capacitaciones continuas se otorgara mayores conocimientos y aptitudes para poder brindar un RCP básico de calidad (13).

Similares resultados se encontró con Cueto M., donde realizo un estudio de investigación titulada: “Conocimiento del personal de enfermería de un hospital materno – infantil sobre técnicas de reanimación cardiopulmonar, España – 2013” donde concluyó que los conocimientos de RCP en el personal de enfermería poseen un nivel insatisfactorio, ya que el 71.6% obtuvo un puntaje de 5 a menos puntos (16).

- En la tabla 4 se observa que, según tiempo de experiencia laboral del personal de enfermería, donde más de la mitad (65.1%) del personal tiene un nivel de conocimiento bajo, seguido del 23.3% de personal con un nivel de conocimiento medio y solo el 11.6% del personal con un nivel de conocimiento alto. En relación al nivel de conocimiento alto el mayor porcentaje se ubica el tiempo de experiencia laboral de 11 – 15 años con un 4.7%, en el nivel de conocimiento medio el mayor porcentaje se ubica en el tiempo de experiencia laboral de 16 – 20 años y 21 – 25 años con

un 7.0% cada uno y en el nivel de conocimiento bajo el mayor porcentaje se ubica en el tiempo de experiencia laboral de 16 – 20 años con un 23.3%.

Es probable que en los resultados obtenidos se evidencia que según el tiempo de experiencia laboral se tuvo como resultado un nivel de conocimiento bajo, un inadecuado nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico como identificarlo tiene implicaciones negativas para la víctima ya que, si se ejecuta de una manera errónea e intervenciones inadecuadas, reducen la sobrevivencia del paciente y aumenta la mortalidad.

El rol principal del equipo de enfermería necesita tener una aptitud y carácter positivo, efectivo y seguro de auto control que es el resultado de los saberes adquiridos, habilidades, destrezas y bases éticas en su formación. Todos los elementos mencionados van a contribuir a una relación efectiva y precisa con dirección a los requerimientos escañiles que presentan los pacientes con un paro cardíaco (14).

Estos resultados no concuerdan con Romulado G., donde realizó un trabajo de investigación titulado: Conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar que tiene el personal de salud del Policlínico Fiori – EsSalud. SMP – Lima. 2015, el cual concluyó que en relación a los saberes de RCP básico, el 60% denota que posee conocimiento sobre este, por el contrario el 40% manifiesta no tener conocimientos. Sobre conocimientos del paro respiratorio, el 78% del personal manifiesta conocer y el 22% manifiesta poseer poco o nulo conocimiento.

- En la tabla 5 se observa que la participación en capacitación sobre RCP en los últimos 3 años donde el mayor porcentaje se encuentra con un 81.4% del personal de enfermería que no ha recibido capacitación sobre RCP en los últimos 3 años, mientras que solo el 18.6% del personal de enfermería si ha recibido capacitación. En relación al nivel de conocimiento alto el mayor porcentaje se ubica con 9.3% del personal

que no ha recibido capacitación, en el nivel de conocimiento medio el mayor porcentaje se ubica con un 18.6% del personal que tampoco ha recibido capacitación y en el nivel de conocimiento bajo el mayor porcentaje se ubica con un 53.5% del personal sin capacitación.

Es probable que en los resultados obtenidos se evidencia que la participación en capacitación sobre RCP en los últimos 3 años se tuvo como resultado que el personal no ha tenido capacitación los últimos 3 años, teniendo todo eso en cuenta es importante que el personal de salud esté capacitado y no solo el personal hospitalario si no todo el personal de salud en general.

Al evitar las secuelas se requiere necesariamente una atención eficaz y veloz, debido a que solo se cuenta de 3 a 5 minutos para poder intervenir tempranamente con las técnicas de RCP básico. Ese tiempo se puede acrecentar a 15 minutos se cuenta con un dispositivo de desfibrilación por parte del personal médico capacitado (10).

