

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Sección de Segunda Especialidad en Enfermería

**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LA GUÍA DE INTERVENCIÓN
AL PACIENTE ADULTO CON PARO CARDIO RESPIRATORIO
POR ENFERMERA(O) DEL SERVICIO DE EMERGENCIA
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, TACNA 2014**

TESIS

Presentada por:

Lic. Caty Vilma Ccalli Cuentas

Para optar el Título de Segunda Especialidad en:

CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

TACNA - PERÚ

2014

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA
Facultad de Ciencias de Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería
Sección Segunda Especialidad

**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LA GUÍA DE
INTERVENCIÓN AL PACIENTE ADULTO CON PARO CARDIO
RESPIRATORIO POR ENFERMERA (O) DEL SERVICIO DE
EMERGENCIA HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE,
TACNA 2014**


TESIS

Presentada por:

LIC. CATY VILMA CCALLI CUENTAS

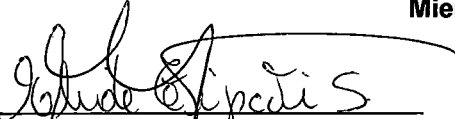
Para optar la Segunda Especialidad Cuidado Enfermero en
Emergencias y Desastres

Aprobado por Uwim., ante el siguiente Jurado


Dra. Elena Cachicatari Vargas
Presidenta


Enf. Esp. Gladys Arratia Torres
Miembro


Enf. Esp. Elsa Ninaja de Paco
Miembro


Lic. Esp. Elide Tipacti Sotomayor.
Docente Asesor

DEDICATORIA

A Dios por darme la dicha de vivir, por ser mi guía espiritual, mi fortaleza y mi fuerza en mi camino.

A mi asesora Lic. Esp. Elide Tipacti Sotomayor, por su enseñanza y orientación para el desarrollo de mi profesión.

Y en especial a mi familia, a quienes les debo la existencia y todo lo que soy, cristalizando así una de mis grandes aspiraciones.

CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1. Fundamentos y formulación del problema.....	4
1.2. Objetivos.....	7
1.3. Justificación.....	8
1.4. Formulación de la Hipótesis.....	10
1.5. Operacionalización de variables.....	11
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	14
2.1. Antecedentes de la investigación.....	14
2.2. Bases teóricas.....	18
2.3. Definición conceptual de términos.....	57
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	58
3.1. Material y Métodos.....	58
3.2. Población y Muestra.....	59
3.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	60
3.4. Procedimientos de recolección de datos.....	61
3.5. Procesamiento de datos.....	62
CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS.....	63
4.1. Resultados.....	64
4.2. Discusión.....	70
CONCLUSIONES	

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS

ANEXOS

RESUMEN

El presente estudio de investigación de tipo descriptivo, prospectivo, transversal y correlacional; tuvo el objetivo de determinar el Nivel de Conocimiento y Aplicación de la Guía de Intervención al paciente adulto con Paro Cardiorespiratorio por Enfermera (o) del Servicio de Emergencia Hospital Hipólito Únanue, Tacna 2014. Con una población de 21 enfermeras(os). Se aplicó el Cuestionario de las Normas Peruanas de la Resucitación Cardiopulmonar Básica y la Escala de rango de la Guía de intervención al paciente adulto con paro cardiorespiratorio (2010) del Ministerio de salud. Obteniendo los siguientes resultados: El nivel de conocimiento de la guía de intervención al paciente adulto con paro cardiorespiratorio en enfermera (o) del servicio de emergencia en su mayoría fue alto. En cuanto a la aplicación de la guía de intervención al paciente adulto con paro cardiorespiratorio en enfermera (o) en su mayoría fue grado de aplicación buena. En conclusión existe relación entre el nivel de conocimiento y aplicación de la guía de intervención al paciente adulto con paro cardiorespiratorio según la prueba de chi cuadrado.

Palabras clave: nivel de conocimiento, aplicación, guía de intervención al paciente adulto con paro cardiorespiratorio, enfermera (o).

ABSTRACT

This research study descriptive, prospective, cross-sectional and correlational; aimed to determine the level of knowledge and Enforcement Intervention Guide to the adult patient with Cardiorespiratory arrest by Nurse (o) Emergency Service Hipólito Unanue Hospital, Tacna 2014. With a population of 21 nurses (os). Questionnaire Peruvian Standards CPR and Basic Range scale intervention Guide to the adult patient with cardiopulmonary arrest (2010) of the Ministry of Health was applied. With the following results: The level of knowledge of the guide intervention to adult patients with cardiorespiratory arrest a nurse (or) emergency service was mostly overlooked. Regarding the implementation of the intervention guide the adult patient with cardiopulmonary arrest in nurse (o) was mostly good degree of application. In conclusion there is a relationship between the level of knowledge and application of the intervention guide the adult patient with cardiac arrest according to the chi square test.

Keywords: level of knowledge, application, intervention guide the adult patient with cardiopulmonary arrest, nurse (o).

INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS-2008), la organización de los sistemas de salud y las políticas de salud en un mundo de acciones globales e interdependientes; han pasado a jugar un rol preponderante en la productividad primaria y en la de los servicios. Hoy se impone en el sistema asistencial modernizar y acondicionar propuestas y acciones para alcanzar el concepto de brindar calidad total en la atención de salud en los diferentes servicios (1).

Respecto al personal de Enfermería, el sistema actual de salud lo invita a conocer y a poseer una actitud crítica y reflexiva frente a la realidad social del ser humano, frente a los derechos del individuo e importancia de los bienes comunes, como también a la toma de decisiones concernientes a la salud entre enfermera-individuo-familia; aunado a lo anterior, el profesional de enfermería como gerente del cuidado, debe planificar, ejecutar y controlar el cuidado con calidad y sensibilidad humana, que le permita crecer y nutrirse del cuidado humanizado; este conocimiento de la profesión y de su objeto le permite aproximarse a una reflexión teórico-filosófica de su práctica; partiendo de esta visión que le permitirá romper esquemas y paradigmas instrumentalistas y biologicistas(2).

Emergencia es la situación de salud que se presenta repentinamente, requiere inmediato tratamiento o atención y lleva implícito una alta probabilidad de riesgo de vida (1).

Un paro cardiorespiratorio (PCR) es la detención de la respiración y del latido cardíaco en un individuo. Puede ocurrir por diversas causas, algunas de las más típicas son ahogo por inmersión , shock , electrocución, ahogamiento, asfixia , intoxicación, estrangulación, hipotermia profunda, traumatismo cráneo cefálico, hemorragias severas, deshidratación,efectos de anestesia y otros fármacos, esfuerzo físico extremo. Implica la detención de la circulación de la sangre y por lo tanto implica la detención del suministro de oxígeno al cerebro. Si un paciente entra en este estado la muerte es inminente, por lo tanto requiere de intervención inmediata a través de reanimación cardiopulmonar (RCP). Esto es: masaje cardíaco y respiración artificial. Junto con iniciar el RCP se debe avisar inmediatamente a los servicios de emergencia más cercanos, y no se debe abandonar el RCP en ningún momento sin la indicación de un médico calificado (3).

La Enfermería de Emergencias tiene el rol de ser una Enfermera (o) profesional que implica la integración de la práctica, la investigación, la educación y la profesionalidad. La práctica comprende la valoración, diagnóstico y el tratamiento de la respuesta humana a los problemas percibidos, reales o potenciales, físicos o psicosociales que pueden ser episódicos, primarios y/o agudos (3).

El cuidado del profesional en enfermería exige ante un paro cardiorespiratorio poseer una actitud y aptitud efectiva, seguridad y auto-control producto de conocimientos, destrezas, habilidades y principios

éticos. Todos estos elementos contribuirán a una coordinación precisa, oportuna dirigida a las necesidades reales de las personas en paro cardiorespiratorio (3).

Con el propósito de brindar un cuidado enfermero humano y de calidad en el servicio de emergencia, a pacientes adultos con paro cardiorespiratorio, se realizó el presente trabajo de investigación titulado “Nivel de conocimiento y aplicación de la guía de intervención al paciente adulto con paro cardiorespiratorio por enfermera (o) del servicio de emergencia Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2014”, que consta del: Capítulo I: Planteamiento del problema, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Metodología de la investigación, Capítulo IV: Resultados, para terminar con las Conclusiones y Recomendaciones.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.6. Fundamentos y formulación del problema

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la primera causa de muerte, en 31 de los 35 países de América, un estudio de paros cardíacos extrahospitalarios en Latinoamérica pudo constatar una mortalidad cercana al 98%, a pesar de los avances que han tenido los sistemas de ambulancias de atención médica de emergencias, confirmando así la información internacional que demuestra que excepcionalmente un sistema de rescate médico puede llegar y operar en una gran metrópoli en los cuatro primeros minutos críticos del Paro Cardiorespiratorio (PCR), y que las acciones posteriores a este tiempo tienen escasos resultados si no se ha realizado la Resucitación Cardiopulmonar (RCP) por los testigos del evento (1).

En el Perú, se desconoce la real incidencia de las muertes súbitas y causas que la producen, sin embargo, estudios epidemiológicos realizados en las últimas décadas señalan al trauma y a las enfermedades cardiovasculares y cerebro vasculares en los adultos, como las primeras causas de muerte, al igual que en países de Latinoamérica, debido al incremento cada vez mayor de los factores

de riesgo, desconociéndose las cifras exactas de muertes, por lo que, son necesarios la implementación de estrategias no sólo para detenerlo, sino también para iniciar un significativo descenso. Se sabe que más del 80% de los PCR en los adultos ocurren como consecuencia de la Fibrilación Ventricular (FV) cuya sobrevida depende única y exclusivamente de la RCP oportuna y de la desfibrilación temprana (antes de los 10 minutos), este hecho enfatiza la importancia de la implementación de programas con participación de la comunidad en el conocimiento de la desfibrilación precoz (1).

Las instituciones dedicadas a la atención de la salud, no han podido desarrollar una estrategia global para afrontar adecuadamente el reto a estos problemas de salud actual, requiriendo para ello, no sólo, unidades médicas equipadas para la atención de las víctimas en el lugar del accidente, sino también, infraestructura hospitalaria y recursos humanos entrenados para atenderlos y determinar las pautas a seguir. Las consecuencias médicas y socioeconómicas de las muertes ocurridas por aumento de dichas enfermedades en nuestro medio son difícilmente manejables, pues la implementación médica requerida por estos pacientes está por sobre la capacidad de nuestro país (3).

No hay suficiente información al público en general acerca de las situaciones que generan las emergencias cardiovasculares, tampoco

se conoce programas de promoción, prevención para disminuir estos factores y no se cuenta con una programación curricular relacionados a los Primeros Auxilios o similares para la prevención y manejo de estas situaciones en los niveles de educación primaria, secundaria y universitaria (4).

Es escaso el número de profesionales de la salud especializados, capacitados y certificados para la atención del trauma, emergencias cardio y cerebro vasculares. La complejidad de los Sistemas de salud en el Perú, no han permitido todavía establecer criterios para un manejo integral, oportuno y eficaz de éstas víctimas, adoleciendo además de un Sistema Integrado, organizado y único para la atención adecuada de las Emergencias por RCP tanto en el nivel hospitalario como en el pre hospitalario.

La guía de reanimación cardiopulmonar permite entrenar aquellas personas que prestaran atención a la población con afecciones cardiopulmonares.

Durante las prácticas de la especialidad se ha observado que es importante la aplicación precoz y adecuadas de las técnicas en RCP ya que aumentan las posibilidades de supervivencia de los pacientes, reducen la mortalidad y largas estadías en el hospital, así como conocer nuestras deficiencias, debilidades y posterior toma de

decisiones, además esto nos permitirá establecer la necesidad de constantes capacitaciones y lograr mejores profesionales.

En el servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, los profesionales de enfermería, atienden alrededor de 58 emergencias al día, y de los cuales el 20%, provienen de la casuística de paro cardiorespiratorio, es por ello que los profesionales de enfermería deben estar capacitados en la atención a este tipo de paciente.

Es así que se formula lo siguiente:

¿Existe relación entre el Nivel de Conocimiento y Aplicación de la Guía de Intervención al paciente adulto con Paro Cardiorespiratorio por Enfermera (o) del Servicio de Emergencia Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2014?

1.7. Objetivos

Objetivos General:

Determinar la relación entre el Nivel de Conocimiento y Aplicación de la Guía de Intervención al paciente adulto con Paro Cardiorespiratorio por Enfermera (o) del Servicio de Emergencia Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2014.

Objetivos Específicos:

- Identificar el nivel de conocimiento de la guía de intervención al paciente adulto con Paro Cardiorespiratorio por Enfermera (o) del Servicio de Emergencia Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2014.
- Identificar el nivel de aplicación de la guía de intervención al paciente adulto con Paro Cardiorespiratorio por Enfermera (o) del Servicio de Emergencia Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2014.
- Establecer la relación entre el nivel de conocimiento y aplicación de la guía de intervención al paciente adulto con Paro Cardiorespiratorio por Enfermera (o) del Servicio de Emergencia Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2014.

1.8. Justificación

El paro cardiorrespiratorio (PCR) se define como la detención súbita de la función cardíaca y respiratoria que tiene como consecuencia la anoxia tisular y muerte en caso de no ser atendido en forma adecuada. El tratamiento efectivo y oportuno depende de la aplicación temprana de la reanimación cerebro cardiopulmonar. La reanimación cardiopulmonar (RCP) es el conjunto de pautas estandarizadas que se desarrollan en forma secuencial y sistemática cuyos objetivos son: restaurar la función cardíaca y respiratoria buscando garantizar la oxigenación tisular suficiente en los órganos vitales, preservar la vida, restituir la salud, aliviar el sufrimiento y limitar la incapacidad (1).

La reanimación cardiopulmonar tiene dos niveles, el primero corresponde al apoyo vital básico que incluye el reconocimiento del paro, activación del código azul y la reanimación básica. El segundo corresponde al apoyo vital avanzado y se refiere a los intentos por restablecer la circulación natural utilizando la RCP básica más el control avanzado de la vía respiratoria, intubación endotraqueal, desfibrilación y medicamentos intravenosos (2).

Datos estadísticos muestran resultados de reanimaciones exitosas en 55% de los casos (Perú - 2012), egresos con personas vivas en 25% y sobrevivida a un año en 4% a 20%.(3 -5) Estas cifras confirman la necesidad de seguir desarrollando estrategias dirigidas a la capacitación en reanimación al profesional de la salud que permitan lograr un número significativo de reanimaciones exitosas, cuyo propósito sea la sobrevivida de las personas (1).

Los profesionales de enfermería, como parte del equipo de salud, deben mejorar permanentemente sus procesos de atención, teniendo como base instrumentos técnicos que les facilite el manejo adecuado y oportuno de la atención de salud en situaciones de emergencia y desastre. La técnica de RCP es de tal importancia que su conocimiento es requisito necesario en el cuidado enfermero de los servicios de emergencia y para la acreditación correspondiente. En tal

sentido es necesario que ellos conozcan y apliquen las guías de intervención en un Paro Cardiorespiratorio para así promover una mejor y eficiente práctica clínica (2).

Con los resultados del presente estudio se conocerá si el servicio de emergencia cuenta con personal idóneo, si los profesionales de enfermería, que intervienen en las maniobras de reanimación poseen una serie de características, entre ellas: conocimientos, habilidades, destrezas, que le permitan estar preparado, actuar en forma oportuna y precisa con el fin de disminuir la mortalidad y establecer la supervivencia.

Lo cual constituirá un marco de referencia que permitirá a las autoridades competentes delinear estrategias e implementar políticas de mejora de recursos humanos de enfermería. Servirán también para hacer correcciones en la atención a estos usuarios y puede servir de modelo de atención en las emergencias de otros hospitales que tengan estos problemas de salud.

Además que dadas las necesidades de constante preparación y capacitación de nuestro personal según recomiendan las organizaciones reguladoras en Reanimación Cardiopulmonar, con el presente trabajo nos disponemos a determinar el conocimiento real

del personal de enfermería en materia de Reanimación Cardiopulmonar Básica para conocer deficiencias, debilidades y posterior toma de decisiones, además esto permitirá establecer la necesidad de constante capacitación (4).

1.9. Hipótesis

Existe relación entre el nivel de conocimiento y aplicación de la guía de intervención al paciente adulto con Paro Cardiorespiratorio por Enfermera (o) del Servicio de Emergencia Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2014.

1.10. Operacionalización de Variables

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicador	Escala
VARIABLE INDEPENDIENTE Nivel de Conocimiento de la guía de intervención al paciente adulto con Paro cardiorespiratorio	“Conocimiento sobre la guía de intervención al paciente adulto con paro cardiorespiratorio es la capacidad de aprender sobre la interrupción repentina y simultánea de la respiración y el funcionamiento del corazón, debido a la relación que existe entre el	Definición Causas Manifestaciones RCP Básico RCP avanzado	Nivel de Conocimiento Alto Nivel de Conocimiento Promedio Nivel de Conocimiento Bajo	Nominal

	sistema respiratorio y circulatorio, bajo las normas de la guía de intervención del Ministerio de Salud, categorizado en alto, promedio y bajo” (9).			
VARIABLE DEPENDIENTE		Intervención de enfermería en el servicio de emergencia:	Grado de aplicación Bueno	Nominal
Aplicación de la guía de intervención al paciente adulto con Paro cardiorespiratorio	“Se denomina aplicación de la guía de intervención así a la intervención de enfermería a todo paciente adulto que asista a la emergencia hospitalaria por presentar paro cardio respiratorio bajo las normas del Ministerio de Salud, categorizado en bueno, regular y deficiente” (15).	<ul style="list-style-type: none"> • Inicia la clave de alarma del hospital. • Permeabiliza vías aéreas. • Verifica ausencia de respiración (VES). • Retira prótesis. • Verifica presencia de cuerpos extraños. • Aspira secreciones. • Hiperventila al paciente • Prepara material y asiste en el procedimiento de intubación (TET). • Coloca al ventilador mecánico. • Coloca cánula oro faríngea, tubo de mayo. • Monitoriza Sat O2, Fc, EKG, PA. • Recolecta muestra de sangre para AGA. 	<p>Grado de aplicación Regular</p> <p>Grado de aplicación Deficiente</p>	

		<ul style="list-style-type: none">• Si no hay pulso carotideo prepara para el masaje cardiaco.• Canaliza doble vía endovenosa con branula número 16.• Prepara equipo para desfibrilación.• Monitoriza al paciente hasta esperar respuesta mediante el control de EKG.• Coordina traslado a UCI.		
--	--	---	--	--

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Durante la revisión bibliográfica realizada se encontró trabajos de investigación referente a las variables de estudio.

A nivel internacional

Delgado C. (5), en el estudio “Efecto de un programa educativo teórico-práctico sobre reanimación cardiopulmonar, programa impartido en el Hospital Dr. Jesús María Casal Ramos Portugal – 2007”, concluyendo que de 112 enfermeras, en relación a los años de servicio de la población estudiada el 74,2% tenían más de 11 años; mientras que un 25,8% tenían menos de 10 años laborando. En base a los resultados se concluye que los profesionales de enfermería que laboran en las unidades clínicas de Emergencia General, Medicina, Cirugía y Nefrología incrementaron de manera significativa el conocimiento sobre Soporte Vital Básico; con una diferencia de 2,4 puntos, significativo a una $p < 0,001$ luego de aplicado el Programa Educativo sobre Reanimación Cardiopulmonar (RCP).

En atención al conocimiento sobre Soporte Vital Avanzado, los hallazgos de la investigación comprueban que, el personal que

participó en el programa sobre Reanimación Cardiopulmonar (RCP) aumentó significativamente sus conocimientos con una diferencia de 6,5 puntos, fue significativo con una $p < 0,001$, posterior a la participación en el programa educativo.

En lo que respecta al conocimiento sobre el Soporte Vital Prolongado se evidencia en los resultados un incremento significativo de conocimientos, demostrado con una diferencia de 2,8 puntos, significativos a una $p < 0,001$, luego de participar en el programa educativo sobre Reanimación Cardiopulmonar (RCP). Se comprueba, debido a que existen diferencias estadísticamente significativas entre los valores de las medias antes y después de la aplicación del programa educativo sobre Reanimación Cardiopulmonar (RCP); puesto que el conocimiento se incrementó después de la aplicación del programa lo que reafirma la efectividad de este proceso formativo (5).

Saldiñas E. (6), “Reanimación cardiopulmonar en el paciente oncológico terminal. Dilemas éticos y bioéticos en Enfermería en Cuba 2007”. Se realizó un estudio descriptivo longitudinal en el contexto hospitalario del Hospital Universitario Dr. Celestino Hernández Robau de la provincia de Villa Clara en el período de octubre de 2005 a abril de 2006. Con el objetivo de determinar el nivel

de conocimiento teórico práctico del personal de enfermería en el manejo de la Reanimación Cardiopulmonar (RCP) en el paciente oncológico terminal en urgencias. Se tomó una muestra de 115 enfermeros, que constituyó el 65 % de los que laboran en las diferentes salas del centro hospitalario a partir de un muestreo probabilístico intencional, se incluyeron enfermeros licenciados así como técnicos que laboran en estos servicios, se excluyeron enfermeros en maestrías, licencias y certificados prolongados.

Las variables estudiadas fueron nivel de actualización en RCP oncológica, conducta en la reanimación, valores en enfermería, criterio de eutanasia, manejo psicológico del paciente oncológico, principios éticos en enfermería. Se aplicaron encuestas, entrevistas a profundidad, formulario, criterio de expertos y revisión actualizada del tema. Se determinó que existe una relación psicoafectiva positiva paciente-enfermero, así como criterio adecuado de enfermería con respecto a la muerte digna y actualización científica sobre el manejo de la reanimación cardiopulmonar oncológica terminal” (6).

A nivel nacional:

Machado M. (7), “Nivel de conocimientos en reanimación cardiopulmonar cerebral en el Hospital Rebagliati Lima 2005”. El personal médico debe conocer y practicar las maniobras de

reanimación cardiopulmonar cerebral. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo de una muestra formada por 68 licenciados en enfermería. Se realizó una encuesta anónima de veinte preguntas basadas en las normas internacionales del Comité de Enlace Internacional de Resucitación año 2005 (Guías 2005).

Resultados: Del total de encuestas revisadas se consideraron 16 con resultados muy satisfactorios (más de 80 puntos) 12 encuestas satisfactorias, (entre 60 y 80 puntos) y 40 insatisfactorias (menos de 60 puntos). Conclusiones: Existe un insuficiente nivel de conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar cerebral, lo que hace necesario la capacitación del personal del Centro en las maniobras de reanimación cardiopulmonar cerebral.

Palma N. (8), “Determinación del Nivel de Conocimiento Habilidades y Prácticas en Reanimación Cardiopulmonar Básica en Personal de Enfermería en el Hospital Regional de Cajamarca – 2009”. Hubo 64 participantes. El método de estudio fue Observacional, descriptivo y prospectivo. Resultados: 18 fueron varones, 46 mujeres; el 23%(15) del personal aprobó la encuesta. Conclusión: Solamente el 23% del profesional de salud conoce sobre reanimación cardiopulmonar básica. El área Crítica es el servicio mejor preparado, y profesionales capacitados previamente.

A nivel local:

No se han encontrado trabajos de investigación relacionado con las variables del estudio a nivel local.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA GUÍA DE INTERVENCIÓN AL PACIENTE ADULTO CON PARO CARDIORESPIRATORIO

“Conocimiento significa acción y efecto de conocer, entendimiento, inteligencia y razón natural”. “Es un conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o personal. El conocimiento sólo puede residir dentro de un conocedor, una persona determinada que lo interioriza racional o irracionalmente (9)”.

El conocimiento genera conocimiento mediante el uso de la capacidad de razonamiento o inferencia (tanto por parte de humanos como de máquinas).

El conocimiento tiene estructura y es elaborado, implica la existencia de redes de ricas relaciones semánticas entre entidades abstractas o materiales. Una simple base de datos,

por muchos registros que contenga, no constituye per se conocimiento.

El conocimiento es siempre esclavo de un contexto en la medida en que en el mundo real difícilmente puede existir completamente auto contenido. Así, para su transmisión es necesario que el emisor (maestro) conozca el contexto o modelo del mundo del receptor (aprendiz).

El conocimiento puede ser explícito (cuando se puede recoger, manipular y transferir con facilidad) o tácito. Este es el caso del conocimiento heurístico resultado de la experiencia acumulada por individuos.

El conocimiento puede estar formalizado en diversos grados, pudiendo ser también informal. La mayor parte del conocimiento transferido verbalmente es informal.

Una definición táctica de conocimiento: conocimiento es la capacidad para convertir datos e información en acciones efectivas.

“Nivel de Conocimiento sobre la guía de intervención al paciente adulto con paro cardiorespiratorio es la capacidad de aprender sobre la interrupción repentina y simultánea de la respiración y el funcionamiento del corazón, debido a la

relación que existe entre el sistema respiratorio y circulatorio, bajo las normas de la guía de intervención del Ministerio de Salud, categorizado en alto, promedio y bajo” (9).

La Guía de Intervención del Ministerio de Salud (2010) sobre las acciones del personal profesional de enfermería a un paciente con paro cardiorespiratorio, refiere que se debe conocer (10):

Que en un paro respiratorio donde el corazón puede seguir funcionando, pero en pocos minutos sobreviene el paro cardíaco, cuando no se presta el primer auxilio inmediatamente. También iniciarse con un paro cardíaco, en cuyo caso casi simultáneamente, se presenta el paro respiratorio (11).

En primeros auxilios es importante determinar si se presenta paro respiratorio o paro cardiorespiratorio para realizar las maniobras de resucitación adecuadas (11).

Para ello se debe conocer lo anterior a un paro cardiorespiratorio como es:

La prevención de un paro cardiorespiratorio;

- Masticar bien la comida antes de deglutirla.
- No fumar.

- Evitar el sedentarismo.
- Llevar los problemas calmadamente.
- Expresar sus iras preocupaciones o miedo.
- Delegar responsabilidades.
- Tomar descansos adecuados.
- Controlar su peso.
- Tenga una dieta balanceada.
- No haga ejercicio cuando usted esté en mal estado de salud.
- Reconozca las manifestaciones del ataque cardíaco.
- No haga ejercicio después de comer abundantemente.
- Sométase control médico cada año luego de los 45 años.

Causas de Paro cardiorespiratorio:

- Ahogamiento.
- Cuerpos extraños en vías respiratorias (trozos de alimentos, vómitos, mucosidades, sangre etc.).
- Estrangulamiento.
- Intoxicación por alcohol.
- Dosis excesiva de medicamentos.
- Choque eléctrico.
- Traumatismos.
- Shock.

- Insolación o congelamiento.
- Quemaduras.
- Inflamación de garganta.
- Obstrucción de la garganta por caída de la lengua.
- Falta de oxígeno (minas, pozos, armarios) ataque cardíaco.

Manifestaciones del Paro Respiratorio:

- Ausencia de respiración.
- Cianosis en labios y uñas.
- Pérdida de conocimiento.
- Pulso rápido y débil.

Manifestaciones del Paro Cardiorespiratorio:

- Ausencia del pulso y respiración.
- Piel pálida a veces cianótica especialmente en labios y uñas.
- Pérdida de conocimiento.
- Pupila dilatada parcialmente a los 2 ó 3 minutos la dilatación es total y no reacciona a la luz.

Resucitación Cardiopulmonar:

El conocimiento de las muertes súbitas y el redescubrimiento de las técnicas de la Resucitación Cardiopulmonar (RCP) por Peter Safar, Adam y Kuowenhoven por los años de 1960, se han convertido en la técnica de emergencia más usada en la medicina actual, millones de personas se capacitan y entrenan en todo el mundo intentando aprender dichas técnicas para tratar de salvar vidas (10).