Estos resultados no concuerdan con Osorio Y., donde realizó un trabajo de investigación titulado: Conocimientos sobre reanimación en las enfermeras del servicio de emergencia: Hospital Nacional Sergio Bernales, Lima - 2013, determinó que de acuerdo a los saberes sobre RCP en el personal de enfermería que laboran en el servicio de emergencia, el 63% poseen conocimientos y el 27% manifiesta no tener.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico en el personal de enfermería, en su mayoría es bajo con 65.12%, medio con un 23.26% y alto con un 11.63%.
2. En nivel de conocimiento sobre reconocimiento y activación del sistema de respuesta en reanimación cardiopulmonar básico del personal de enfermería, en su mayoría es medio con 81.40%, alto con un 9.3% al igual que bajo con un 9.3%.
3. En nivel de conocimiento sobre aplicación de compresiones torácicas en reanimación cardiopulmonar básico del personal de enfermería, en su mayoría es bajo con 65.12%, medio con 16.28% y alto con un 18.60%.
4. En nivel de conocimiento sobre manejo de vía aérea en reanimación cardiopulmonar básico en el personal de enfermería, en su mayoría es bajo con 48.84%, medio con un 13.95% y alto con un 13.95%.
5. En nivel de conocimiento sobre ventilación en reanimación cardiopulmonar básico en el personal de enfermería, en su mayoría es bajo con 53.49%, medio con un 32.56% y alto con un 13.95%.
6. En nivel de conocimiento sobre desfibrilación temprana en reanimación cardiopulmonar básico en el personal de enfermería, en su mayoría es medio con 51.16%, bajo con un 27.91% y alto con un 20.93%.

RECOMENDACIONES

1. A los directivos del Hospital Ilo MINSA II-1 motivar la importancia de la actualización en cursos de reanimación cardiopulmonar básica a todo el equipo de salud con la finalidad de tener personal competente y predispuesto.
2. A la Jefatura de Enfermería del Hospital y otras entidades con la finalidad de que coordine con el colegio de enfermeras para la realización de cursos teórico-prácticos en cuanto reanimación cardiopulmonar.
3. Sensibilizar a las enfermeras del servicio sobre la importancia de la obligación del personal de enfermería de mantenerse actualizada, por la responsabilidad del cuidado inmediata en pacientes en paro respiratorio.
4. Reforzar la investigación, haciendo estudios entre conocimientos y prácticas de reanimación cardiopulmonar en el personal de enfermería.
5. Vigorizar la enseñanza sobre reanimación cardiopulmonar en los estudiantes de la salud de las distintas áreas y niveles de atención de salud.

BIBLIOGRAFIA

1. Martínez Sardiñas A, Prieto García D, Muchuch Pacheco E. Reanimación cardiopulmonar: Actuación de los médicos no anesthesiólogos. Cuba2006. Rev Cub Anest Reanim. 2006.
2. Lara Blanco , Rojas Carrera. Capacitación sobre reanimación cardiopulmonar básica a personal de enfermería por criterios de conocimiento, aptitud y actitud. Rev Enferm IMSS. 2004 Dec; III.
3. Lara Blanco I, Rojas Carrera SI. Capacitacion sobre reanimacion cardiopulmonar basica a personal de enfermeria por criterios de conocimiento, aptitud y actitud. Rev Enferm IMSS. 2004 Dec; III.
4. Flisfisch H, Aguiló J, Leal. Actualización en paro cardiorrespiratorio y resucitación cardiopulmonar.. Revista Medicina y Humanidades. 2014; VI.
5. Meaney P. Calidad de la reanimación cardiopulmonar mejora de los resultados de la reanimación cardíaca intra y extrahospitalaria Declaración de consenso de la American Heart Association. Revista CIRCULACIÓN. 2014.
6. Machado Álvarez MdIC, Roque González CR, Barrios Osuna CI, Nodal Ortega J, Olive González JB, Quintana Pajón. Nivel de conocimientos en reanimación cardiopulmonar. Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación. 2010 Sep.
7. Consejo Peruano de Reanimacion. Consejo Peruano De Reanimación del Perú. Normas Peruanas de la Reanimación Cardiopulmonar del Soporte Básico de Vida y de la Desfibrilación Temprana. 2010..
8. Connolly M, Toner P, Connolly D, McCluskey D. Programme-teaching basic life support in schools. Resuscitation. The "ABC for Life". 2007.