La RCP, es considerado como uno de los más importantes avances de la medicina, que previene o evita las muertes prematuras, su desarrollo se sustenta en los innumerables trabajos realizados desde hace muchos años por médicos, investigadores y organizaciones médicas, y en la actualidad, por el uso de equipos modernos para capacitar a las personas que por su profesión (profesionales de la salud) u oficio (bomberos, policías, rescatistas, socorristas) brindan atención en soporte cardiovascular de emergencia (11).

Tal es la importancia de su conocimiento que es requisito necesario para la acreditación de todo el personal de Salud de los servicios de urgencias, emergencias y áreas críticas en Europa, USA, Canadá y, en otros países desarrollados. La RCP básica es también una exigencia para los miembros de los organismos que participan en la atención de primera respuesta como Bomberos, Socorristas, Policías, etc. (10).

Sin embargo, en muchos países como en el nuestro el desarrollo, el entrenamiento y la difusión de la RCP son aún incipientes a pesar de los esfuerzos de expertos en la materia, instituciones de salud pública y privada sumándose recientemente a ello el Consejo Peruano de Reanimación (12).

La RCP básica estará indicada siempre que se presencie un paro cardíaco súbito, salvo que se presente alguna de las contraindicaciones específicas:

- Condiciones médicas que hagan de la RCP un procedimiento inútil.
- Riesgos graves para el propio reanimador.
- Respetar el derecho del paciente a rehusar el tratamiento (orden de no reanimar en paciente hospitalizado).
- Cuando el PCR es la consecuencia de la evolución terminal de una enfermedad.
- Cuando la víctima presenta signos evidentes de muerte biológica: lividez, rigor mortis, etc.
- En el área de Emergencia, en pacientes a los que se les practicaron sin éxito maniobras de RCP en el medio extrahospitalario.
- Cuando el PCR lleva más de diez minutos de evolución sin haberse iniciado las maniobras de Soporte Básico de Vida. Transcurridos más de cinco minutos sin SBV son muy

escasas las posibilidades de recuperar las funciones cerebrales superiores. Este criterio no es aplicable en ciertas situaciones como hipotermia o intoxicación barbitúrica.

- Cuando la RCP demore la atención a otras víctimas con mayor probabilidad de supervivencia (accidentes con múltiple víctimas) (12).

Paro respiratorio primario

Cuando se presenta el paro respiratorio, el corazón y los pulmones continúan funcionando por algunos minutos y el oxígeno seguirá circulando en el cerebro y en otros órganos vitales. El paro respiratorio puede ser debido a: ahogamiento, accidente cerebro vascular (ACV), obstrucción de las vías aéreas por cuerpo extraño, inhalación de humo, sobredosis de drogas, electrocución, sofocación, trauma, infarto agudo de miocardio (IAM) y coma. Cuando se ha detenido la respiración, se debe administrar respiraciones de apoyo para evitar que el corazón se detenga y evitar la muerte.

Paro cardíaco primario:

Cuando esto ocurre la circulación se detiene y el oxígeno no llega a los órganos vitales. Puede haber en los comienzos del paro cardíaco esfuerzos respiratorios ineficaces de "jadeo"

(respiraciones " agónicas"), que no deben confundirse con una respiración espontánea.

Cadena de sobrevivencia

Una serie de acciones que comprende el reconocimiento precoz de la emergencia, la llamada a los SMEL, la RCP básica, Desfibrilación temprana, hasta la Reanimación Avanzada y traslado al hospital para los cuidados integrales post paro, constituyen la denominada "CADENA DE SUPERVIVENCIA". Cualquier eslabón de esta cadena que falle provocara un mal resultado para la víctima. Por lo anterior, para no perder la efectividad cada acción debe estar perfectamente relacionada con el resto de las acciones.

Los eslabones de la nueva Cadena de Sobrevivencia en adultos son:

1er. Eslabón:

·RECONOCIMIENTO INMEDIATO del paro cardiaco y ACTIVACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS DE EMERGENCIA LOCAL (SMEL). CONSEJO PERUANO DE REANIMACIÓN – WWW.CPR.COM.PE

NORMA PERUANA DE LA REANIMACIÓN
CARDIOPULMONAR, SOPORTE BASICO DE VIDA Y DE LA
DEFIBRILACIÓN TEMPRANA 2010.

2o. Eslabón:

- RCP INMEDIATA con énfasis en las compresiones torácicas.

3er. Eslabón:

- DEFIBRILACION TEMPRANA.

4o. Eslabón:

- REANIMACION CARDIOPULMONAR AVANZADA efectiva.

5to. Eslabón:

- CUIDADOS INTEGRADOS POST PARO.

LA SECUENCIA DE LA RCPB (RCPB)

En la RCPB las fases de evaluación son fundamentales. Nadie se le debe someter a los procedimientos (compresión torácica o respiración de apoyo) sin antes haber establecido su necesidad. Por eso la importancia de enseñar las fases de evaluación en la RCP.

Cada uno de los pasos de la RCP (CAB), empiezan con una fase de evaluación: determinar la falta de respuesta, establecer la ausencia de respiraciones y determinar la falta de circulación, respectivamente.

Recuerde que:

Luego de determinar la pérdida del conocimiento activar inmediatamente el SME local.

NORMA PERUANA DE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y DEL SOPORTE BÁSICO DE VIDA EN EL ADULTO

1. GARANTICE LA SEGURIDAD DEL REANIMADOR Y DE LA VÍCTIMA

El reanimador debe velar por su seguridad y el de la víctima, evitando situaciones de riesgo, como por ejemplo, iniciar una RCP en un local que se está incendiando, o el paciente se está electrocutando.

2. EVALUACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA Comprobar la capacidad de respuesta de la víctima, tomarlo de los hombros y con voz fuerte preguntar "¿Está usted bien?". Si la persona no responde, está inconsciente. Si la víctima responde pero está lesionado o necesita ayuda médica, llamar al Servicio Médico de Emergencia Local (SMEL) y re chequear a la víctima. Si se sospecha de una lesión a nivel cervical, movilizar a la víctima sólo si es absolutamente necesario.

3. PEDIDO DE AYUDA AL SERVICIO MÉDICO DE EMERGENCIA LOCAL (SMEL) Si un re animador encuentra a

un adulto inconsciente, deberá activar inmediatamente al SMEL, solicitar un DEA (si está disponible) e iniciar la RCP. La activación del SMEL puede ser hecha por vía telefónica o radio. El número telefónico del SMEL debe de ser un teléfono que no requiera monedas y ser conocido por la comunidad. Si se está solo, evaluar la posibilidad de dejar a la víctima para conseguir pronta ayuda.

ACTIVACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO DE EMERGENCIAS LOCAL (SMEL)

El número local de emergencias médicas en nuestro país es el 116 (Cuerpo General de Bomberos Voluntarios del Perú). La persona que llama al SMEL debe dar la siguiente información: Lugar de la emergencia (oficina o número de habitación, o intersección de calles o caminos, sí es posible) con referencia. Número de teléfono desde el que se está efectuando la llamada.

Qué sucedió: ataque cardíaco, accidente de tránsito, etc.

Número de personas que necesitan ayuda.

Estado de la(s) víctima(s).

Qué ayuda se está prestando a la(s) víctima(s) (“se está practicando RCP” o “estamos utilizando un DAE”).

Para asegurar que el personal del SMEL no tenga más preguntas, testigo reanimador debe ser el último en colgar el teléfono

4. INICIO DE LA RCP

La presente NORMA NACIONAL DE RCP, tiene como principios las Guías del Consenso Internacional ILCOR 2010 sobre RCP las mismas que fueron publicadas en *Circulation*² y *Resuscitation*³, en octubre del 2010.

Estas Guías recomiendan el cambio de la secuencia del ABC por el CAB en adultos, niños e infantes, la razón; una alta incidencia de muertes súbitas o paros cardíacos se presentan en adultos y la mayor tasa de sobrevivencia se da en pacientes, que presentan ritmos iniciales de fibrilación ventricular (FV) o taquicardia ventricular sin pulso (TVSP). En estos casos las compresiones torácicas y la Desfibrilación temprana (DT), son acciones fundamentales de la RCP. Estos cambios permiten que las compresiones se inicien antes y el retraso de las ventilaciones sea mínimo (18 segundos), también destacan la necesidad de brindar una “RCP de ALTA CALIDAD” (*)

4.1. Posición de la víctima: Debe estar acostada boca arriba sobre una superficie plana y dura, si se encuentra boca abajo, el reanimador debe girarla, de tal manera que la cabeza, los

hombros y el tronco se muevan en bloque como una sola unidad. El paciente debe ser acostado con los brazos a los lados del cuerpo, posición para realizar RCP.

C: COMPRESIONES TORACICAS

4.2. Evaluación: los reanimadores legos o NO PROFESIONALES DE LA SALUD no deben verificar pulso. Después de haber activado el SMEL y solicitado un Desfibrilador Automático Externo (DEA), el reanimador lego debe iniciar ciclos de 30 compresiones torácicas seguidas de 2 respiraciones de manera ininterrumpida durante CINCO (05) CICLOS o dos (02) minutos, hasta que:

- Llegue un Desfibrilador.
- La víctima se recupere.
- Lo reemplace profesionales de la salud, miembros del SMEL. o primera respuesta entrenados en RCP.
- El reanimador se agote.

4.3. Evaluación: Verificar pulso. Los profesionales de la salud verificarán el pulso en la arteria carótida, en un tiempo no mayor de 10 segundos, si no hay PULSO, iniciar las compresiones torácicas. La verificación del pulso, se hace en la arteria carótida, este pulso persiste aun cuando la hipotensión

haga desaparecer otros pulsos periféricos. La arteria carótida se encuentra en el canal formado por la tráquea y los músculos laterales del cuello

Las compresiones torácicas, son aplicaciones rítmicas y seriadas de presión sobre el centro del pecho que crean un flujo de sangre por incremento de la presión intra torácica y por la compresión directa del corazón. El flujo generado por las compresiones torácicas producen picos de presión sistólica de 60 a 80 mmHg., la presión arterial media de la arteria carótida rara vez excede los 40 mmHg. Las compresiones torácicas generan flujos sanguíneos al cerebro y al corazón, incrementando las posibilidades de que la desfibrilación temprana sea exitosa.

Recomendaciones del Consenso Internacional 2010, para las compresiones torácicas:

- Comprimir el tórax “rápido y fuerte” a una frecuencia de al menos 100 por minuto.
- Profundidad de las compresiones de al menos 5 cm., en adultos.
- Permitir el retorno completo del tórax durante la fase de descompresión.

- Minimizar las interrupciones durante las compresiones torácicas.

- Al reiniciar las compresiones, colocar las manos sin retraso “en el centro del pecho, entre los pezones de la víctima”.

4.4. Pasos secuenciales para realizar la técnica de las compresiones torácicas:

Para lograr efectividad en las compresiones torácicas la víctima deberá estar recostada “boca arriba” sobre una superficie dura (No hacer RCP con la víctima en una cama; se le debe colocar sobre el suelo).

1. Reanimador arrodillado a la altura del tórax de la víctima.

2. Colocar el talón de una mano en el centro del tórax (entre los pezones).

3. Colocar el talón de su otra mano encima de la primera.

4. Entrecruzar los dedos y asegurar que no se vaya a comprimir sobre las costillas, la parte superior del abdomen o la parte distal del esternón (apéndice xifoides).

5. Colocarse verticalmente sobre el tórax de la víctima manteniendo los brazos rectos con los codos extendidos, iniciar las compresiones empujando hacia abajo.

6. Deprimir el tórax al menos 5 cm. en el adulto normal, a un ritmo de más de 100 por minuto.

7. Soltar por completo la presión y permitir que el tórax recupere su posición normal después de cada compresión.

8. Luego de 30 compresiones dar 2 respiraciones de apoyo de 1 segundo de duración cada uno.

9. Combinar compresiones torácicas con ventilaciones de apoyo, (30:2) durante 5 ciclos.

4.5 Frecuencia de compresiones y respiraciones En adultos y niños mayores de 8 años, la relación de compresiones-respiraciones es de 30:2; con 1 o 2 reanimadores. Esta frecuencia incrementa el número de compresiones, reduce la hiperventilación, minimiza las interrupciones de las compresiones y mejora la retención del conocimiento y entrenamiento.

4.6 RCP solo con compresiones torácicas Algunos reanimadores no quieren dar respiraciones boca-boca en víctimas desconocidas, por el temor a contagiarse con enfermedades infecciosas. Estudios reportan que, las compresiones torácicas solas, son también efectivas como las compresiones combinadas con respiraciones. El resultado de realizar solo compresiones torácicas sin ventilación boca-boca

es mejor que no hacer ninguna RCP. A la población en general se le debe recomendar la RCP solo con compresiones torácicas, cuando son incapaces, o no están dispuestos a dar respiraciones de apoyo, aun cuando la combinación de compresiones y respiraciones es el mejor método para salvar vidas.

4.7 Desfibrilación temprana (DT) La Fibrilación Ventricular (FV) es la causa más frecuente de paro cardíaco súbito no traumático en los adultos, por lo que, el tiempo desde la pérdida del conocimiento hasta la desfibrilación es el factor más importante de sobrevida. La sobrevida post paro cardíaco por Fibrilación Ventricular (FV) disminuye alrededor del 7% al 10% por cada minuto sin desfibrilación. Los profesionales de la salud y miembros de primera respuesta deben estar certificados y equipados para brindar desfibrilación entre los 3 a 5 minutos de ocurrido el paro cardíaco. Los beneficios de la RCP antes de la desfibrilación son muy importantes cuando la descarga no puede ser realizada antes de los 2 minutos tras la parada cardíaca. El reanimador debería de usar el desfibrilador tan pronto esté disponible. La Desfibrilación temprana se debe dar en todas las instituciones de salud y en todas las áreas y servicios del hospital, dentro de los 3 minutos del paro. Para lograr estos objetivos, los profesionales de la salud deben estar

certificados en RCP, contar con desfibriladores y conocer su uso.

A: MANEJO DE LA VIA AEREA Posición de la víctima. Víctima acostada boca arriba sobre una superficie dura y en posición para la RCP. Apertura de la vía aérea En víctimas inconscientes, los músculos que sostienen la lengua se relajan y permiten que la lengua caiga, ésta la causa más común de obstrucción de la vía aérea en la víctima inconsciente. La maniobra FRENTE-MENTÓN permite acortar la lengua y permeabilizar la vía aérea. Si se observan cuerpos extraños, éstos deben retirarse. Los líquidos deben limpiarse con un pedazo de tela; los sólidos deben extraerse con el dedo índice a manera de gancho. a. Maniobra FRENTE – MENTÓN Colocar una mano sobre la frente de la víctima, manteniendo los dedos pulgar e índice libres para pinzar las fosas nasales si es que se va a dar respiración. Colocar los dedos de la otra mano debajo de la parte ósea de la mandíbula, luego inclinar la cabeza y elevar el mentón para abrir las vías aéreas. b. Maniobra de "tracción o de empuje mandibular" Es el paso más seguro para abrir la vía aérea cuando se sospecha de lesión cervical. Sostener la cabeza sin moverla ni rotarla. El desplazamiento de la mandíbula hacia delante, también puede conseguirse agarrando los ángulos de la mandíbula,

levantándolos con las dos manos, una a cada lado y desplazarla hacia delante. Los codos del reanimador pueden apoyarse sobre la superficie donde está acostado el paciente.

Técnica recomendada solo para los profesionales de la salud por ser difícil de realizar. Los legos deberán abrir la vía aérea utilizando la maniobra frente-mentón en todas las víctimas inconscientes.

B. RESPIRACIÓN Evaluación Las Guías Internacionales 2010 han eliminado de la RCP la secuencia del VES (ver, escuchar y sentir). Después de 30 compresiones seguidas, el reanimador permeabiliza la vía aérea y da 2 respiraciones de apoyo
Respiración de apoyo El reanimador ubicado a la altura de la cabeza aplicará las dos respiraciones o ventilaciones de apoyo.

a. Pasos para la técnica: “Boca a boca” Es la forma rápida y eficaz de suministrar oxígeno a la víctima. Mantener la vía aérea permeable con la maniobra frente – mentón. Pinzar las fosas nasales con el pulgar y el índice (de la mano colocada sobre la frente), evitando así el escape de aire por la nariz de la víctima. Administrar 2 respiraciones de 1 segundo de duración c/u. con suficiente volumen para producir la elevación visible del pecho de la víctima.

Para mantener una adecuada oxigenación en la RCP se debe ventilar, teniendo en cuenta lo siguiente:

1.- En la Fibrilación Ventricular (FV) o Taquicardia Ventricular sin pulso (TVSP) las respiraciones de apoyo no son tan importantes como las compresiones torácicas, porque hay niveles altos de oxígeno después del paro cardíaco. En la RCP el flujo de sangre está dado por las compresiones torácicas, por ello, los reanimadores deberán brindar compresiones efectivas minimizando cualquier interrupción. (9)

2.- En la RCP, el flujo sanguíneo a los pulmones está disminuido, se puede conseguir una adecuada perfusión-ventilación con volúmenes y frecuencias respiratorias inferiores a los normales.

3.- La hiperventilación (por frecuencia alta o grandes volúmenes) producen distensión gástrica, aumentan la presión intra torácica, disminuye el retorno venoso al corazón y el gasto cardíaco; y con ello se reduce la sobrevida de los pacientes.

4.- En los adultos, durante la RCP, son suficientes volúmenes de 600 ml en 1 seg. de duración para todas las formas de respiración incluyendo boca a boca y bolsa-válvula-máscara con o sin oxígeno.

5.- La respiración “boca-nariz” es una alternativa cuando la boca de la víctima está lesionada; no se puede abrir (trismus); o el sello de la boca-boca no se puede realizar. (9)

6.- Para la respiración boca a dispositivos de barrera se dispone de dos tipos: los dispositivos tipo máscara y los protectores de cara. Los dispositivos tipo máscara tienen una válvula unidireccional evitan que el aire espirado retorne a la boca del reanimador. Los protectores de cara permiten que el aire se escape por los lados del protector.

7.- Los profesionales de la salud entrenados usarán la Bolsa Manual Autoinflable (AMBU). Se recomienda dar 2 respiraciones de 1 segundo de duración, c/uno con un volumen tidal suficiente como para elevar el tórax (aproximadamente 600 ml.) hasta tener de una vía aérea avanzada. Los reanimadores no profesionales de la salud realizarán 2 respiraciones de apoyo procurando que el tórax se eleve. Si en las primeras no se logra, deberá reposicionar la cabeza para despejar la vía aérea e intentar de nuevo. Si no es posible ventilar después del segundo intento, iniciar inmediatamente las compresiones torácicas. La causa más frecuente de obstrucción de la vía aérea en personas inconscientes es la lengua por mala posición del mentón y la cabeza.

b. Respiraciones sin compresiones En una víctima adulta inconsciente que no respira y tiene pulso espontáneo palpable, dar 1 respiración de apoyo de 1 segundo de duración, cada 5 a 6 segundos (aproximadamente 10 a 12 respiraciones por minuto). Cada respiración deberá hacer que el tórax de la víctima se eleve. Reevaluar cada 2 minutos en un tiempo no mayor de 10 segundos.

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA DE LA SECUENCIA EN LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA EN EL ADULTO

1.- RCP PRACTICADA POR UN REANIMADOR A las personas que no trabajan en salud se debe enseñar sólo la RCP por 1 reanimador, porque es infrecuente que apliquen la técnica de 2 reanimadores en situaciones de reanimación. La RCP a cargo de 1 reanimador se debe realizar de la siguiente manera:

1. Evaluación: Determinar la pérdida de conciencia (muévelo por los hombros y con voz fuerte preguntar: "Está usted bien?"). Si no responde, y no respira normal o tiene respiraciones jadeantes (9).

2. Solicitar ayuda y Activar el Servicio Médico de Emergencia Local (SMEL): Llamar al teléfono del SMEL (pedir un DEA) o gritar por ayuda.

3. Iniciar RCP Solo los profesionales de la salud, deben palpar pulso carotideo. SI NO HAY: iniciar compresiones torácicas: Colocar las manos en el “centro del pecho” de la víctima Realizar 30 compresiones torácicas a una frecuencia de al menos 100 por minuto, deprimiendo el tórax por lo menos 5 cm. Asegurar que el tórax recupere su posición normal después de cada compresión. Contar “1, 2, 3, 4, 5,.....30”. (Se acepta cualquier regla mnemotécnica), luego

Respiraciones: Abrir la vía aérea (la maniobra frente–mentón) y dar 2 respiraciones de apoyo (1 seg. de duración c/u., observar la elevación del tórax).

Realizar 5 ciclos completos de 30 compresiones y 2 respiraciones (aproximadamente 2 minutos).

Reevaluar: después de 5 ciclos de compresiones y ventilaciones o 2 minutos (relación 30:2). Profesionales de la salud palpan pulso carotideo: o Si no hay, reanudar la RCP, con ciclos de 30:2, por 2 minutos o 5 ciclos más. O Si hay pulso, verifique la respiración.

Si hay respiración, colocar a la víctima en posición de recuperación, y reevaluar cada 2 minutos.

Si no hay respiración, pero sí pulso, dar respiraciones de apoyo a una frecuencia de 1 respiración cada 5 segundos y controlar signos de circulación cada 2 minutos.

Si la víctima está inconsciente, tiene respiración normal y no hay sospecha de lesión cervical, colóquela en posición de recuperación manteniendo abierta la vía aérea.

2.- RCP PRACTICADA POR DOS REANIMADORES Si hay 2 reanimadores, se pueden alternar la RCP practicada por 1 reanimador. Esto debe de realizarse con el mínimo de interrupción. Todo reanimador del equipo de salud deberá, en lo posible, emplear accesorios para la vía aérea, como dispositivos de ventilación boca-mascarilla. En la RCP con 2 reanimadores, uno se ubicará al frente del otro para alternarse c/2 minutos y reasumir el ciclo de compresiones y respiraciones en una relación de 30:2. (Figura 7.)

3.- POSICIÓN DE RECUPERACIÓN Si la RCP ha sido exitosa y hay recuperación de la respiración espontánea y pulso, colocar a la víctima en posición de recuperación. Esta posición evita que la lengua caiga hacia atrás y obstruya la vía aérea, evita la aspiración del vómito hacia el pulmón, y permite la vigilancia de una adecuada ventilación y circulación. La víctima estará colocado recostado sobre un lado con el brazo más bajo

delante del cuerpo. La posición debe ser estable, cerca de una verdadera posición lateral, con la cabeza pendiente y sin ninguna presión en el pecho para impedir la respiración.

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

5.-SITUACIONES ESPECIALES EN REANIMACIÓN
Ahogamiento El ahogamiento es una causa de muerte prevenible. La duración y la severidad de la hipoxia son los determinantes del resultado. Los reanimadores deberán de proveer RCP con respiraciones de apoyo tan pronto tenga a la víctima. Cuando un reanimador está solo y rescata a una víctima, cualquiera sea su edad, deberá de iniciar la RCP con CINCO (05) RESPIRACIONES, una seguida de otra de solo 1 seg. de duración cada una, para luego proseguir con el ciclo de compresiones y respiraciones (30:2) durante 5 ciclos (2 minutos) antes de dejar a la víctima y buscar ayuda o activar al SEML. Los reanimadores deberían de sacar del agua a las víctimas de ahogamiento lo más rápido posible para brindarle

inmediatamente la RCP. Salvo las víctimas con signos clínicos obvios de lesión, intoxicación alcohólica o una historia de trauma deberán ser tratadas como una “potencial lesión de médula espinal” con estabilización e inmovilización de la columna cervical y torácica.

DEFIBRILACIÓN TEMPRANA PALABRAS CLAVE
DEFIBRILACIÓN DEFIBRILADOR FIBRILACIÓN

VENTRICULAR epidemiológicamente, la Fibrilación Ventricular (FV) es la causa más común en los adultos de muerte súbita cardíaca o paro cardíaco súbito y desde el punto de vista pronóstico, es la menos grave, siempre y cuando se proceda a la desfibrilación en los primeros minutos de ocurrido el evento, permitiendo tasas de resucitación efectivas y seguras en pacientes con Fibrilación Ventricular (FV), pudiendo llegar al 90% de éxito. La Fibrilación Ventricular (FV) es un trastorno grave del ritmo cardíaco por alteración del circuito eléctrico, clínicamente, es igual a otras formas de paro; por lo tanto, se deben realizar todas las medidas complementarias a la desfibrilación eléctrica. La desfibrilación se fundamenta en conocer las maniobras de la RCP y el uso de los desfibriladores, a fin de lograr una reanimación exitosa. Un desfibrilador suministra un choque eléctrico, en un paciente con

Fibrilación Ventricular (FV), previa selección de la cantidad de corriente necesaria y acorde con su condición.

1. EL CONCEPTO DE DESFIBRILACIÓN TEMPRANA La desfibrilación es el único tratamiento efectivo para acabar con la Fibrilación Ventricular (FV), consiste en la liberación de corriente eléctrica (a través de un dispositivo denominado desfibrilador), termina con la arritmia grave, obteniéndose la inmediata reanudación del ritmo cardiaco normal. La mayoría de las personas que se han salvado de morir por un paro cardiaco son aquellas que presentaron Fibrilación Ventricular (FV) o Taquicardia Ventricular sin pulso (TVSP) y fueron desfibrilados a tiempo, por eso los Consejos Nacionales de Resucitación de cada país, ponen mucho énfasis en la desfibrilación temprana.

Las mayores posibilidades de sobrevida resultan cuando el intervalo entre el comienzo de la Fibrilación Ventricular (FV) y la desfibrilación es lo más corto posible. La tasa de sobrevida por Fibrilación Ventricular (FV) o Taquicardia Ventricular sin pulso (TVSP), disminuye en un 7 a 10%, por cada minuto que pasa sin desfibrilación.

Para que la desfibrilación temprana, sea posible, el Internacional Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR)

recomienda que todos los equipos de salud (tanto del intra como del extrahospitalario) y personal de primera respuesta, deben estar capacitados, autorizados y equipados para realizar la desfibrilación temprana, además incorporó la desfibrilación externa semiautomática como una maniobra del Soporte Básico de Vida autorizando la desfibrilación a individuos no médicos.

La Desfibrilación Temprana (DT) es la descarga administrada en la comunidad antes de los 5 minutos, luego que el SMEL recibe la llamada; y en instituciones de salud antes de los 3 minutos de ocurrido el paro, siendo los equipos de salud quienes deben administrar la desfibrilación.

2. DESFIBRILACIÓN TEMPRANA Y EL CONCEPTO DE LA CADENA DE SOBREVIDA La desfibrilación es un componente importante de la Cadena de sobrevida, cuyos eslabones son:

1. El reconocimiento del paro cardiorespiratorio y activación de los Servicios Médicos de Emergencia Local. (En el Perú: es el 116, Central de los Bomberos Voluntarios).
2. RCPB inmediata: Puede triplicar la sobrevida frente a una muerte súbita por Fibrilación Ventricular (FV).

3. Desfibrilación temprana cuando esté indicada: la RCP seguida de desfibrilación dentro de los 3 a 5 minutos del colapso puede obtener tasas de sobrevida del 49 al 75 %; y

4. Reanimación Cardiopulmonar Avanzada

5. Cuidados integrales post paro: la calidad del tratamiento en el periodo que sigue a la RCP incide en el resultado. El concepto de Cadena de sobrevida, originalmente descrita para el paro cardíaco extrahospitalario, es igualmente válido para la resucitación intrahospitalaria. La inclusión de la desfibrilación temprana dentro de la Cadena de sobrevida asegura altos niveles de sobrevida para eventos tanto intra como extrahospitalarios.