9. Abrales Valeiras JA. Importancia de las técnicas de Respiración Cardiopulmonar Básica. Un estudio en la Región de Murcia. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. 2011.
10. Abrales Valeiras JA. Importancia de las técnicas de Respiración Cardiopulmonar Básica. Un estudio en la Región de Murcia. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. 2011.
11. Meaney. Calidad de la reanimación cardiopulmonar mejora de los resultados de la reanimación cardíaca intra y extrahospitalaria Declaración de consenso de la American Heart Association. Revista CIRCULACIÓN. 2014.
12. Cueto M. Conocimiento del personal de enfermería de un hospital materno-infantil sobre técnicas de reanimación cardiopulmonar. Universidad de Oviedo. 2013 Junio.
13. Gálvez Centeno. Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico del personal de enfermería en un establecimiento de primer nivel de atención Essalud de establecimiento de primer nivel de atención Essalud de Lima - Perú 2015. Lima.; 2015.
14. Achury D. Role of Nursing Professionals in Cardio Pulmonary. [Online].; 2017 [cited 2017 Octubre 21].
15. Díaz P, Pérez D, Sosa S, Salguero A, Oliva A. Reanimación Cardiopulmonar Básica en Personal De Enfermería. , Guatemala ; 2014.

16. Cueto Perez. "Conocimiento del personal de enfermería de un hospital materno-infantil sobre técnicas de reanimación cardiopulmonar". , España ; 2013.
17. Olivetto A, Muglia I. Conocimiento teórico de los enfermeros sobre la parada cardiorespiratoria y resucitación cardiopulmonar en unidades no hospitalarias de atención de urgencia y emergencia. Sao Paulo :, Brasil; 2011.
18. Romualdo Quillahuaman GJ. Conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar que tiene el personal de salud del Policlínico Fiori – EsSalud. SMP – Lima. 2015. ; 2015.
19. Osorio Rivadeneyra YL. Conocimientos sobre reanimación en las enfermeras del servicio de emergencia : Hospital Nacional Sergio Bernales, 2013. , Lima; 2014.
20. Nodal Leyva PE, López Héctor JG, de La Llera Domínguez G. Paro cardiorrespiratorio (PCR). Etiología. Diagnóstico. Tratamiento. Revista Cubana de Cirugía. 2006 Julio-Diciembre.
21. Nodal Leyva PE, López Héctor JG, de La Llera Domínguez. Paro cardiorrespiratorio (PCR). Etiología. Diagnóstico. Tratamiento. Revista Cubana de Cirugía. 2006 Julio-Diciembre.
22. Dantzker D, Scherf S. Cuidados Intensivos Cardiopulmonares. Tercera Edición. 1998.
23. Coloma R, Alvarez JP. Manejo Avanzado de la Vía Aérea. Rev. Med.Clin. Condes. 2011.
24. Salinas Herrera S. Soporte vital básico y avanzado en atención primaria. [Online].; 2013 [cited 2017 Octubre 21. Available from: <https://magllerandi.files.wordpress.com/2013/04/rcp-ap-final.pdf>.

25. Consejo Peruano de Reanimación. Normas Peruanas de Reanimación Cardiopulmonar del Soporte Básico de Vida y de la Desfibrilación Temprana – Consenso Mundial. [Online].; 2010 [cited 2017 Octubre 21]. Available from: <http://www.cpr.com.pe/pdf/NORMASPERUANAS2010FINALJVR.pdf>.
26. American Heart Association. Guidelines CPR & ECC. Aspectos destacados de de la actualizacion de las guias AHA para RPC y ACE. 2015.
27. Consejo Peruano De Reanimación del Perú. Normas Peruanas de la Reanimación Cardiopulmonar del Soporte Básico de Vida y de la Desfibrilación Temprana – Consenso Mundial 2010. , Perú; 2011.
28. Universidad Inca Garcilazo de la Vega. Diplomado taller: Manejo de la vía aérea, ventilación, RCP avanzada y accesos venosos e intraóseos para personal de enfermería. Lima- Perú, 2014.
29. Comité Peruano de Resucitación. Norma Peruana de Resucitación Cardiopulmonar Básica del Adulto. 2000..
30. Stuints K. Phone f first.. J Emerg Med Serv. 1987 Dec.
31. RJ M. Recommendations for ventilation during cardiopulmonary resuscitation. Time for change? Crit Care. 1985.
32. Safar P, Redding J. The “tight jaw” in resuscitation. Anaesthesiology. 1959.
33. Segarra Ciprés M, Bou Llusar JC. Concepto, tipos y dimensiones del Conocimiento. 2015..
34. Concepto, Tipos y dimensiones del Conocimiento. 2015..
35. Bellido Vallejo , Ríos Ángeles Á, Fernández Salazar. MODELO DE CUIDADOS DE VIRGINIA HENDERSON. Proceso Enfermero desde