4. DESFIBRILACIÓN TEMPRANA POR EL PRIMER REANIMADOR DEL HOSPITAL La desfibrilación temprana se aplica tanto en la atención del PCR extrahospitalarios, como también para los intrahospitalarios. El Consejo Peruano de Reanimación (CPR), recomienda la certificación en los programas de Reanimación Cardiopulmonar y de desfibrilación temprana para profesionales y no profesionales de la salud por las siguientes consideraciones:

1. El personal del hospital debe responder a una emergencia cardiopulmonar súbita y por ello estar entrenado y certificado periódicamente en los cursos talleres de Reanimación Cardiopulmonar y Soporte básico de vida (RCP Y SBV).

2. Se debe reglamentar el uso de los Desfibriladores Externos Semiautomáticos (DEAs) como destreza básica para todo el personal de salud que trabajen en donde no haya disponibilidad de profesionales certificados en Reanimación Cardiopulmonar Avanzada. (10)

3. Se debe extender el entrenamiento y la autorización para usar desfibriladores convencionales a todo el personal no médico, incluyendo enfermeras, obstetricas, odontólogos, psicólogos, asistentes sociales, tecnólogos médicos, auxiliares de enfermería, kinesiólogos, etc. (11)

4. Colocar los desfibriladores en áreas estratégicas para reducir el tiempo de colapso -desfibrilación.

5. Documentar detalladamente todos los esfuerzos de resucitación, mediante el registro de intervenciones terapéuticas específicas, variables de eventos y resultados.

(12)

El Consejo Peruano de Reanimación (CPR) recomienda usar la Guía UTSTEIN INTRAHOSPITALARIA que provee un formato de reporte estándar para la Resucitación cardiopulmonar intrahospitalaria. (13)

6. Establecer Comités hospitalarios, (solicitar apoyo del Consejo Peruano de Reanimación), para el manejo de la RCP y evaluar la calidad y eficacia de los esfuerzos de la resucitación de cada centro hospitalario.

5. DOSIS DE ENERGIA ELECTRICA PARA LA DESFIBRILACIÓN: (14)

EN ADULTOS Utilizando un desfibrilador manual monofásico: 360 Joules (dosis inicial y las siguientes).

Utilizando un desfibrilador manual bifásico, la dosis inicial ideal es de 150 a 200 Joules (onda bifásica exponencial truncada) o 120 Joules para la onda bifásica rectilínea.

Utilizando un desfibrilador automático bifásico, la dosis con la cual el dispositivo ha demostrado ser efectivo para eliminar la Fibrilación Ventricular (FV). Si se desconoce el tipo de onda bifásica del desfibrilador utilizar dosis estándar de 200 Joules. En toda la segunda dosis debe ser igual o más alta.

2.2.2. APLICACIÓN DE LA GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN PARO CARDIORESPIRATORIO AL PACIENTE ADULTO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA:

“Se denomina aplicación de la guía de intervención así a la intervención de enfermería a todo paciente adulto que asista a la emergencia hospitalaria por presentar paro cardiorrespiratorio bajo las normas del Ministerio de Salud, categorizado en bueno, regular y deficiente” (15).

La guía de Intervención de Enfermería, refiere que la enfermera debe realizar las siguientes acciones durante la atención de enfermería;

- Inicie la clave de alarma del hospital.
- Permeabilice vías aéreas.
- Verifique ausencia de respiración (VES).
- Retire prótesis.
- Verifique presencia de cuerpos extraños.
- Aspire secreciones.
- Hiperventile al paciente con respirador manual.
- Prepara material y asista en el procedimiento de intubación (TET).
- Colocar al ventilador mecánico.
- Colocación de cánula oro faríngea, tubo de mayo.

- Monitorice Sat O2, Fc, EKG, PA.
- Recolecte muestra de sangre para AGA.
- Colocar al paciente en posición de RCP(decúbito dorsal)
- Si no hay pulso carotideo prepararse para el masaje cardiaco.
- Canalice doble vía endovenosa con bránula número 16.
- Si no hay respuesta tener preparada adrenalina, atropina y bicarbonato para su administración EV según indicación.
- Prepare equipo para desfibrilación.
- Monitorice al paciente hasta esperar respuesta mediante el control de EKG.
- Evalúe constantemente pulso carotideo y femoral valorando la efectividad de las técnicas de reanimación.
- Coordine traslado a UCI.

Si el paciente presentara riesgo de daño cerebral

- Valore al paciente utilizando la escala Glasgow.
- Monitorice reacción pupilar y reflejo corneal.
- Realice monitoreo neurológico.
- Mantenga apoyo oxigenatorio según indicación médica.

2.2.3. DAÑO:

Compromiso del estado de salud en grado diverso. Los daños en el servicio de emergencia se clasifican de acuerdo a la prioridad de atención (10):

* Prioridad I : Gravedad súbita extrema.

* Prioridad II : Urgencia mayor.

* Prioridad III : Urgencia menor.

* Prioridad IV : Patología aguda común.

2.2.4. EMERGENCIA MÉDICA Y/O QUIRÚRGICA:

Se entiende por emergencia médica y/o quirúrgica toda condición repentina o inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente. Corresponde a pacientes con daños calificados como prioridad I y II.

2.2.5. RED DE SERVICIOS DE EMERGENCIA:

Conjunto de servicios de emergencia organizados según capacidad resolutive, interconectados por redes viales y comunicación oportuna, que establecen relación funcional con el servicio de mayor capacidad de resolución en emergencias, a fin de asegurar la atención progresiva al paciente en situación de emergencia (16).

Todo establecimiento de salud, está obligado a brindar atención médica quirúrgica de emergencia a toda persona que lo necesite, conforme a lo señalado en la Ley N° 27604 y el Decreto Supremo 016-2002/SA.

El Servicio de Emergencia debe contar con un Jefe de Guardia especialista en Medicina Interna o en Medicina de Emergencias y Desastres y con las mayores competencias para la atención de emergencias y la gestión del servicio. En el caso de Servicios de Emergencia de especialidades podrá contar con el especialista según el caso (Pediatra, Gineco-Obstetra), según dispositivo Decreto Supremo N° 024-83-PCM (17)

Unidad de Reanimación o Shock Trauma:

Área del servicio de emergencia destinada a la evaluación, diagnóstico y tratamiento inmediato de los pacientes que presentan daños de Prioridad I.

2.2.6. PROFESIONAL DE ENFERMERÍA:

Enfermera colegiada, de preferencia con especialidad o con competencias en el manejo de pacientes en situación de emergencia. Certificado/Constancia de participación en actividades de capacitación referidas a la especialidad, expedidos por instituciones reconocidas. Acreditar labor en

forma exclusiva en el Servicio de Emergencia. Contar con habilidades y actitudes proactivas, estabilidad psicológica y emocional, buena salud física y capacidad de trabajo.

2.2.7. PERSONA ADULTA:

Persona cuya edad oscila entre los 20 a 59 años.

2.2.8. IMONEGE KING. "TEORÍA DEL LOGRO DE METAS":

King acabó sus estudios básicos de enfermería en 1945, diplomándose en la St. John's Hospital of Nursing, en St. Louis. Más tarde, obtuvo respectivamente en 1948 y 1957, el BS de educación en enfermería y el MS en enfermería en la St. Louis University.

En 1961, se doctoró en educación en la Universidad de Columbia en Nueva York. A lo largo de su carrera profesional ha ocupado diferentes puestos: docencia, coordinadora y enfermera. Comenzó a elaborar su teoría mientras era profesora asociada en la Universidad de Loyola. Utilizó un marco conceptual, para desarrollar un programa de Master en Enfermería. En 1971, publicó "Toward a Theory for Nursing: General concepts of Human Behavior", donde postuló más que una teoría un marco conceptual para ella (12).

Más tarde, en 1981, perfeccionó y publicó sus ideas en "A Theory for Nursisng: Sistems, Concepts and Process".

Unió los conceptos esenciales para la comprensión de la enfermería. Su visión del proceso de enfermería, hace especial hincapié en los procesos interpersonales. Basa su teoría en la teoría general de sistemas, las ciencias de la conducta y el razonamiento inductivo y deductivo.

La describe como un ciclo dinámico del ciclo vital. La enfermedad se considera como una interferencia en la continuidad del ciclo de la vida. Implica continuos ajustes al estrés en los ambientes internos y externos, utilizando los medios personales para conseguir una vida cotidiana óptima. Considera la Enfermería como un proceso interpersonal de acción, reacción, interacción y transacción; las imperfecciones de la enfermera y cliente, influyen en la relación. Promueve, mantiene y restaura la salud, y cuida en una enfermedad, lesión o a un cliente moribundo (17).

Es una profesión de servicio, que satisface a una necesidad social. Supone planificar, aplicar y evaluar los cuidados de enfermería (18).

Anima a la enfermera y al cliente a compartir información sobre sus percepciones (si las percepciones son acertadas, se alcanzaran las metas, se alcanzara un crecimiento y desarrollo, así como resultados de los cuidados de enfermería efectivos; Además, se producirá una transacción, si la enfermera y el cliente perciben expectativas de rol congruentes y las llevan a cabo, mientras que se producirá estrés si resulta un rol conflictivo).

Utiliza un enfoque orientado hacia una meta, en el que los individuos interactúan dentro de un sistema social. La enfermera aporta conocimientos y habilidades específicas para el proceso de enfermería y el cliente aporta su autoconocimiento y sus percepciones.

Concluye que la enfermería es el estudio de las conductas y del comportamiento, con el objetivo de ayudar a los individuos a mantener su salud, para que estos puedan seguir desempeñando sus roles sociales. Se observa, una clara dependencia de las teorías de la psicología.

Para el logro de metas como el cuidado de enfermería con calidad y calidez la enfermera utiliza conocimientos a través de capacitación, y con ello perfecciona su comportamiento durante la atención al paciente en emergencia (19).

2.3. Definición conceptual de términos

Nivel de Conocimiento sobre la guía de intervención al paciente adulto con paro cardiorespiratorio, es la capacidad de aprender sobre la interrupción repentina y simultánea de la respiración y el funcionamiento del corazón, debido a la relación que existe entre el sistema respiratorio y circulatorio, bajo las normas de la guía de intervención del Ministerio de Salud, categorizado en alto, promedio y bajo” (9).

Aplicación de la guía de intervención es la intervención de enfermería a todo paciente adulto que asista a la emergencia hospitalaria por presentar paro cardiorespiratorio bajo las normas del Ministerio de Salud, categorizado en bueno, regular y deficiente” (15).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

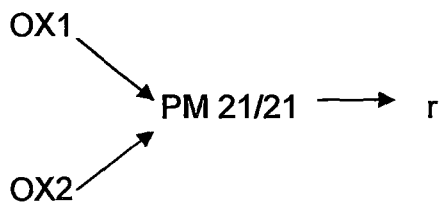
3.1. Material y métodos

Tipo de Estudio:

Prospectivo (de un tiempo hacia adelante), transversal (en un determinado tiempo), descriptivo (permite conocer situaciones) y de relación (asociación de 2 variables) (20).

Tipo de investigación:

Tiempo



Leyenda:

X1: Nivel de conocimiento de la guía de intervención al paciente adulto con Paro Cardiorespiratorio.

X2: Aplicación de la guía de intervención al paciente adulto con Paro Cardiorespiratorio.

P=población

M= muestra

r=relación

O=variable

3.2. Población y Muestra

Población:

La población estuvo conformada por 21 enfermeras (os) del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue.

Tipo de muestreo

Para el estudio se realizó el muestreo no probabilístico por intención.

Criterios de Inclusión:

- Profesionales de enfermería que laboren actualmente en el servicio de emergencia.

Criterios de Exclusión:

- Profesionales de enfermería que se encuentren de licencia o vacaciones.

Unidad de análisis:

Enfermera (o) del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue,

Validez

Se realizó la validez por 4 expertos (ver Anexo N° 01).

Confiabilidad

Se aplicó la prueba de confiabilidad alpha de cronbach (ver Anexo N° 02).

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

El método y técnica utilizada son: la entrevista y observación.

Instrumento N° 01

Variable Independiente: (Ver Anexo N° 03)

Cuestionario creado por la autora bajo las Normas Peruanas de la Resucitación Cardiopulmonar Básica (2010) MINSA, consta de 2 partes, la primera valora los datos generales del personal profesional de enfermería, y la segunda parte de 20 preguntas.

Cada interrogante asume la puntuación de 3 puntos si la respuesta es correcta y 0 punto la incorrecta.

La Escala de puntaje:

Nivel de conocimiento alto : de 15 a 18 puntos.

Nivel de conocimiento promedio : de 11 a 14 puntos.

Nivel de conocimiento bajo : de 0 a 10 puntos.

Instrumento N° 02

Variable Dependiente: (Ver Anexo N° 04)

Escala de rango creado por la autora bajo la Guía de intervención al paciente adulto con paro cardiorespiratorio (2010) del Ministerio de salud. Consta de 20 ítems, aplicándose la observación, este instrumento asume la puntuación de siempre lo realiza 3 puntos, a veces lo realiza 2 puntos y nunca lo realiza 1 punto.

La escala de puntaje es:

Grado de aplicación buena : 48 a 60 puntos.

Grado de aplicación regular : 34 a 47 puntos.

Grado de aplicación deficiente : 20 a 33 puntos.

3.4. Procedimientos de recolección de datos

Para la recolección de datos del presente trabajo de investigación se consideró los siguientes aspectos:

- Se informó y pidió el consentimiento al personal, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.
- Se coordinó con el personal de enfermería para su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.
- Se procedió a aplicar el instrumento a cada participante.
- Se realizó lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos.

- El instrumento N° 01 se aplicó en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa.
- El instrumento N° 02, fue aplicado por la jefa del servicio, previa orientación e información del instrumento a observar por medio de la autora del trabajo de investigación, que consistió, en que la misma, observara el actuar del enfermero(a) en el servicio de emergencia, en casos de Paro cardiorespiratorio, en un tiempo aproximado de 1 hora.

3.5. Procesamiento de datos

Los datos fueron procesados en el paquete SPSS/info/software versión 18 se presentan los datos en tablas simples y complejas, y se elaboraron gráficos para cada tabla.

Para establecer la relación entre variables de estudio se utilizó la prueba de independencia Chi cuadrado con el 95% de confiabilidad y significancia de $p < 0.05$.

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados

A continuación se presentan los resultados en cuadros y gráficos.

CUADRO N° 01

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA GUÍA DE INTERVENCIÓN AL PACIENTE ADULTO CON PARO CARDIORESPIRATORIO POR ENFERMERA (O) DEL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, TACNA 2014

Nivel de conocimiento	N°	%
Alto	17	81,0
Promedio	4	19,0
Bajo	0	0,0
Total	21	100,0

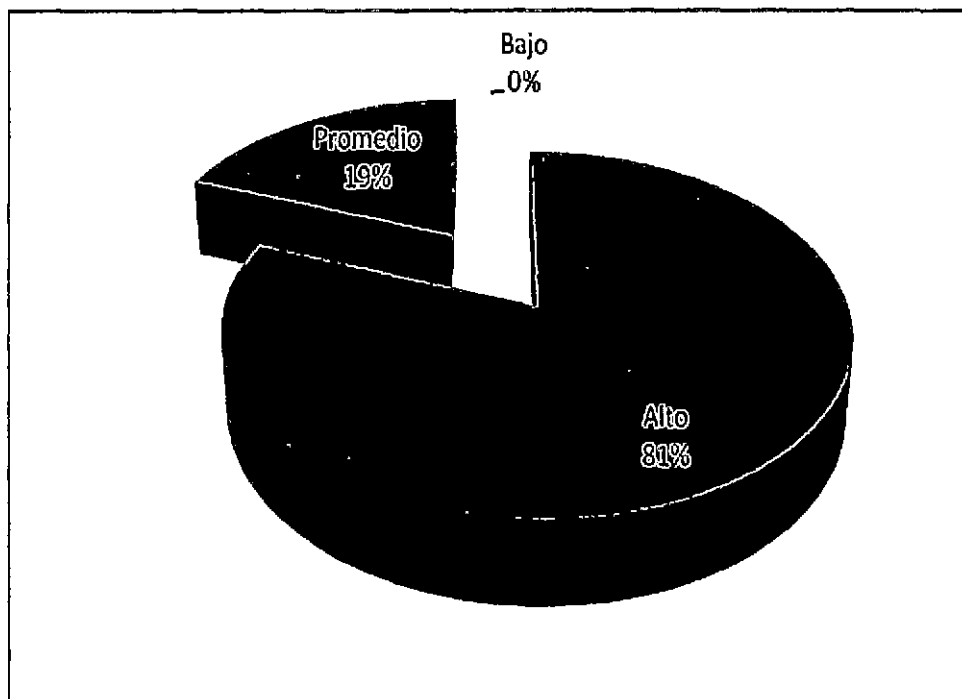
Fuente: Cuestionario creado por la autora bajo las Normas Peruanas de la Resucitación Cardiopulmonar Básica (2010) MINSA, aplicado en el mes de Octubre 2014 en el Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue.

Interpretación:

En el presente cuadro, se aprecia el nivel de conocimiento de la Guía de intervención al paciente adulto con paro cardiorrespiratorio por la enfermera (o), en donde el mayor porcentaje 81% (17) tienen nivel de conocimiento alto y en menor porcentaje 19% (4) tienen nivel de conocimiento promedio.

GRÁFICO N° 01

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA GUÍA DE INTERVENCIÓN AL
PACIENTE ADULTO CON PARO CARDIORESPIRATORIO
POR ENFERMERA (O) DEL SERVICIO DE EMERGENCIA
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, TACNA 2014**



Fuente: Ídem Tabla N° 01

CUADRO N° 02

APLICACIÓN DE LA GUÍA DE INTERVENCIÓN AL PACIENTE DULTO CON PARO CARDIORESPIRATORIO POR ENFERMERA (O) DEL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, TACNA 2014

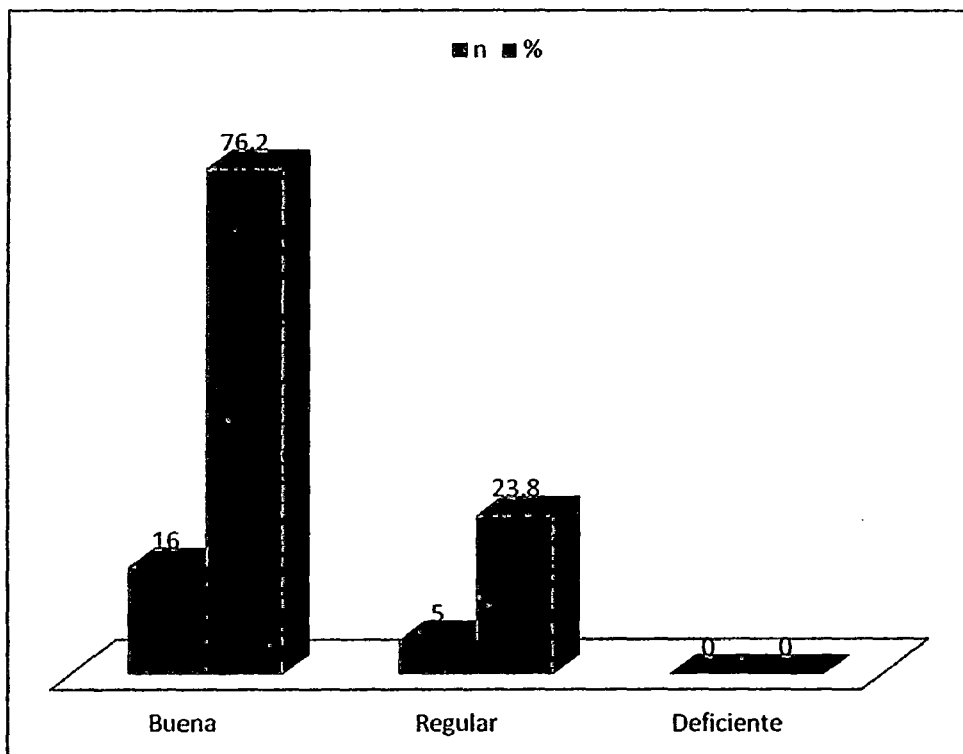
Aplicación	N°	%
Buena	16	76,2
Regular	5	23,8
Deficiente	0	0,0
Total	21	100,0

Fuente: Escala de rango creado por la autora bajo la Guía de intervención al paciente adulto con paro cardiorespiratorio (2010) del Ministerio de salud aplicado en el mes de Octubre en el Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2014.

Interpretación: En el cuadro se aprecia la aplicación de la guía de intervención al paciente adulto con paro cardiorespiratorio por enfermera (o), el mayor porcentaje 76,2% (16) realiza una aplicación buena y en menor porcentaje 16% (5) realiza una aplicación regular.

CUADRO N° 02

APLICACION DE LA GUÍA DE INTERVENCIÓN AL PACIENTE ADULTO CON PARO CARDIORESPIRATORIO POR ENFERMERA (O) DEL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, TACNA 2014



Fuente: Ídem Tabla N° 02

CUADRO N° 03

**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LA GUÍA DE INTERVENCIÓN
AL PACIENTE ADULTO CON PARO CARDIORESPIRATORIO (GIPPCR)
POR ENFERMERA (O) DEL SERVICIO DE EMERGENCIA
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, TACNA 2014**

Aplicación de GIPPCR	Nivel de conocimiento (GIPPCR)				Total		X ²
	Alto		Promedio		N°	%	
	N°	%	N°	%			
Buena	14	66,7	2	9,5	16	76,2	X ² t=3,84 X ² c=7,34 Gf=1 P=0,003 Existe relación
Regular	3	14,3	2	9,5	5	23,8	
Total	17	81,0	4	19,0	21	100,0	

Fuente: Cuestionario creado por la autora bajo las Normas Peruanas de la Resucitación cardiopulmonar Básico (2010) MINSA y Escala de Rango creado por la autora bajo la Guía de Intervención al paciente adulto con paro cardiopulmonar (2010) del Ministerio de salud aplicado en el mes de Octubre en el Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2014.

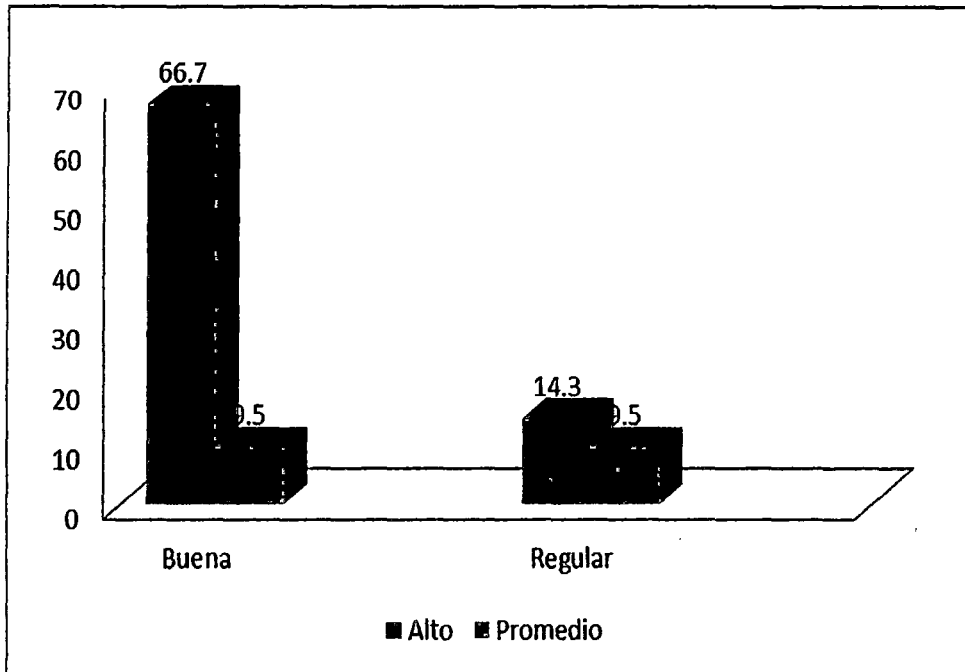
Interpretación:

En el presente cuadro se aprecia la relación entre el nivel de conocimiento y aplicación la guía de intervención al paciente adulto con paro cardiopulmonar (GIPPCR), en donde el mayor porcentaje reportó nivel de conocimiento alto y aplicación buena en un 66,7% (14).

En la relación entre las variables, se aprecia que si existe dependencia entre las variables ya que el $p < 0,05$ y $x^2c > x^2t$.

GRAFICO N° 03

**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LA GUÍA DE INTERVENCIÓN
AL PACIENTE ADULTO CON PARO CARDIORESPIRATORIO (GIPPCR)
POR ENFERMERA (O) DEL SERVICIO DE EMERGENCIA
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, TACNA 2014**



Fuente: Idem Cuadro N° 03

4.2. Discusión

Actuar inmediatamente en un Paro Cardiorespiratorio aumenta las posibilidades de supervivencia de los pacientes, porque éstas se reducen entre 7 y 10% por cada minuto sin reanimación (7), por lo que el personal de salud debe saber aplicar con destreza maniobras de reanimación cardiopulmonar básica.

El objetivo general de este trabajo de investigación fue: Determinar la relación entre el Nivel de Conocimiento y Aplicación de la Guía de Intervención al paciente adulto con Paro Cardiorespiratorio por Enfermera (o) del Servicio de Emergencia Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2014. Donde se encontró lo siguiente:

En el Cuadro N° 01 respecto al nivel de conocimiento de la Guía de intervención al paciente adulto con paro cardiorespiratorio por la enfermera (o), el mayor porcentaje 81% (17) tiene nivel de conocimiento alto y en menor porcentaje 19% (4) tiene nivel de conocimiento promedio.

Resultados que se contrastan con el Ministerio de salud de Costa Rica (21), "Diagnóstico de capacitación y conocimiento en emergencia en el personal de enfermería en la Caja Costarricense del seguro social 2003". Estudio analítico, concluye que: De una población de 450; en donde reportó que el 80% de personal conocía el actuar en casos de

un actuar en diferentes patologías en emergencia, y se recomienda que se debe generar un sistema de información del personal verdaderamente eficiente que recabe datos de su formación; los procesos de capacitación del personal deben estar dirigidos al personal que permanezca en su puesto; estos deben responder a las necesidades laborales.

Similares resultados que el estudio de García Y. (22), "Estudio sobre el nivel de conocimiento en RCP en profesionales de enfermería sobre RCP del Hospital Honorio Delgado de Arequipa 2007". Donde se concluye que el 80% (62) de profesionales de enfermería reportaron nivel de conocimiento alto, actualmente en el Hospital se ha insertado un Programa de educación permanente en temas de emergencia.

El concepto de salud ha evolucionado considerándose como un fin y medio del desarrollo humano, es conjuntamente con la educación, el mejor instrumento para brindar un cuidado de calidad y brindando así al trabajador de la salud la posibilidad de potenciar sus capacidades físicas y cognitivas para el futuro desarrollo de exitosos planes de cuidados (16).

Los programas de capacitación en servicio buscan entre otras cosas la mejora continua de los servicios de salud, y que el pensamiento científico que se generen de ellos se traduzca en acciones innovadoras y factibles de aplicar en la labor diaria (15).

El Ministerio de Salud ha asumido el reto de introducir grandes cambios en el sistema de salud, como el aseguramiento universal y la descentralización; estos nuevos retos, requieren nuevas tareas y funciones que los recursos humanos en salud deben desarrollar es decir, definir los conocimientos, habilidades y actitudes que debe tener un trabajador de salud para alcanzar los resultados esperados de su desempeño (16).