el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. 2010; I.

36. Hernández Martín C, Frutos Martín M. EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON EN LA PRACTICA ENFERMERA. Universidad de Valladolid, España; 2015.
37. Polit DF, Hungler BP. INVESTIGACION CIENTIFICA EN CIENCIAS DE LA SALUD. In Polit DF, Hungler BP. INVESTIGACION CIENTIFICA EN CIENCIAS DE LA SALUD. México: Sexta edición; 2000.
38. Fernandez Collado C, Baptista Lucio. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION. In Fernandez Collado C, Baptista Lucio P. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION. México: Sexta edición ; 2014.
39. Palma N. Determinación del nivel de conocimiento habilidades y prácticas en reanimación cardiopulmonar básica en personal de enfermería, personal técnico e internos de medicina en el hospital regional de Cajamarca. ; 2009.

ANEXO 3
MATRIZ DE CONSISTENCIA

| TITULO: "NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICO EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL ILO MINSA II 1 – 2018." | | | | | |
|--|--|---|---|---|--|
| FORMULACION DEL PROBLEMA | OBJETIVOS | HIPOTESIS | VARIABLES | METODOLOGIA | |
| PROBLEMA GENERAL | OBJETIVO GENERAL | HIPOTESIS GENERAL | V.I Conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar | TIPO Y DISEÑO: El tipo de estudio es prospectivo porque el efecto se recoge a partir del inicio del estudio, transversal porque no hay seguimiento de la variable, se mide solo una sola vez El diseño es no experimental, descriptivo porque se van a recolectar hechos y acontecimientos en el escenario natural de unidad de análisis POBLACION Y MUESTRA: POBLACION: La población de estudio está conformada por el | |
| ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico en el personal de enfermería del Hospital Ilo MINSA II 1 - 2018? | Identificar el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico en el personal de enfermería del Hospital Ilo. MINSA II 1 – 2018 | El presente trabajo es descriptivo por lo que carece de planteamiento de hipótesis. | | | |
| PROBLEMAS ESPECIFICOS | OBJETIVOS ESPECIFICOS | | | | |
| ¿Cuál es el nivel de conocimiento y activación del sistema de respuesta sobre reanimación cardiopulmonar básico en el personal de enfermería del Hospital Ilo MINSA II 1 – 2018? | Establecer el nivel de conocimiento del manejo de la vía aérea sobre reanimación cardiopulmonar básico en el personal de enfermería del Hospital Ilo MINSA II 1 – 2018 | | | | |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento en la aplicación de compresiones torácicas sobre reanimación cardiopulmonar básico en el personal de enfermería del Hospital Ilo MINSa II 1 – 2018?</p> | <p>Identificar el conocimiento en ventilaciones sobre reanimación cardiopulmonar básico en el personal de enfermería del Hospital Ilo MINSa II 1 – 2018</p> | | | <p>personal de enfermería del Hospital MINSa Ilo II 1, que incluye:</p> <p>- Enfermeras = 43</p> <p>MUESTRA: No se considera muestra por el tamaño de la población.</p> <p>TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS:</p> <p>Se utilizará la técnica de la encuesta.</p> <p>INSTRUMENTO: Encuesta.</p> |
|--|---|--|--|--|