Se observa en esta población que reportaron nivel de conocimiento sobre RCP alto, y ello demuestra que se encuentra en proceso de capacitación para actuar ante una emergencia, cuentan con el conocimiento y experiencia en el servicio. Por eso a partir de los resultados obtenidos se debe generar un Plan estratégico institucional de capacitación que permite fortalecer los procesos de capacitación, formación e investigación en el desarrollo del recurso humano.

La capacitación en el servicio es un instrumento que permite favorecer los cambios de procesos mediante la ampliación del conocimiento, destrezas y habilidades que favorezcan el cuidado de la salud del paciente, el logro de objetivos institucionales y profesionales.

En el Cuadro N° 02 sobre la aplicación de la guía de intervención al paciente adulto con paro cardiorespiratorio por enfermera (o), el

mayor porcentaje 76,2% (16) realiza una aplicación buena y en menor porcentaje 16% (5) realiza una aplicación regular.

Resultados similares al de Narváez P. (23), "Aplicación de las Guías Nacionales de RCP en enfermeros en Colombia 2012". Estudio descriptivo en donde concluye que el total de profesionales enfermería del Hospital Nacional de Colombia (168) se encuentran aplicando de acuerdo a las normas nacionales del Ministerio de Salud de Colombia, en casos de Reanimación de cardiopulmonar.

Resultados semejantes a la Organización Mundial de la Salud (24), "Eficacia de la aplicación de normas de RCP 2009". Concluye en el estudio analítico: que está demostrada la eficacia de la reanimación cardiopulmonar cerebral sólo a expensas de masaje cardiaco externo cuando los reanimadores no conocen la técnica de la ventilación o se niegan a su realización. El desconocimiento (80,2 %) de las encuestadas muestra falta de actualización y necesidad de reciclaje en el tema. Se seleccionó correctamente la intubación endotraqueal por 59 (86,7 %) de los encuestados como la vía para la lograr la ventilación efectiva.

Blanco Rojas-Carrera (25), realizó un "Estudio durante un periodo de cinco meses, a 40 enfermeras quienes recibieron un curso-taller en reanimación cardiopulmonar básica teórico y práctico 2008" y al

termino del mismo concluye que el resultado del proceso educativo se consideró de bueno a excelente con una ganancia de 85 % ya que de 40 enfermeras, 34 lograron capacitarse.

El personal de enfermería debe conocer y practicar las maniobras de reanimación cardiopulmonar. Su desconocimiento produce un desenlace fatal para los pacientes con paro cardiorespiratorio (20).

En la enfermera (o) se aprecia que la aplicación o ejecución de la guía es buena por lo tanto, el personal conoce sus funciones en su actuar hacia el paciente adulto.

En el Cuadro N° 03 referente a la relación entre el nivel de conocimiento y aplicación la guía de intervención al paciente adulto con paro cardiorespiratorio (GIPPCR), el mayor porcentaje reportó nivel de conocimiento alto y aplicación buena en un 66,7% (14).

La Organización Internacional de Trabajo (OIT), identifica tres enfoques conceptuales y metodológicos para abordar las competencias laborales: el enfoque conductual, el enfoque constructivista y el enfoque funcional. De estos es necesario resaltar, que el enfoque conductual tiene como característica fundamental que las competencias sirven para establecer estándares mínimos de comportamiento, atributos y conductas, es decir se focaliza en las características internas de las personas; que pueden generalizarse a

diferentes situaciones y perdurar en el tiempo, sin prestar especial atención al contexto en que se desarrollan, mientras que, el enfoque constructivista subraya la emergencia de las competencias a partir de la movilización de recursos y del contexto para superar disfunciones y lograr resultados (26).

El éxito de las técnicas de RCP dependen fundamentalmente de la atención precoz del paciente, o sea, que mientras más rápido es asistido el enfermo por un personal calificado y entrenado al efecto, mayores serán las posibilidades de supervivencia. Las demoras por cualquier razón pueden ser fatales. Para una recuperación completa del sistema nervioso central se estima un tiempo máximo de 5 min sin aporte de flujo; en cambio las recuperaciones entre los 5 y 20 min dejan, cuando menos, secuelas histológicas (21).

Las maniobras de RCP que en realidad son simples y sencillas a veces no se realizan, la falta de conocimiento o de práctica de la técnica por la premura de la urgencia ante la parada cardiorespiratoria, estas maniobras son conocidas pero poco aprendidas por el personal médico desde su formación estudiantil. El aprendizaje en RCP es rechazado y existe poca retención de las habilidades por la complejidad de las secuencias y la precisión en su realización además de la necesidad de realizar modificaciones en la RCP ante situaciones especiales de parada cardíaca (27).

Podríamos concluir entonces que el conocimiento y la aplicación de la guía de intervención a un paciente en un paro cardiorespiratorio se da por una: “educación en el trabajo, por el trabajo y para el trabajo”.

Se logra comprobar la hipótesis formulada mediante la prueba chi cuadrado, es decir que existe relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la guía de la resucitación de un paro cardiorespiratorio.

CONCLUSIONES

- El nivel de conocimiento de la guía de intervención al paciente adulto con paro cardiorespiratorio de la enfermera (o) del servicio de emergencia su mayoría fue alto y en menor porcentaje es nivel promedio.
- En cuanto a la aplicación de la guía de intervención al paciente adulto con paro cardiorespiratorio por enfermera (o) del servicio de emergencia en su mayoría fue aplicación buena y en menor porcentaje aplicación regular.
- El nivel de conocimiento se relaciona con la aplicación de la guía de intervención al paciente adulto con paro cardiorespiratorio en el servicio; ya que a mayor conocimiento, buena aplicación, de la guía de intervención al paciente adulto con paro cardio respiratorio por la enfermera (o) en emergencia.
- Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y aplicación de la guía de intervención al paciente adulto con paro cardiorespiratorio por enfermera (o), a través de la prueba de chi cuadrado.

RECOMENDACIONES

- Que el Hospital Hipólito Unanue continúe con la actualización permanente del personal profesional de enfermería en cuanto a la aplicación correcta de los protocolos de atención.
- Realizar cursos por expertos en Reanimación Cardiopulmonar básico de inicio; intrahospitalario y luego extrahospitalario, dirigidos a la comunidad general, que estos sean divulgados al resto de la población.
- Las capacitaciones intrahospitalarias deben dirigirse a todo el personal que labora en el hospital tanto asistencial como administrativo, pero principalmente hacia enfermeras y técnicos que laboran en hospitalización, en los cuatro servicios básicos. Estas capacitaciones deben ser permanentes con un mínimo de dos capacitaciones por año.
- Las universidades deben programar cursos periódicos de Reanimación Cardiopulmonar como parte de la formación académica no solo en las especialidades de salud sino, en todas las especialidades.
- Una adecuada preparación redundará en el bienestar del paciente y puede reducir los índices de mortalidad dentro de los hospitales y en los costos hospitalarios de la atención médica por tal motivo es importante manejar adecuadamente los protocolos de RCP.

- A partir de los resultados obtenidos se debe diseñar y ejecutar un Plan estratégico institucional de capacitación, que permitirá fortalecer los procesos de formación e investigación; en el desarrollo del recurso humano.

REFERENCIAS

- 1) CONSEJO PERUANO DE REANIMACIÓN. Normas Peruanas de la Resucitación Cardiopulmonar Básica. Perú: Editorial CPR; 2013.p.90.
- 2) Díaz J. Filosofía del conocimiento. México: ed. Editorial Interamericana; 2006.p.78-90.
- 3) Organización Internacional de Trabajo. Riesgo de trabajo. México; 2009.
- 4) Colegio de Enfermeros del Perú. Disponible en www.cep.gob.pe
- 5) Delgado C. Efecto de un programa educativo teórico-práctico sobre reanimación cardiopulmonar, programa impartido en el Hospital Dr. Jesús María Casal Ramos Portugal – 2007.
- 6) Saldiñas E. Reanimación cardiopulmonar en el paciente oncológico terminal. Dilemas éticos y bioéticos en Enfermería en Cuba 2007.
- 7) Machado M. Nivel de conocimientos en reanimación cardiopulmonar cerebral en el Hospital Rebagliati Lima 2005.
- 8) Palma N. Determinación del Nivel de Conocimiento Habilidades y Prácticas en Reanimación Cardiopulmonar Básica en Personal de Enfermería en el Hospital Regional de Cajamarca – 2009.

- 9) MINISTERIO DE SALUD. Guía Práctica Clínica de Emergencia – Insuficiencia Respiratoria Aguda. Perú: Editorial del MINSA; 2010.p.120.
- 10) MINISTERIO DE SALUD / DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS. Norma técnica de los Servicios de Emergencia del MINSA. Perú: Editorial MINSA; 2009. p.47.
- 11) MINISTERIO DE SALUD. Compendio de guías de intervenciones y procedimientos de enfermería en emergencia y desastres. Perú: Editorial del MINSA; 2009. p. 1-173.
- 12) Nolan JP, Soar J, Zideman DA, Biarent D, Bossaert LL, Deakin C, Koster RW. Resumen Ejecutivo de la Guías 2010 del ERC. España: Editorial Guidelines Writing Group; 2010. p. 81.
- 13) Delgado C. Efecto de un programa educativo teórico-práctico sobre reanimación cardiopulmonar, programa impartido en el Hospital Dr. Jesús María Casal Ramos Portugal. Portugal; 2009.p.78.
- 14) Inga R. Estudio bacteriológico en infecciones de mayor incidencia en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara de Essalud, Lima-Perú 2005. Perú: Universidad peruana Unión; 2005. p.120.
- 15) Maldonado D. Tesis para optar la Maestría de la Universidad Peruana Unión Grado de satisfacción del usuario en el triaje de

- emergencia del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral del Distrito de San Juan de Lurigancho periodo 2004”p.56.
- 16) Colegio de Enfermeros del Perú. Enfermería profesional. 20 de Diciembre del 2010. Disponible en: www.cep.org.pe/
- 17) Organización Mundial de la Salud. Salud.13 de Diciembre del 2010. Disponible en: www.who.int/es/
- 18) MINSA. Atención de emergencias. 18 de Diciembre del 2010.
Disponible en:
http://www.minsa.gob.pe/portada/destacados/sns/ITCM_InformeFinal56-68.pdf
- 19) Saldiñas R. Reanimación cardiopulmonar en el paciente oncológico terminal. Dilemas éticos y bioéticos en Enfermería”. Cuba. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192007000400007&script=sci_arttext
- 20) Canales H. Investigación de Enfermería. México: Editorial Interamericana; 2009.
- 21) Ministerio de salud de Costa Rica. Diagnóstico de capacitación y conocimiento en emergencia en el personal de enfermería en la Caja Costarricense del seguro social 2003.
- 22) García Y. Estudio sobre el nivel de conocimiento en RCP en profesionales de enfermería sobre RCP del Hospital Honorio Delgado de Arequipa 2007”.

- 23) Narváez P. Aplicación de las Guías Nacionales de RCP en enfermeros en Colombia 2012.
- 24) Organización Mundial de la Salud. Eficacia de la aplicación de normas de RCP 2009.
- 25) Blanco Rojas-Carrera. Estudio durante un periodo de cinco meses, a 40 enfermeras quienes recibieron un curso-taller en reanimación cardiopulmonar básica teórico y práctico 2008.
- 26) Organización internacional de trabajo. Importancia de enfoque conceptual y práctico en el trabajo. México; 2010.
- 27) Prisma R. Capacitación. Citado el 25 de junio del 2010. Disponible en:
http://www.elprisma.com/apuntes/administracion_de_empresas/capacitacionrecursoshumanos/default5.asp.
- 28) Ministerio de Salud. Percepción de la Calidad de Atención por el usuario externo del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Callao - Perú. Trabajo de Investigación; 2008.Pág.34-37.
- 29) Valle M. Actitud del profesional de enfermería ante los cuidados a pacientes en situación de calle (indigentes) que Ingresan en la emergencia del Hospital Vargas de Caracas durante el tercer trimestre del año 2009 – Venezuela. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Universidad de Venezuela.

- 30) Barroso E, Guerra S. Realizaron una investigación con el propósito de determinar la actitud del personal de enfermería hacia el cuidado del paciente indigente que ingresa a la unidad clínica de la emergencia de adultos del hospital “Dr. Luis Razetti” de Barcelona 2008. Tesis para optar el título de Enfermera. Universidad de Barcelona.
- 31) Bunk G. La transmisión de las competencias en la formación y perfeccionamiento profesionales en la RFA, Revista CEDEFOP N°1, 2004.
- 32) Ducci M. El enfoque de competencia laboral en la perspectiva internacional, en: Formación basada en competencia laboral, Montevideo, Cinterfor/OIT, 2007.
- 33) Méndez C. Comportamiento en enfermería. México: Editorial OPS; 2009.
- 34) Hernández R. Metodología de la investigación. México: Editorial Interamericana. 2008. Pág.78.
- 35) Vigo J. Historia y desarrollo en el Perú de la reanimación cardiopulmonar. 01 de Enero del 2011. Disponible en: www.cpr.peru.org.
- 36) Comparación de la Efectividad y Costo de la Cura en Ambiente Húmedo Frente a la Cura Tradicional. En Revista Rol Enfermería Vol. N° 23 – 2007.

ANEXOS

ANEXO N° 01

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO (ENCUESTA MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)

INSTRUCCIONES:

El presente documento, tiene como objetivo el de recoger informaciones útiles de personas especializadas en el tema:

Se compone de 10 ítems, los que se acompañan con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
2. Representa una abolición escasa de la interrogante.
3. Significa la absolución del ítem en términos intermedios.
4. Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
5. Representa el mayor valor de escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de manera totalmente suficiente.

Marque con una "X" en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en éste instrumentos, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumentos es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones.	1	2	3	4	5
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?.	1	2	3	4	5
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse?					

Firma del experto

PROCEDIMIENTO

1. Se construye una tabla como la adjunta , donde se coloca los puntajes por ítems y sus respectivos promedios:

N° de ítem	EXPERTOS			PROMEDIO
	A	B	C	
1	4	4	5	4
2	4	4	4	5
3	4	3	4	3,5
4	4	4	4	4
5	4	4	5	4,25
6	4	4	4	4,25
7	4	4	5	4,5
8	4	3	4	3,75
9	4	4	4	3,75

2. Con los promedios hallados se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{\frac{2}{n} \sum_{i=1}^n (x_i - y_i)^2}$$

Donde DPP= $\sqrt{\frac{2}{n} [(x_1 - y_1)^2 + (x_2 - y_2)^2 + \dots + (x_n - y_n)^2]}$

Donde x= Valor máximo de la escala concebida para cada ítem (5).

Y = promedio de cada ítem.

En el presente trabajo la DPP es 2,01

3. Determinar la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero(o), con la ecuación.

$$D_{\text{máx.}} = \sqrt{\sum_{i=1}^n (y_i - 1)^2}$$

Donde DPP=V (y₁-1)+ (-y₂-1)+..... (y₉-1)

Y= valor máximo de la escala para cada ítem

El valor de los resultados es D máx.= 8,9

4. Con éste último valor hallado se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a D máx. dividiéndose en intervalos iguales entre si. Llamándose con las letras A, B, C, D, E.

Siendo:

A y B : Adecuación total

C : Adecuación promedio

D : Escasa adecuación

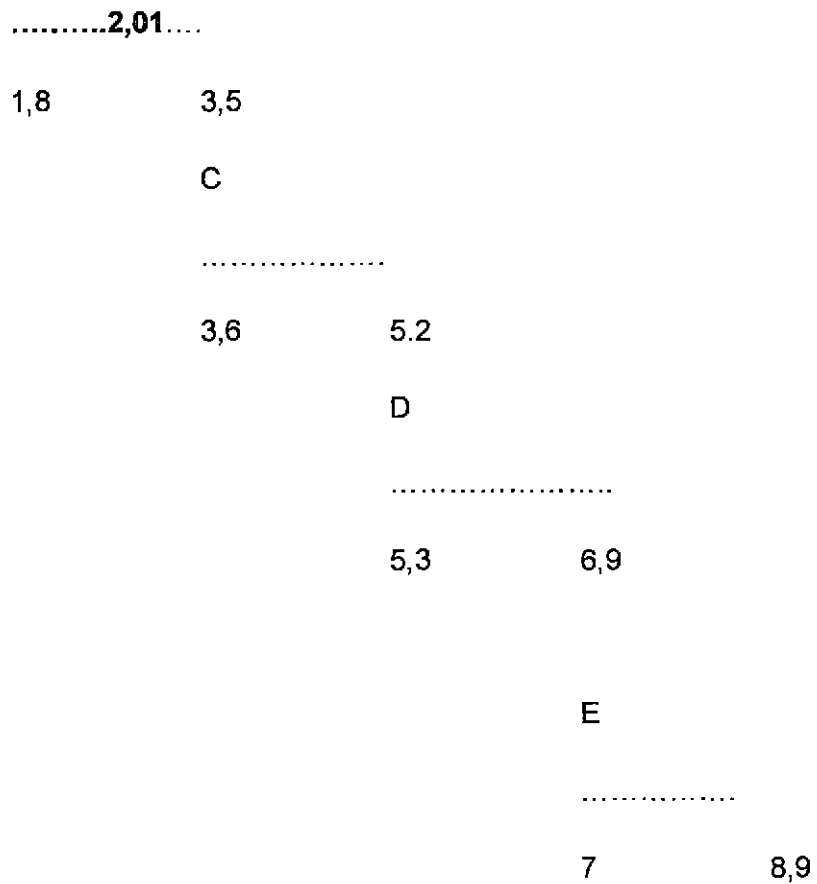
E : Inadecuación

A

.....

0 1,7

B



5. El punto DPP debe caer en las zonas A y B en caso contrario, la encuesta requiere reestructuración y o modificación, luego de los cuales se somete nuevamente a juicio de expertos. El valor DPP fue 3,07 cayendo en las zonas A y B lo cual significa una adecuación total del instrumento y que puede ser aplicado.

ANEXO N° 02

CONFIABILIDADPOR ALFA DE CRONBACH

ethod 2 (eovariance matrix) will be used for this analysis

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE(ALPHA)

Covariance Matrix 1

	VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004
VAR00001	,8947	,5906	,8771	,6576
VAR00002	,1363	,4976	,4380	,4069
VAR00003	,8947	,5906	,8771	,6576
VAR00004	,7518	,8355	,7547	1,4127
VAR00005	,4131	,7110	,7608	,6106
VAR00006	1,115	86261	1,4569	0,98
VAR00007	1,1158	1,45	1,78	1,2335
VAR00008	,6261	1,4569	0,98	0,678

Correlation Matrix 2

	VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004
VAR00001	,6261	1,4567		
VAR00002	,8073	,9073	1,4453	
VAR00003	,4131	,7110	,7608	,6106
VAR00004	,7388	,6776	,8653	,7673
VAR00005	,1363	,4976	,4380	,4069
VAR00006	,7388	,6776	,8653	,7673
VAR00007	,6694	,7612	,9816	,8347

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE
(ALPH

N of Cases = 10,0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
Scale	78,18	86,6363	77,239	2

Reliability Coefficients

iterns

Alpha = ,99 Standardized item alpha ,9

Alpha = ,83 Standardized item alpha ,8

INSTRUMENTO	PILOTO	
	VALOR	INTERPRETACIÓN
INSTRUMENTO 01	0,99	Adecuación total
INSTRUMENTO 02	0,83	Adecuación total

*Para ser aplicado valor de 0,7 a 1. INSTRUMENTO FIABLE.

ANEXO N° 03

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA GUÍA DE INTERVENCIÓN AL PACIENTE ADULTO CON PARO CARDIO RESPIRATORIO

Instrucciones: Se está realizando un trabajo de investigación, para lo cual pido su absoluta sinceridad, contestando verazmente a la siguiente información, marcando con equis(X) a las siguientes interrogantes y es anónima:

Datos Generales

1. Edad:

20 a 30 años

31 a 40 años

41 a 60 años

Mayor de 60 años:

2. Sexo:

Femenino

Masculino

3. Años de experiencia:

Días

Meses

Años

4. Condición laboral:

Nombrado

Contratado

SERUMS

Otra modalidad (especifique).....

5. Capacitación

Ud. ha recibido capacitación en emergencias:

Si

No

Especifique si su respuesta es sí.....

**NIVEL DE CONOCIMIENTO RESPECTO A PARO CARDIO
RESPIRATORIO**

1. El paro cardiorespiratorio es:
 - a) Interrupción repentina y simultánea de la respiración y el funcionamiento del corazón, debido a la relación que existe entre el sistema respiratorio y circulatorio.
 - b) El paro respiratorio y el corazón sigue funcionando.
 - c) Shock en el corazón y pulmones.
 - d) Una de las pocas causas de ingreso a emergencia.

2. No es una causa del paro cardiorespiratorio:
 - a) Ahogamiento.
 - b) Cuerpos extraños en vías respiratorias (trozos de alimentos, vómitos, mucosidades, sangre etc.).
 - c) Estrangulamiento.
 - d) Ausencia de respiración y pulso

3. Son manifestaciones del paro respiratorio:
 - a) Ausencia de respiración.
 - b) Cianosis en labios y uñas.
 - c) Pérdida de conocimiento.
 - d) Pulso rápido y débil.

4. No es una manifestación del paro cardiorespiratorio:
 - a) Ausencia del pulso y respiración.
 - b) Piel pálida a veces cianótica especialmente en labios y uñas.
 - c) Pérdida de conocimiento.
 - d) Piel con diaforesis.

5.-Todos los reanimadores, entrenados o no, deberían proporcionar compresiones torácicas a las víctimas de parada cardíaca. Sigue siendo esencial hacer especial énfasis en aplicar compresiones torácicas de alta calidad. El objetivo debería ser comprimir hasta una profundidad de al menos 5 cm y a una frecuencia de al menos 100 compresiones/min, permitir el retroceso completo del

tórax, y reducir al máximo las interrupciones de las compresiones torácicas. Los reanimadores entrenados deberían también proporcionar ventilaciones con una relación compresiones-ventilaciones (CV) de 30:2.

() () Coloque V (verdadero) o F (falso) según convenga.

6.-Los dispositivos con mensajes interactivos durante la RCP permitirán a los reanimadores una retroalimentación inmediata, y se anima a su utilización. Los datos almacenados en los equipos de resucitación se pueden utilizar para supervisar y mejorar la calidad de la realización de la RCP y proporcionar información a los reanimadores profesionales durante las sesiones de revisión.

() () Coloque V (verdadero) o F (falso) según convenga.

7.-La Reanimación Cardiopulmonar Avanzada es una serie de respiraciones de emergencia que llevan oxígeno a los pulmones de la víctima, combinadas con compresiones pectorales que mantienen la sangre circulante oxigenada.

() () Coloque V (verdadero) o F (falso) según convenga.

8.-La Reanimación Cardiopulmonar Avanzada es una actuación encaminada a la instauración de la circulación espontánea, haciendo uso de la RCP-Básica y de técnicas avanzadas como la desfibrilación, el manejo de la vía aérea incluida la intubación endotraqueal, la ventilación, la circulación y la administración de medicación intravenosa.

() () Coloque V (verdadero) o F (falso) según convenga.

9.-En el RCP avanzado se debe tener:

Mayor énfasis en la importancia de las compresiones torácicas de alta calidad mínimamente interrumpidas a todo lo largo de cualquier intervención de SVA: las compresiones torácicas son sólo brevemente detenidas para permitir intervenciones específicas.

() () Coloque V (verdadero) o F (falso) según convenga.

10.-Menor énfasis en el uso de “sistemas de rastreo y alarma” para detectar el deterioro del paciente y permitir el tratamiento para prevenir la parada cardiaca intrahospitalaria.

() () Coloque V (verdadero) o F (falso) según convenga.

11.-Aumentar la atención a los signos de alarma asociados con el riesgo potencial de muerte súbita cardiaca fuera del hospital.

() () Coloque V (verdadero) o F (falso) según convenga.

12.-Mantenimiento de las compresiones torácicas mientras se carga el desfibrilador - esto minimizará la pausa pre-descarga. Se disminuye el énfasis sobre el papel del golpe precordial.

() () Coloque V (verdadero) o F (falso) según convenga.

13.-La administración de hasta tres descargas rápidas consecutivas (agrupadas) en la fibrilación ventricular / taquicardia ventricular sin pulso (FV / TV) que ocurre en la sala de cateterismo cardíaco o en el período inmediato post-operatorio tras la cirugía cardiaca.

() () Coloque V (verdadero) o F(falso) según convenga.

14.-Se recomienda la administración de medicamentos a través de un tubo traqueal - si no se puede conseguir un acceso intravenoso, los fármacos deben ser administrados por vía intraósea (IO).

() () Coloque V (verdadero) o F (falso) según convenga.

15.-Durante el tratamiento de la parada cardiaca por FV / TV, se administra 1 mg de adrenalina después de la tercera descarga, una vez se han reiniciado las compresiones torácicas, y después cada 3-5 minutos (durante ciclos alternos de RCP). Después de la tercera descarga también se administran 300 mg de amiodarona.

() () Coloque V (verdadero) o F (falso) según convenga.

16.-Se recomienda la utilización rutinaria de atropina en la asistolia ni en la actividad eléctrica sin pulso (AESP).

() () Coloque V (verdadero) o F (falso) según convenga.

17.-Se reduce el énfasis en la intubación traqueal precoz, salvo que se lleve a cabo por reanimadores con alta pericia, con mínima interrupción de las compresiones torácicas.

() () Coloque V (verdadero) o F (falso) según convenga.

18.-Mayor énfasis en el uso de capnografía para confirmar y vigilar de forma continúa la posición del tubo traqueal, la calidad de la RCP y para proporcionar una indicación precoz de la recuperación de la circulación espontánea (RCE).

() () Coloque V (verdadero) o F (falso) según convenga.

19.-Se reconoce el papel potencial de la ecografía en el SVA.

() () Coloque V (verdadero) o F (falso) según convenga.

20.-Reconocimiento del potencial daño causado por la hiperoxemia después de conseguir la RCE: una vez que se ha establecido la RCE y la saturación de oxígeno en sangre arterial (SaO₂) se puede monitorizar de forma fiable (por pulsioximetría y/o gasometría arterial), la concentración de oxígeno inspirado se ajusta para lograr una SaO₂ de 94 - 98%.

() () Coloque V (verdadero) o F (falso) según convenga.

ANEXO N° 04

**ESCALA SOBRE LA APLICACIÓN DE LA GUÍA DE INTERVENCIÓN
AL PACIENTE ADULTO CON PARO CARDIORESPIRATORIO EN EL
SERVICIO DE EMERGENCIA**

ÍTEMS	SIEMPRE LO REALIZA	A VECES LO REALIZA	NUNCA LO REALIZA
Inicia la clave de alarma del hospital.			
Permeabiliza las vías aéreas.			
Verifica ausencia de respiración.			
Retira prótesis.			
Verifica presencia de cuerpos extraños.			
Aspira secreciones.			
Hiperventila al paciente con respirador manual.			
Prepara material y asiste en el procedimiento de intubación (TET).			
Coloca al ventilador mecánico.			
Coloca la cánula oro faríngea, tubo de mayo.			
Monitoriza Sat O2, Fc, EKG, PA.			
Recolecta muestra de sangre para AGA.			
Coloca al paciente en posición de RCP(de cúbito dorsal)			
Si no hay pulso carotideo se prepara para el masaje cardiaco.			
Canaliza doble vía endovenosa con branula número 16.			
Si no hay respuesta tiene preparada adrenalina, atropina y bicarbonato para su administración EV según indicación.			
Prepara equipo para desfibrilación.			
Monitoriza al paciente hasta esperar respuesta mediante el control de EKG.			
Evalúa constantemente pulso carotideo y femoral valorando la efectividad de las técnicas de reanimación.			
Coordina el traslado a UCI.			